

Résultats 2011

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE





Énoncé de mission

Contribuer à l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents au Canada grâce à un programme national de surveillance et de recherche portant sur des troubles infantiles qui entraînent des incapacités, une morbidité et une mortalité graves et des coûts économiques élevés dans la société, malgré leur faible fréquence.

Répercussions des études du PCSP sur la santé publique, de 2005 à 2011

Anémie ferriprive sévère (AFS)

- **Observations :** Près de 200 cas confirmés, dont de nombreux cas s'accompagnant d'une morbidité importante; les facteurs de risque incluent une alimentation prolongée au biberon et une consommation excessive de lait de vache.
- **Répercussions sur la santé publique :** Appuie la nécessité de donner des conseils nutritionnels afin de prévenir l'AFS.

Blessures liées aux produits pour bébé

- **Observations :** Poussettes responsables de 63 % des 90 incidents déclarés
- **Répercussions sur la santé publique :** Appuie l'avis de Santé Canada au sujet des dangers d'amputation et de lacération posés par les poussettes munies d'un mécanisme d'articulation.

Déficit en acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne

- **Observations :** Haute efficacité des programmes de dépistage des nouveau-nés visant à déceler les patients asymptomatiques
- **Répercussions sur la santé publique :** Appuie le dépistage précoce afin d'adopter des mesures de prévention simples (p. ex., évitement du jeûne, prise en charge rapide des maladies aiguës).

Diabète non associé au type 1

- **Observations :** Nombre de nouveaux cas pédiatriques de diabète de type 2 plus élevé que prévu; embonpoint ou obésité dans 95 % des cas; importantes différences régionales constatées
- **Répercussions sur la santé publique :** Appuie les efforts de la SCP et de l'ASPC en vue de promouvoir une vie saine et active.

Dystrophie myotonique congénitale (DMC)

- **Observations :** Taux de mortalité néonatale de 18 %; la DMC étant un trouble causé par l'immaturation musculaire, une ventilation prolongée sans complication peut susciter une amélioration de la force et une atténuation de l'hypotonie.
- **Répercussions sur la santé publique :** Renforce la nécessité de mieux faire connaître la maladie et de prévoir un dépistage et des conseils génétiques pendant la grossesse, car 58 % étaient des cas de référence pour la famille.

Maladies liées à des calculs rénaux associés à des produits contaminés par la mélamine

- **Observations :** Aucun cas décelé au Canada
- **Répercussions sur la santé publique :** Démontre la valeur ajoutée du PCSP pour procéder à une meilleure surveillance des préoccupations émergentes en santé publique, de manière rapide et peu coûteuse.

Maladies des voyageurs chez les enfants et les adolescents qui visitent des amis et des parents à l'étranger

- **Observations :** La fièvre entérique, le paludisme, les maladies diarrhéiques et l'hépatite A formaient 75 % des cas. La plupart des parents ne demandent pas de conseils avant leur voyage.
- **Répercussions sur la santé publique :** Appuie la nécessité de fournir de l'éducation et d'avertir de l'importance d'obtenir des conseils avant les voyages.

Syndromes acquis de démyélinisation (SAD) du système nerveux central

- **Observations :** La névrite optique était la présentation la plus courante.
- **Répercussions sur la santé publique :** Appuie la nécessité de mieux diffuser le fait que les SAD peuvent constituer une première manifestation de sclérose en plaques.

Traumatismes crâniens secondaires à une maltraitance présumée

- **Observations :** Taux de mortalité élevé de 12 %; plus de la moitié des nourrissons en cause avaient moins de six mois.
- **Répercussions sur la santé publique :** Appuie la nécessité d'accroître le nombre de programmes pour prévenir les traumatismes crâniens secondaires à une maltraitance.

Troubles de l'alimentation à apparition précoce

- **Observations :** Incidence de 2,6 cas pour 100 000 enfants de cinq à 12 ans
- **Répercussions sur la santé publique :** Appuie le document de principes de la SCP qui préconise l'utilisation des courbes de croissance afin de contribuer à déceler le problème rapidement.

Table des matières

Remerciements	3
Financement	3
Avant-propos	4
Ministre de la Santé fédérale	4
Administrateur en chef de la santé publique du Canada	4
Président de la Société canadienne de pédiatrie	5
Présidente du PCSP	5
Comité directeur du PCSP	6
Groupe de travail du PCSP	6
Publications de 2007 à 2011	7
Articles publiés relativement aux études	7
Faits saillants et commentaires publiés en 2011 dans <i>Paediatrics & Child Health</i>	8
Présentations en 2011	9
Nationales	9
Internationales	9
La surveillance à l'œuvre	10
Aperçu	10
Le coin des investigateurs	12
Questions ponctuelles par sondage	12
Investigateurs principaux du PCSP	13
Études sous surveillance en 2011	14
Albuminurie persistante au sein de la population pédiatrique atteinte de diabète de type 2	14
Anémie ferriprive sévère chez les nourrissons et les jeunes enfants (rapport définitif)	16
Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments	18
Histiocytose à cellules de Langerhans	20
Hyperbilirubinémie néonatale grave (2011-2013)	22
Infections par le virus respiratoire syncytial chez les jeunes greffés	23
Maladies des voyageurs chez les enfants et les adolescents qui visitent des amis et des parents à l'étranger (rapport définitif)	24
Myasthénie pédiatrique (rapport définitif)	27
Paralysie flasque aiguë	29
Septicémie et méningite néonatales précoces	32
Suppression surrénalienne	34
Syndromes de fièvre périodique	36
Troubles de conversion chez les enfants et les adolescents	37
Questions de sondage	38
Complications associées aux boissons énergisantes	38
Comportements et pratiques liés aux allergies alimentaires	40
Entérocolite nécrosante néonatale	41
Exposition accidentelle ou intentionnelle à la méthadone chez les enfants et les jeunes nourrissons	42
Mort subite inexplicquée liée à l'épilepsie chez les enfants	43
Utilisation des ressources du PCSP	44
Progression internationale	45
Faits saillants en 2011	45
Publications des membres du RIUSP	46
Possibilités de recherche – Demande de nouvelles études	47

Remerciements

La principale force du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) repose sur son engagement à améliorer la santé des enfants et adolescents au Canada et dans le monde. On ne pourrait y parvenir sans la participation des pédiatres, surspécialistes et autres dispensateurs de soins canadiens qui procèdent à la collecte mensuelle d'information sur des pathologies pédiatriques rares, sans les investigateurs principaux qui conçoivent les études et analysent les données colligées afin de transmettre des connaissances et des solutions de formation et sans les orientations des membres du comité directeur. Nous les remercions tous.

Nous remercions également les centres du Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) pour le rôle qu'ils jouent dans la vérification des données colligées dans le cadre de l'étude sur la paralysie flasque aiguë et pour leur appui du PCSP.

Le solide partenariat entre la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) permet au programme de croître au Canada et de jouer un rôle de chef de file sur la scène internationale.

Financement

Le financement du PCSP est nécessaire pour appuyer la gestion du programme. Le programme de surveillance est financé par un ensemble de fonds gouvernementaux et de subventions sans restrictions accordés par des organismes de bienfaisance, des établissements de recherche, des hôpitaux et des sociétés du Canada. Les capitaux sont attribués pour subvenir aux besoins du programme et lui donner de l'expansion.

Nous sommes reconnaissants à l'Agence de la santé publique du Canada, au Bureau de l'efficacité thérapeutique et des politiques de Santé Canada et aux sources non gouvernementales suivantes pour le soutien financier reçu en 2011 :

- *Citizens United for Research in Epilepsy (CURE)*
- Fonds d'aide à l'innovation du plan de financement universitaire aux centres universitaires de santé du *St. Michael's Hospital*
- Fonds pour les nouveaux chercheurs, *Hamilton Health Sciences* 2011
- Novartis Pharma Canada Inc.
- Programme de prix de recherche de l'*IWK Health Centre*
- *Talecris Biotherapeutics*
- *The Hospital for Sick Children Foundation*
- Université de l'Alberta

Avant-propos

Ministre de la Santé fédérale

L'honorable Leona Aglukkaq

Je tiens à féliciter la Société canadienne de pédiatrie pour sa contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents du Canada. Comme le mentionne le rapport, la Société surveille efficacement les maladies et affections rares qui touchent nos jeunes au moyen du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP).



Avec l'aide de plus de 2 500 pédiatres et pédiatres avec surspécialité, le PCSP recueille de précieuses données qui nous aident à comprendre l'incidence des maladies rares sur les enfants et les adolescents et l'efficacité des traitements. Les facteurs de risque, les pratiques de prévention et les politiques de santé les plus en mesure de répondre aux besoins des patients atteints de ces affections sont également mis en évidence.

Je crois que le succès du PCSP est attribuable en partie au partenariat solide établi entre l'Agence de la santé publique du Canada, la Société canadienne de pédiatrie et les pédiatres du Canada qui prennent le temps de fournir de l'information et du soutien continu.

Le gouvernement du Canada est fier de collaborer avec la Société canadienne de pédiatrie et ses membres pour offrir un avenir plus sain aux enfants et aux adolescents canadiens.

Administrateur en chef de la santé publique du Canada

Docteur David Butler-Jones

À titre d'administrateur en chef de la santé publique du Canada, je félicite le Programme canadien de surveillance pédiatrique des réalisations décrites dans son rapport annuel 2011. L'année 2011 marque le quinzième anniversaire du PCSP, et c'est l'occasion de souligner son rôle inestimable de chef de file.



Par l'entremise du PCSP, des données sur des maladies et pathologies infantiles rares sont colligées tous les mois auprès de plus de 2 500 pédiatres, surspécialistes et dispensateurs de soins. L'information nous aide à en savoir plus au sujet de ces maladies, à déterminer ce que nous pouvons faire pour les éviter et à établir les futures politiques de santé qu'il nous faut envisager.

Je tiens à remercier le comité directeur du PCSP, le personnel de la Société canadienne de pédiatrie, le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada et tous les pédiatres pour leur engagement constant envers le programme de surveillance. Leur dévouement et leur esprit de collaboration témoignent de leur engagement à aider les millions d'enfants et d'adolescents du Canada et du reste du monde qui vivent avec une maladie rare.

Président de la Société canadienne de pédiatrie

Docteur Jean-Yves Frappier

En qualité de président de la SCP et de l'un des fondateurs de la surspécialité de la médecine de l'adolescence au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, je suis très fier de participer au PCSP et à ses réalisations, tant sur la scène nationale qu'internationale. Par l'entremise du PCSP, on a étudié des troubles de santé mentale qui touchent les enfants et les adolescents, tels que les troubles de l'alimentation à apparition précoce, les troubles de conversion et les complications associées à la consommation de boissons énergisantes.



Les statistiques des quinze premières années du PCSP sont impressionnantes et incluent plus de 2 500 participants, 49 études et 26 sondages ponctuels. Elles confirment l'intérêt et le soutien continus des pédiatres et surspécialistes en pédiatrie du Canada. Les 47 publications liées aux études parues dans des revues révisées par des pairs, telles que *Paediatrics & Child Health*, le *JAMC*, *Pediatrics*, *Neurology* et *Diabetes*, attestent de la qualité continue des recherches effectuées, de même que de la productivité et de la visibilité du programme.

Le PCSP, dans son rôle de chef de file à la coprésidence du RIUSP, s'efforce activement de favoriser la collaboration entre investigateurs, de préparer des études comparatives qui seront publiées et de promouvoir l'importance du réseau sur le plan médical et de la santé publique.

La SCP prévoit de nombreuses autres années de recherches épidémiologiques nationales importantes, pertinentes et opportunes pour le bien des enfants et adolescents canadiens.

Présidente du PCSP

Docteure Kimberly Dow

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique, qui célèbre cette année son quinzième anniversaire, continue de chercher à améliorer la santé des enfants et adolescents du Canada par l'excellence de la surveillance et de la recherche sur la scène nationale.

Au fil des années, le PCSP a réduit considérablement le délai entre la création d'une idée de recherche sur une maladie rare et la fin de la collecte des données puis la présentation et la publication des résultats de l'étude et ce, dans de nombreux domaines de la pédiatrie. Des mesures de rétroaction novatrices telles que des ressources de formation, *Conseils du mois sur les effets indésirables des médicaments (EIM)* et les faits saillants et commentaires du PCSP dans *Paediatrics & Child Health*, ont été particulièrement louangés par les participants au programme.



Cette année a eu lieu le lancement de la base de données électroniques, le cyberPCSP, une étape capitale vers un fonctionnement plus écologique et l'accélération de la collecte de données. Je tiens à vous encourager à lire la publication anniversaire de cette année et à vous attarder aux résultats des études, au cyberPCSP et à la page thématique sur les répercussions des études du PCSP en santé publique.

Enfin, je tiens à remercier tous les pédiatres canadiens qui participent tous les mois à la réussite du programme de surveillance. Celui-ci n'aurait jamais pu réaliser tout ce qu'il a fait depuis quinze ans sans votre soutien.

Comité directeur du PCSP

Kimberly Dow, MD (présidente)	Société canadienne de pédiatrie
Claude Cyr, MD	Société canadienne de pédiatrie
Denis Daneman, MD	Directeurs de pédiatrie du Canada
Marie Adèle Davis, MBA	Société canadienne de pédiatrie
Kevin Gordon, MD	Association canadienne de neurologie pédiatrique (représentant)
Danielle Grenier, MD	Société canadienne de pédiatrie
W. James King, MD	Société canadienne de pédiatrie
Dorothy Moore, MD	IMPACT (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation) (représentante)
Paul Muirhead, LL. M.	Conseiller
Alison Quartaro, BA	Société canadienne de pédiatrie
Jeff Scott, MD	Société canadienne de pédiatrie
Paul Thiessen, MD	Société canadienne de pédiatrie
Lesley Ann Turner, MD	Collège canadien de généticiens médicaux (représentante)
Anne-Marie Ugnat, Ph. D.	Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada
Tom Wong, MD	Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada
Sandra Woods, MD	Société canadienne de pédiatrie

En novembre 2011, **Denis Daneman**, **Tom Wong** et **Sandra Woods** ont terminé leur mandat comme membres du comité directeur du PCSP. Nous les remercions sincèrement de leur collaboration au cours des dernières années.

Groupe de travail du PCSP

Danielle Grenier, MD (présidente)	Société canadienne de pédiatrie
Melanie Laffin Thibodeau, B. Com. (présidente jusqu'en mars)	Société canadienne de pédiatrie
Marie Adèle Davis, MBA	Société canadienne de pédiatrie
Laurence Gillieson, BA	Société canadienne de pédiatrie
Alison Quartaro, BA	Société canadienne de pédiatrie
Anne-Marie Ugnat, Ph. D.	Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada

Publications de 2007 à 2011

Articles publiés relativement aux études

(Consulter la zone www.cps.ca/pcsp pour obtenir la liste complète des résumés et des hyperliens.)

Diabète non associé au type 1

Type 2 diabetes, medication-induced diabetes, and monogenic diabetes in Canadian children: A prospective national surveillance study. Amed S, Dean HJ, Panagiotopoulos C, Sellers EAC, Hadjiyanakis S, Laubscher TA, Dannenbaum D, Shah BR, Booth GL, Hamilton JK. *Diabetes Care* 2010;33(4):786-91

Dystrophie myotonique congénitale

Congenital myotonic dystrophy in a national registry. Prendergast P, Magalhaes S, Campbell C. *Paediatr Child Health* 2010;15(8):514-8

Patient registries and trial readiness in myotonic dystrophy: TREAT-NMD/Marigold International Workshop Report. Campbell C. Additional outcome measures for childhood and congenital DM1. Thompson R, Schoser B, Blonsky K, Lochmuller H. *Neuromuscul Disord* 2009;19:860-6

Fasciite nécrosante

Epidemiology and outcome of necrotizing fasciitis in children: An active surveillance study of the Canadian Paediatric Surveillance Program. Ihuoma E, Davies HD. *J Pediatr* 2007;151(7):79-84

Ictère nucléaire / hyperbilirubinémie néonatale

Acute neurological findings in a national cohort of neonates with severe neonatal hyperbilirubinemia. Sgro M, Campbell D, Barozzino T, Shah V. *J Perinatol* 2011;31(6):392-6. Epub 2010 Dec 9; doi:10.1038/jp.2010.137

Prevention of kernicterus – New guidelines and the critical role of family physicians. Shaw E, Grenier D. *FP Watch, Can Fam Physician* 2008;54(4):575-6

Médecine complémentaire et parallèle

Adverse events associated with paediatric use of complementary and alternative medicine: Results of a Canadian Paediatric Surveillance Program survey. Vohra S, Brulotte J, Le C, Charrois T, Laeeque H. *Paediatr Child Health* 2009;14(6):385-7

Paralysie flasque aiguë

AFP surveillance in Canada. Macey J, Lipskie T. *Pan American Health Organization Immunization Newsletter*, avril 2007;XXIX(2):1-3

Rachitisme par carence en vitamine D

Vitamin D-deficiency rickets among children in Canada. Ward LM, Gaboury I, Ladhani M, Zlotkin S. *CMAJ* 2007;177(2):161-6

Surveillance – Général

Active surveillance: An essential tool in safeguarding the health and well-being of children and youth (Commentaire). Grenier D. *CMAJ* 2007;177(7):169-71

Beyond counting cases – Public health impacts of national paediatric surveillance units. Grenier D, Elliott EJ, Zurynski Y, Pereira RR, Preece M, Lynn R, von Kries R, Zimmerman H, Dickson NP, Virella D. *Arch Dis Child* 2007;92:527-33

Syndrome de la ceinture de sécurité

The spectrum of seat belt syndrome among Canadian children: Results of a two-year population surveillance. Santschi M, Lemoine C, Cyr C. *Paediatr Child Health* 2008;13(4):279-83

Publications de 2007 à 2011

Syndrome de rubéole congénitale

Rubella elimination: The Canadian experience. Macey JF, Tam T, Lipskie T, Tipples G, EisBrenner T. *J Infect Dis* 2011;204:S585-92

Syndromes acquis de démyélinisation du système nerveux central

Incidence of acquired demyelination of the CNS in Canadian children. Banwell B, Kennedy J, Sadovnick D, Arnold DL, Magalhaes S et coll. *Neurology* 2009;72:232-9

Troubles de l'alimentation à apparition précoce

Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children – A Canadian Paediatric Surveillance Program study. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(10):895-9. doi:10.1001/archpediatrics.2011.145

Violence envers les enfants

The Canadian Paediatric Surveillance Program: A framework for the timely data collection on head injury secondary to child maltreatment. Bennett S, Grenier D, Medaglia A. *Am J Prev Med* 2008;34(4S):S140-2

Head injury secondary to suspected child maltreatment: Results of a Canadian national surveillance program. Bennett S, Ward M, Moreau K, Fortin G, King J, MacKay M, Plint A. *Child Abuse Negl* 2011;35(11):930-6

Faits saillants et commentaires publiés en 2011 dans *Paediatrics & Child Health*

(Consulter la zone www.cps.ca/pcsp pour obtenir la liste complète des articles et des hyperliens.)

Does active surveillance of serious and life-threatening adverse drug reactions improve reporting? Zimmerman M, Grenier D, Levitt M. *Paediatr Child Health* 2011;16(9):532-4

Early-onset neonatal sepsis: It is not only group B streptococcus. Sgro N, Yudin MH, Lee S, Sankaran K, Tran D, Campbell D. *Paediatr Child Health* 2011;16(5):269

The Canadian Paediatric Surveillance Program: Celebrating 15 years of successful paediatric surveillance. Ugnat A-M, Grenier D, Laffin Thibodeau M, Davis MA. *Paediatr Child Health* 2011;16(4):203-5

What happens when you mix a transplant with respiratory syncytial virus? Robinson JL, Grenier D. *Paediatr Child Health* 2011;16(1):12

Présentations en 2011

(Consulter la zone www.cps.ca/pcsp pour obtenir la liste complète des présentations et des hyperliens.)

Nationales

Anémie ferriprive sévère chez les nourrissons et les jeunes enfants

The landscape of severe iron-deficiency anemia in Canada. Wong S. Séance de mise à jour en pédiatrie, Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Québec, en juin (orale)

Ictère nucléaire

Chronic bilirubin encephalopathy continues to occur in Canada. Sgro M, Campbell D, Shah V. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Québec, en juin (orale)

Myasthénie pédiatrique

Paediatric myasthenia: first year of active national surveillance. Kolski H. 46^e Congrès annuel de la Fédération des sciences neurologiques du Canada, Vancouver, en juin (orale)

Septicémie et méningite néonatales précoces

Early-onset neonatal sepsis in industrialized countries. Sgro M. *Global Health Symposium – Group B streptococcal sepsis in newborns: An international expert panel discussion on the global burden and opportunities for prevention, The Hospital for Sick Children, Toronto, en octobre (orale)*

Neonatal sepsis and the changing patterns of infection. Sgro M. Séance de mise à jour en pédiatrie. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Québec, en juin (orale)

Surveillance – Général

Paediatric surveillance – A core medical and public health function. Grenier D, Davis MA. Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa, en juin (orale)

Can active surveillance improve reporting of serious and life-threatening drug reactions? The Canadian experience. Grenier D, Davis MA, Zimmerman M, Laffin Thibodeau M. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Québec, en juin (affiche)

Internationales

Maladies des voyageurs chez les enfants et les adolescents qui visitent des amis et des parents à l'étranger

Travel-related illnesses among pediatric VFRs in Canada. Crockett M, Hui C, Kuhn S, Ford-Jones L, Grondin D, Keystone J. 60^e congrès annuel de l'*American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Philadelphie, en décembre (orale)

Surveillance – Général

Taller de vigilancia epidemiológica pediatria. Grenier D, Mercer R. *I Conferencia de Actualización en Pediatría – ALAPE 2011*, Panama, en avril (orale)

¿Una vigilancia estricta puede mejorar el reporte de reacciones adversas a medicamentos? Grenier D, Zimmerman M. *XIII Congreso Nacional de Pediatría, CoNaPeMe*, Guadalajara, en mai (orale)

Can active surveillance improve reporting of serious and life-threatening adverse drug reactions? The Canadian Paediatric Surveillance Program experience. Grenier D, Davis MA, Ugnat A-M, Zimmerman M, Laffin Thibodeau M, Quartaro A. 5^e *Europaediatrics*, Vienne, en juin (affiche)

Does active surveillance of adverse drug reactions improve reporting? The CPSP experience. Grenier D, Zimmerman M. Congrès du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique (RIUSP), Montreux, en septembre (orale)

Injuries associated with baby products. Grenier D, Fréchette M, McFaul S, Skinner R, Ugnat A-M. Congrès du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique (RIUSP), Montreux, en septembre (orale)

Public Health Impacts of the International Network of Paediatric Surveillance Units. Grenier D. *Congreso Nacional de Pediatría*, Albufeira, en octobre (orale)

La surveillance à l'œuvre

Aperçu

L'importance de la surveillance pour l'exercice de la médecine ne peut être surévaluée. Grâce à la collecte systématique et constante de données, il est possible de déterminer le fardeau d'une maladie, d'évaluer les interventions visant à prévenir l'occurrence d'un trouble et d'orienter l'élaboration de politiques en santé grâce à l'information colligée. La surveillance transforme les données en mesures concrètes.

D'après Statistique Canada, en septembre 2011, la population canadienne s'élevait à 34 482 779 habitants, dont 7 841 284 de 0 à 19 ans, qui représentent environ 23 % de la population canadienne. Même si elles sont peu courantes sur le plan individuel, les maladies rares touchent des milliers d'enfants et d'adolescents et ont généralement des répercussions sur toute la vie. Il n'est pas facile de connaître la réelle incidence de bon nombre de ces maladies, ce qui est pourtant essentiel pour améliorer les soins cliniques, prendre position et planifier les services de santé.

Le PCSP fournit un moyen novateur d'entreprendre une surveillance pédiatrique et d'accroître la sensibilisation à des troubles infantiles qui entraînent de forts taux d'incapacité, de morbidité, de mortalité et de coûts économiques pour la société, malgré leur faible fréquence. La préférence est accordée aux études qui ont une solide importance en santé publique ou qui ne pourraient être menées autrement. Toutes les études du programme doivent respecter des normes élevées de rigueur scientifique et de valeur concrète, et le PCSP garantit la confidentialité de toute l'information qui lui est transmise. Pour accroître le nombre de données saisies, le PCSP compte sur la collaboration d'autres groupes professionnels à certaines études, tels que les psychiatres, les pathologistes et les coroners ainsi que les endocrinologues pour adultes. Le programme offre également l'occasion de collaborations internationales avec d'autres unités de surveillance pédiatrique dans le monde, par le biais du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique (RIUSP).

Le processus

Le comité directeur du PCSP supervise le programme et examine les nouveaux projets d'études. Au lancement d'une nouvelle étude, les pédiatres, les pédiatres avec subsécialité et d'autres dispensateurs de soins canadiens en exercice reçoivent un résumé du protocole, y compris la définition de cas et une brève description de la pathologie. Ce résumé permet de former les médecins et de les sensibiliser aux pathologies sous surveillance, tout en garantissant un mode de déclaration uniforme. Le PCSP fait appel à un processus de déclaration à deux échelons afin de constater et d'explorer les cas. Il s'agit d'un formulaire initial à cocher et d'un questionnaire détaillé. Pour déterminer les cas, on compare les résultats d'études sélectionnées avec des cas déclarés dans la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). On examine également les rapports dédoublés et on compare les données avec celles des programmes ou centres connexes. Jusqu'à présent, la détermination des cas est excellente.

La déclaration

Le formulaire à cocher, dans lequel figurent les pathologies sous surveillance, est posté tous les mois aux participants. Pour chaque pathologie, les répondants doivent indiquer le nombre de nouveaux cas observés au cours du mois précédent, y compris l'absence de cas. Un rapport « Rien à déclarer » revêt une extrême importance en surveillance active, car le PCSP ne peut tout simplement pas présumer qu'une absence de réponse correspond à une absence de cas. En octobre 2011, le programme a

Provinces et territoires	Taux de réponses (%)	Nombre de participants
Alberta	79	315
Colombie-Britannique	74	268
Île-du-Prince-Édouard	100	7
Manitoba	86	118
Nouveau-Brunswick	78	29
Nouvelle-Écosse	89	96
Nunavut	100	2
Ontario	77	1 007
Québec	79	594
Saskatchewan	76	49
Terre-Neuve-et-Labrador	76	52
Territoires du Nord-Ouest	100	2
Yukon	100	1
Canada	79	2 540

lancé le cyberPCSP, une plateforme électronique qui permet aux participants de recevoir leur formulaire de déclaration par voie électronique.

Les participants déclarent tous les cas qui respectent les définitions de cas, y compris les cas présumés ou probables. Ce système entraîne parfois la soumission de rapports dédoublés, mais évite d'en oublier. La liste d'études que le programme a menées depuis 1996 est accessible à l'adresse www.cps.ca/pcsp.

Pour respecter la confidentialité, on utilise seulement de l'information non nominative sur les patients, comme leur date de naissance et leur sexe. Cette information anonyme permet de repérer les dédoublements et est expédiée au répondant original afin d'obtenir de l'information propre au cas.

Une fois retourné au PCSP, le questionnaire détaillé est transmis à l'investigateur afin qu'il l'analyse. Si des renseignements plus détaillés sont nécessaires pour confirmer ou exclure un cas, la gestionnaire du programme prend contact avec le répondant au nom de l'investigateur.

Les participants qui ne répondent pas tous les mois reçoivent des rappels. De plus, de l'information portant sur le taux mensuel de réponses et le nombre de cas déclarés est postée tous les trimestres à tous les participants, afin de les tenir informés des progrès réalisés. En 2011, le taux de réponses nationales était de 79 % (tableau 1) et le taux de réponses aux questionnaires détaillés, de 85 % (tableau 2).

Charge de travail des participants

Le système de déclaration mensuel est simple, et les questionnaires de suivi des cas sont faciles à remplir. Puisque seules des données non nominales et non identifiables sont colligées par le PCSP, les répondants n'hésitent pas à fournir de l'information clinique.

En 2011, la majorité des participants (87 %) n'avaient aucun cas à déclarer. Il convient toutefois de souligner à nouveau l'importance de ces rapports sans déclaration. Le nombre de cas déclarés par les répondants en 2011 est exposé au tableau 3. Tandis que les études se succèdent, la charge de travail se déplace entre les diverses spécialités. Au fil des ans, les études qui ont profité de réseaux nationaux de collaboration ont obtenu un franc succès. En 2011, l'étude qui a donné lieu au plus grand nombre de déclarations est l'anémie ferriprive sévère chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Le PCSP est extrêmement reconnaissant du fait que la majorité des participants remplissent consciencieusement les questionnaires détaillés après avoir déclaré un cas. Leur diligence démontre qu'ils comprennent l'énorme importance des données scientifiques colligées et justifie l'insistance du comité directeur à exiger des questionnaires détaillés courts, précis et pertinents.

TABLEAU 2 – Taux de réponses aux questionnaires détaillés en 2011, au 1^{er} mai 2012

Études ou pathologies	Cas déclarés*	Cas en attente	% de réponse
Albuminurie persistante au sein de la population pédiatrique atteinte de diabète de type 2	34	0	100
Anémie ferriprive sévère chez les nourrissons et les jeunes enfants	115	12	89
Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments	40	6	85
Histiocytose à cellules de Langerhans	33	4	88
Hyperbilirubinémie néonatale grave (2011-2013)	53	9	83
Infections par le virus respiratoire syncytial chez les jeunes greffés	15	1	93
Maladies des voyageurs chez les enfants et les adolescents qui visitent des amis et des parents à l'étranger	9	0	100
Myasthénie pédiatrique	22	0	100
Paralysie flasque aiguë	48	6	88
Septicémie et méningite néonatales précoces	108	21	81
Suppression surrénalienne	34	11	68
Syndromes de fièvre périodique	27	3	89
Troubles de conversion chez les enfants et les adolescents	35	15	57
Nombre total de cas (toutes les études)	573	88	85

* Sans tenir compte des cas dédoublés et exclus

TABLEAU 3 – Nombre de cas déclarés par les répondants en 2011

Nombre de cas	% de répondants
0	87
moins de 5	13
5 à 10	0,9
plus de 10	0,1

Afin de remercier les pédiatres et les pédiatres avec surspécialité de leur formidable engagement et de leur soutien, le nom des participants qui ont rempli les formulaires de déclaration initiaux pour tous les mois de 2011 ou qui ont envoyé au moins un questionnaire détaillé a été admis à des tirages de prix divers.

Le coin des investigateurs

Le PCSP procure aux investigateurs, par un système de surveillance active rapide, un moyen novateur de repérer et d'obtenir des données nationales et non nominatives sur des maladies et pathologies rares auprès de plus de 2 500 participants. Le programme s'engage à obtenir un taux élevé de constatation de cas et, après des rappels de suivi aux non-répondants, obtient un taux de réponses de 85 % aux questionnaires détaillés (tableau 2). Le PCSP offre l'occasion d'une collaboration internationale avec d'autres unités de surveillance pédiatrique de par le monde, et la possibilité d'apporter une aide tangible à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents canadiens.

Les chercheurs sont invités à soumettre des projets de nouvelles études qui respectent les critères d'inclusion des études et la présentation des soumissions, accessibles dans le site Web du PCSP, à l'adresse www.cps.ca/pcsp. Le comité directeur examine les soumissions à ses réunions du printemps et de l'automne et accorde la préférence aux études dotées d'une grande importance scientifique et en santé publique ou qui ne pourraient être entreprises autrement. Après leur examen, les études doivent recevoir une approbation déontologique et être pourvues d'un financement externe confirmé avant d'obtenir une acceptation définitive du programme. Les chercheurs intéressés à obtenir plus d'information au sujet du programme sont invités à visiter le site Web www.cps.ca/pcsp ou à communiquer avec la gestionnaire de la surveillance, à pcsp@cps.ca.

Questions ponctuelles par sondage

Le PCSP peut également constituer un outil peu coûteux et ponctuel pour sonder les participants afin de repérer la prévalence d'un problème ou de répondre à une question précise. Une fois approuvée par le comité directeur du PCSP, le sondage est expédié à tous les participants, en même temps qu'un formulaire mensuel de rapport initial. Les résultats obtenus sont transmis à l'investigateur en vue de l'analyse des données.

Les résultats des questions ponctuelles par sondage de 2011 figurent aux pages 38 à 44, et la liste complète de sondages à ce jour est accessible à l'adresse www.cps.ca/pcsp.

Glossaire des termes utilisés dans les tableaux des résultats de chaque étude

Déclaré : cas déclaré

Dédoubleté : cas déclaré par plus d'un participant

Exclu : cas ne respectant pas la définition de cas

En attente : questionnaire détaillé non reçu ou cas non confirmé

Confirmé : cas analysé respectant la définition de cas.

Investigateurs principaux du PCSP

Études sous surveillance en 2011



Docteur Elizabeth Sellers
*Albuminurie persistante au sein
de la population pédiatrique
atteinte de diabète de type 2*



Docteur Patricia Parkin
*Anémie ferriprive sévère
chez les nourrissons et les
jeunes enfants*



Margaret Zimmerman
*Effets indésirables graves et
potentiellement mortels des
médicaments*



Docteur Bruce Crooks
*Histiocytose à cellules
de Langerhans*



Docteur Michael Sgro
*Hyperbilirubinémie néonatale
grave (2011–2013)
et Septicémie et méningite
néonatales précoces*



Docteur Joan Robinson
*Infections par le virus
respiratoire syncytial chez
les jeunes greffés*



Docteur Maryanne Crockett
*Maladies des voyageurs chez les
enfants et les adolescents qui visitent
des amis et des parents à l'étranger*



Docteur Hanna Kolski
Myasthénie pédiatrique



Docteur Shalini Desai
Paralysie flasque aiguë



Docteur Ellen Goldbloom
Suppression surrénalienne



Docteur Paul Dancey
*Syndromes de fièvre
périodique*



Docteur Christina Grant
*Troubles de conversion chez
les enfants et les adolescents*

Études sous surveillance en 2011

Albuminurie persistante au sein de la population pédiatrique atteinte de diabète de type 2

avril 2010 à mars 2012

S Hadjiyannakis¹, E Sellers¹, S Amed, A Dart, H Dean, R Dyck, J Hamilton, V Langlois, C Panagiotopoulos, A-M Ugnat

Faits saillants en 2011

- On a confirmé 16 cas d'albuminurie persistante chez des enfants de moins de 18 ans atteints du diabète de type 2 (DT2).
- Le taux d'enfants d'origine autochtone atteints semble être disproportionné.
- Des antécédents familiaux de maladie rénale liée au diabète et d'exposition au diabète avant ou pendant la grossesse sont fréquents.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tout patient atteint de diabète de type 2 (DT2) de moins de 18 ans

et

une microalbuminurie ou une macroalbuminurie **persistante**, définie par deux échantillons positifs sur trois à au moins un mois d'intervalle, sur une période de trois à six mois.

Définition du diabète par l'Association canadienne du diabète

- Glycémie à jeun (GÀJ) $\geq 7,0$ mmol/L* ou
- Glycémie aléatoire $\geq 11,1$ mmol/L* ou
- Glycémie deux heures après l'ingestion de 75 g de glucose $\geq 11,1$ mmol/L* après une épreuve standard d'hyperglycémie provoquée par voie orale

* Une autre épreuve d'hyperglycémie de confirmation s'impose si l'enfant est asymptomatique.

Le diagnostic de DT2 reposera sur les caractéristiques cliniques suivantes :

- Obésité (indice de masse corporelle supérieur au 95^e percentile par rapport à l'âge et au sexe)
- Antécédents familiaux de DT2 chez des parents de premier ou deuxième degré
- Appartenance à un groupe ethnique à haut risque (p. ex., autochtone, africain, hispanique, sud-asiatique)
- Antécédents d'exposition au diabète *in utero* (diagnostiqué avant ou pendant la grossesse)
- Manifestations de résistance à l'insuline : acanthosis nigricans, syndrome de Stein-Leventhal, hypertension, dyslipidémie
- Absence d'autoanticorps liés au diabète si on possède les résultats

	Ratio entre l'albumine et la créatinine urinaires (RAC)†	Prélèvement d'urine sur 24 h pour calculer l'albumine
Microalbuminurie	de 2,0 mg/mmol à 20,0 mg/mmol (homme) de 2,8 mg/mmol à 28,0 mg/mmol (femme)	de 30 mg/jour à 300 mg/jour (homme ou femme)
Macroalbuminurie	>20,0 mg/mmol (homme) >28,0 mg/mmol (femme)	>300 mg/jour (homme ou femme)

* L'albuminurie persistante est définie par deux échantillons positifs sur trois à au moins un mois d'intervalle, sur une période de trois à six mois.

† Confirmation au moyen d'un prélèvement d'urine au lever ou d'un prélèvement d'urine pendant une période donnée au cours de la nuit.

Résultats

Des 16 cas confirmés en 2011, 12 (75 %) étaient de sexe féminin et 14 (88 %) se déclaraient d'origine autochtone (13 Premières nations, un Métis). On remarquait une

Déclarés	Dédouble	Exclu	En attente	Confirmés
21	0	0	5	16

variation régionale : 75 % des cas provenaient du Manitoba, 19 %, du nord-ouest de l'Ontario et 6 %, de la Nouvelle-Écosse.

L'âge moyen au diagnostic d'albuminurie était de 13,6 ans (plage de 9,8 à 17,7 ans) (garçons 16,1 ans; filles 11,7 ans). Les comorbidités connexes étaient courantes, la dyslipidémie étant la plus fréquente, dans neuf cas sur 16 (56 %), suivie de l'hypertension, dans huit cas sur 16 (50 %), et de la stéatose hépatique non alcoolique, dans trois cas sur 16 (19 %). Parmi les observations fréquentes, on remarquait l'exposition à un diabète avant la grossesse (six cas sur 16, 38 %), l'exposition au diabète gestationnel (trois cas sur 16, 19 %) et des antécédents familiaux de maladie rénale liée au diabète (neuf cas sur 16, 56 %).

D'après les résultats préliminaires, l'albuminurie non orthostatique persistante chez les adolescents ayant un DT2 se produit au Canada, et le taux d'enfants d'origine autochtone qui sont atteints semble disproportionné. La surveillance nationale de la prévalence d'albuminurie chez les enfants ayant un DT2 s'impose pour définir le spectre et l'étendue du problème. C'est important pour prédire le fardeau de la maladie et pour planifier les programmes de dépistage et d'intervention. Ces données seront utiles pour les pédiatres, les médecins communautaires, les professionnels de la santé communautaires, les décideurs et les planificateurs de programmes. De plus, les données fourniront une évaluation de départ de la prévalence pour des besoins de future comparaison. Le dépistage de la population d'enfants atteints de DT2 et d'albuminurie persistante facilitera les recherches pour comprendre l'étiologie et la prévention de cette importante complication.

Publications et présentations

Sellers E. Renal disease in youth with type 2 diabetes: Need for early detection. *Paediatr Child Health* 2010;15(5):256–7

¹ Investigatrices principales

Stasia Hadjiyannakis, MD, FRCPC, section d'endocrinologie pédiatrique, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) K1H 8L1; tél. : 613-737-7600; téléc. : 613-738-4236; shadjyannakis@cheo.on.ca

Elizabeth Sellers, MD, FRCPC, section d'endocrinologie et de métabolisme pédiatriques, *Winnipeg Children's Hospital*, Winnipeg (Manitoba) R3E 0Z2; tél. : 204-787-4351; téléc. : 204-787-1655; esellers@exchange.hsc.mb.ca

Anémie ferriprive sévère chez les nourrissons et les jeunes enfants

octobre 2009 à septembre 2011 – rapport définitif

P Parkin¹, S Zlotkin¹, M Belletrutti, M Carcao, J Grabowski, A-M Ugnat, S Wong

Faits saillants

- Des cas d'anémie ferriprive sévère (AFS) continuent de se produire au Canada, 195 cas ayant été confirmés en deux ans.
- Des facteurs nutritionnels étaient en cause, tels qu'une alimentation prolongée au biberon, une consommation excessive de lait de vache ou une consommation inadéquate d'aliments enrichis de fer.
- Les populations asiatiques et autochtones étaient surreprésentées dans l'échantillon à l'étude, car elles constituaient respectivement 36 % et 12 % des cas confirmés.
- Une morbidité importante s'associe à une AFS, y compris un retard de développement, une insuffisance cardiaque, une thrombose cérébrale et le recours à des soins de santé.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tous les nourrissons et les jeunes enfants autrement en santé de six à 36 mois atteints d'une anémie ferriprive sévère définie comme une hémoglobine inférieure à 80 g/L et un faible volume globulaire moyen (VGM) sous la normale par rapport à l'âge), **accompagnée d'au moins l'un des éléments suivants** :

- un faible taux de ferritine
- un faible taux de fer
- un taux élevé de récepteur de la transferrine
- un taux élevé de protoporphyrine érythrocytaire libre
- une correction de l'anémie par un traitement martial

Critères d'exclusion

- Maladie chronique qu'on sait associée à l'anémie
- Maladies associées à la malabsorption
- Pathologies associées au saignement pouvant, par exemple, être causé par un traumatisme, une opération ou de fréquentes prises de sang
- Hémoglobinopathie congénitale connue
- Troubles connus de la coagulation
- Perte de sang causée par une maladie aiguë ou chronique entraînant des saignements gastro-intestinaux

Résultats

Tout au long des deux années de surveillance, on a déclaré 340 cas d'AFS chez des nourrissons et des jeunes enfants. Soixante-cinq cas ont été exclus pour les raisons suivantes : ils ne respectaient pas les critères d'anémie (n=19) ou d'âge (n=14), il manquait un test de laboratoire biochimique de confirmation comme la ferritine (n=4) ou la date de diagnostic (n=13), on constatait la présence d'une maladie liée à l'anémie (n=2), le répondant était incapable de retracer le dossier ou avait perdu le patient au suivi (n=13), un laboratoire avait déclaré le cas, mais n'avait aucune information à son sujet (n=1) et l'enfant était exclu par le médecin (n=1). Deux enfants ont été exclus pour plus d'une raison. Au total, 195 cas ont été confirmés. Le taux de complétion du

TABLEAU 1 – Cas d'AFS entre le 1^{er} octobre 2009 et le 30 septembre 2011

Année	Déclarés	Dédoublés	Exclus	En attente	Confirmés
2009*	38	0	14	6	18
2010	152	8	23	24	97
2011†	150	14	28	28	80
Total	340	22	65	58	195

* Du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009

† Du 1^{er} janvier 2011 au 30 septembre 2011

questionnaire détaillé s'élevait à 84 %. L'incidence estimative d'AFS chez les nourrissons de 12 à 36 mois est de 12 cas pour 100 000 nourrissons (Statistique Canada, Recensement de 2006), ce qui constitue peut-être une sous-représentation.

Les patients avaient un âge moyen de 18 mois (plage de six à 36 mois). Lorsque l'information était précisée, près de la moitié des mères des cas étaient blanches (82 sur 182, 45 %), 65 (36 %) étaient asiatiques, 21 (12 %) étaient autochtones et 14 (8 %) provenaient d'autres ethnies. Ces résultats laissent croire à une surreprésentation de la population asiatique globale, car elle forme 12 % de la population canadienne (Statistique Canada, Recensement de 2006). La population autochtone est également surreprésentée, car les Autochtones représentent 4 % de la population canadienne (Statistique Canada, Recensement de 2006). Il se pourrait cependant que les Autochtones soient sous-représentés, puisque très peu de pédiatres travaillent dans des communautés du Grand Nord.

Le taux d'hémoglobine moyen était de 55 g/L (plage interquartile [PIQ] de 45 à 67), le VGM médian, de 51,9 fL (PIQ de 49,1 à 55,0) et la ferritine sérique médiane, de 3,8 µg/L (PIQ de 2 à 8).

Sur les 195 nourrissons, 154 (79 %) prenaient du lait de vache au diagnostic d'anémie ferriprive. Ils en consommaient en moyenne 1,1 L (38 onces), pour une plage de 200 mL à 2,4 L (sept onces à 81 onces). On a déclaré une consommation inadéquate d'aliments enrichis de fer chez 89 nourrissons (46 %). Cent vingt-quatre (64 %) étaient ou avaient été allaités. Cent onze des 140 (79 %) enfants de plus de 12 mois utilisaient le biberon pendant la journée, et 70 sur 60 % le prenaient au lit. Les signes révélateurs qui incitaient à demander des examens de laboratoire incluaient la pâleur (n=126), une faible prise de poids (n=20), un retard de développement (n=13), un manque d'énergie (n=45), de la fièvre (n=29), de l'irritabilité (n=37), une maladie infectieuse (n=58), une insuffisance pondérale (n=15), un œdème (n=11), un pica (n=13) et des troubles d'alimentation (n=10). Près du quart (23 %) présentaient des complications, notamment un retard de développement (n=33), des preuves d'insuffisance cardiaque (n=9) et une thrombose cérébrale (n=2). Dans tous les cas, le médecin traitant avait prescrit des suppléments de fer par voie orale et donné des conseils nutritionnels. Il a fallu hospitaliser 83 cas (43 %). De ce nombre, 25 ont eu besoin d'une transfusion sanguine et 42, d'une consultation avec un hématalogue pédiatre. En général, chez les enfants ayant une anémie ferriprive, les transfusions se limitent aux cas d'anémie sévère comportant des complications. Le taux d'hémoglobine médian chez les enfants ayant besoin d'une transfusion sanguine au sein de la population à l'étude s'élevait à 36 g/L (PIQ de 28 à 46).

Conclusion

Les résultats de ces 24 mois de surveillance démontrent que des cas d'AFS sont déclarés chez des nourrissons et des jeunes enfants canadiens, et qu'ils s'associent à une importante morbidité. Des facteurs nutritionnels ont probablement un rôle étiologique à jouer dans la plupart des cas confirmés, y compris une consommation inadéquate d'aliments enrichis de fer et une forte consommation de lait de vache. La prévention primaire par des conseils nutritionnels à l'égard des jeunes enfants pourrait susciter une diminution des cas d'AFS. La prévention secondaire au moyen du dépistage des jeunes enfants, notamment ceux qui présentent des facteurs de risque élevés, afin de repérer les premières phases de la carence en fer avant l'apparition de l'anémie, devrait faire l'objet de futures recherches.

Publications et présentations

Parkin P, Zlotkin S. Why is this tachypneic child so pale? *Paediatr Child Health* 2010;15(3):135-6

Wong S. The landscape of severe iron-deficiency anemia in Canada. Séance de mise à jour en pédiatrie, Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Québec, en juin 2011. (Présentation orale)

¹ Investigateurs principaux

Patricia Parkin, MD, FRCPC, unité de médecine pédiatrique et équipe de recherche sur les issues en pédiatrie (PORT), *The Hospital for Sick Children* et le *Research Institute*, université de Toronto, Toronto (Ontario) M5G 2X9; tél. : 416-813-6933; téléc. : 416-813-5663; patricia.parkin@sickkids.ca

Stanley Zlotkin, MD, Ph. D., FRCPC, département de pédiatrie, unité de gastroentérologie, d'hépatologie et de nutrition, *The Hospital for Sick Children* et le *Research Institute*, université de Toronto (Ontario) M5G 2X9; tel. : 416-813-6171; téléc. : 416-813-4972; stanley.zlotkin@sickkids.ca

Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments

janvier 2004 à décembre 2013

M Zimmerman¹

Faits saillants en 2011

- L'étude a permis de confirmer 29 cas d'effets indésirables (EI) présumés en pédiatrie.
- Les psychoanaleptiques, les antibactériens, les antiépileptiques et les immunosuppresseurs étaient les groupes de produits les plus associés à une présomption d'effets indésirables.
- La qualité de l'information clinique colligée par le PCSP est considérée comme bonne à excellente, conformément à l'échelle d'évaluation de la qualité qu'utilise l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer les effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments* observés chez un nourrisson ou un enfant de 18 ans ou moins, par suite de l'emploi d'un produit sur ordonnance, en vente libre, biologique (immunoglobulines), de médecine parallèle (y compris les préparations à base d'herbes médicinales) ou radiopharmaceutique.

* Réaction grave, nocive et non intentionnelle à un médicament, qui survient à n'importe quelle dose et exige une observation à l'urgence ou une hospitalisation, ou entraîne une invalidité durable ou importante ou un décès.

Exclusions

Ne pas déclarer les effets causés par un instrument médical, des produits sanguins (plaquettes, globules rouges, plasma d'un seul donneur), des vaccins, une intoxication ou une surdose autoadministrée.

Résultats

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011, on a déclaré 44 cas d'effets indésirables des médicaments (EIM) graves, et 29 cas ont été confirmés comme respectant la définition de cas. En comparaison, le PCSP avait reçu 42, 67, 68 et 45 déclarations en 2010, 2009, 2008 et 2007, respectivement. La qualité de l'information clinique recueillie par le PCSP est considérée comme bonne à excellente d'après l'échelle d'évaluation de la qualité utilisée par l'OMS.

Des 29 cas confirmés, 15 étaient de sexe masculin et 14, de sexe féminin. Ils avaient de un mois à 17 ans. Le tableau 2 contient la comparaison de la répartition des cas d'EI déclarés selon l'âge entre 2007 et 2011.

Les 29 cas ont tous été classés comme graves (dans 15 cas, plus d'une raison en expliquait la gravité). Le tableau 3 permet de comparer les raisons de la gravité des déclarations d'EI depuis cinq ans. Le sort des patients était précisé dans 24 des 29 cas confirmés, comme suit : rétabli (n=18), pas encore rétabli (n=4), rétabli avec séquelles (n=1), décès (n=1).

Produits de santé présumément responsables

Au tableau 4 figurent tous les produits de santé présumément responsables des 29 déclarations d'EI, classés selon le nombre de déclarations reçues à l'égard de chaque produit. Dans 23 déclarations, on présumait

TABLEAU 1 – Cas d'effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments en 2011

Déclarés	Dédoublé	Exclus	En attente	Confirmés
44	0	8	7	29

TABLEAU 2 – Comparaison annuelle de la répartition des cas confirmés selon l'âge

	2011 (n=29)	2010 (n=32)	2009* (n=51)	2008 (n=40)	2007 (n=45)
Jusqu'à 5 ans	9	6	14	15	9
De 6 à 12 ans	7	15	16	14	16
De 13 à 17 ans	13	10	21	11	18
Non déclarés	0	1	0	0	2

* Le nombre de cas en 2009 a été rajusté pour refléter les rapports tardifs non reçus à la parution des *Résultats du PCSP 2009*.

qu'un seul produit était responsable des effets indésirables, tandis que dans six cas, deux produits présumés étaient en cause. Les catégories de produits de santé les plus souvent présumés être responsables d'EI étaient les psychoanaleptiques (n=7; quatre cas de psychostimulants utilisés pour traiter des troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité et trois cas d'antidépresseurs), suivis des antibactériens (n= 6), des antiépileptiques (n=4) et des immunosuppresseurs (n=3). Les catégories de produits de santé les plus souvent en cause varient quelque peu chaque année, mais les quatre principales catégories comprenaient généralement ces classifications. Il est possible d'obtenir de l'information supplémentaire au sujet des déclarations d'EI confirmés à l'adresse www.cps.ca/cpsp.

Conclusion

En 2011, les psychoanaleptiques étaient les catégories de produits de santé les plus souvent présumés responsables d'effets indésirables, suivis des antibactériens, des antiépileptiques et des immunosuppresseurs. Toutes ces catégories de produits de santé sont souvent utilisées pour traiter les patients pédiatriques.

Le partage continu de déclarations sur les effets indésirables par le PCSP est essentiel pour améliorer l'innocuité des produits de santé utilisés pour les enfants.

Publications et présentations

Zimmerman M, Grenier D, Levitt M. Does active surveillance of serious and life-threatening adverse drug reactions improve reporting? *Paediatr Child Health* 2011;16(9):532-4

Grenier D, Zimmerman M. Does active surveillance of adverse drug reactions improve reporting? The CPSP Experience. Congrès du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique (RIUSP), Montreux, en septembre 2011. (Présentation orale)

Grenier D, Davis MA, Zimmerman M, Laffin Thibodeau M. Can active surveillance improve reporting of serious and life-threatening drug reactions? The Canadian experience. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Québec, en juin 2011. (Présentation par affiche)

Grenier D, Davis MA, Ugnat A-M, Zimmerman M, Laffin Thibodeau M, Quartaro A. Can active surveillance improve reporting of serious and life-threatening adverse drug reactions? The Canadian Paediatric Surveillance Program experience. 5^e *Europaediatrics*, Vienne, en juin 2011. (Présentation par affiche)

Grenier D, Zimmerman M. ¿Una vigilancia estricta puede mejorar el reporte de reacciones adversas a medicamentos? *XIII Congreso Nacional de Pediatría, CoNaPeMe*, Guadalajara, en mai 2011. (Présentation orale)

¹ Investigatrice principale

Margaret Zimmerman, B. Sc., section de la sécurité des patients, Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada, Immeuble 7, IA 0701C, pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-957-2806; téléc. : 613-948-7996; margaret.zimmerman@hc-sc.gc.ca

TABLEAU 3 – Comparaison annuelle des raisons de la gravité des cas confirmés

	2011 (n=29)	2010 (n=32)	2009 (n=51)	2008 (n=40)	2007 (n=45)
Décès	1	0	1	3	0
Problème mettant en jeu le pronostic vital	11	6	14	12	9
Hospitalisation	18	19	28	18	18
Incapacité	4	2	3	0	0
Problème important sur le plan médical*	15	17	21	12	11

* Un problème important sur le plan médical désigne une réaction qui ne met pas immédiatement en jeu le pronostic vital ou qui n'entraîne pas la mort ou une hospitalisation immédiate, mais qui peut compromettre l'état du patient ou exiger une intervention afin d'éviter que celui-ci subisse l'un de ces sorts.

TABLEAU 4 – Produits de santé présumément responsables figurant dans les déclarations d'EI (n=29) en 2011

Produit de santé présumément responsable	Nombre de déclarations (n=36)
Infliximab	3 (n=3)
Atomoxétine, carbamazépine, drospirénone/éthynyl estradiol [†] , hydrochlorure de méthylphénidate (libération prolongée)*, ibuprofène	2 chacun (n=10)
Acide valproïque, ceftriaxone, céfuroxime, citalopram, diphenhydramine, doxycycline, fentanyl, flécaïnide, indométhacine, ifosfamide, isoniazide, kétamine, lamotrigine, linézolide, méropénem, méthotrexate, midazolam, rispéridone, romiplostim, succinylcholine, sulfasalazine, trazodone, venlafaxine	1 chacun (n=23)

* Tous déclarés comme étant du Concerta®

† Polythérapies contenant deux ingrédients actifs (Yaz®, Yasmin®)

Histiocytose à cellules de Langerhans

juillet 2009 à juin 2012

B Crooks¹, D Dix, L Parker, S Weitzman

Faits saillants en 2011

- L'étude a permis de confirmer 18 nouveaux cas d'histiocytose à cellules de Langerhans (HCL) en 2011 et un total de 40 cas confirmés jusqu'à maintenant.
- Les patients avaient un âge moyen de quatre ans et cinq mois au diagnostic (plage de la naissance à 16 ans et 4 mois).
- Les patients subissent souvent un délai pouvant atteindre jusqu'à 60 semaines avant le diagnostic, et ils consultent souvent de multiples professionnels de la santé.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau patient qui consulte entre la naissance et 18 ans et qui présente :

- des caractéristiques cliniques d'HCL, incluant des douleurs osseuses et un œdème des tissus mous inexpliqués, un diabète insipide et un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire, une exophtalmie, une otite récurrente ou une otorrhée, une éruption maculopapulaire, une dermatite séborrhéique ou un érythème fessier résistant au traitement, une pneumonite interstitielle ou une cholangite sclérosante.

et

- a) ou b)
 - a) une HCL démontrée par biopsie, les lésions cellulaires contenant :
 - des granules de Birbeck démontrées par microscopie par électrons, ou
 - des cellules CD1a positives par immunocytochimie, ou
 - des molécules de Langerin positives, ou
 - des cellules S100 positives à l'histopathologie caractéristique,
 - b) des lésions lytiques ou hypothalamo-hypophysaires caractéristiques de l'HCL, sans biopsie, lorsque :
 - les risques de la biopsie sont considérés comme trop dangereux compte tenu du foyer de la lésion,
 - la lésion subit une régression spontanée caractéristique.

Résultats

Dans le cadre de cette étude, la surveillance nationale de l'HCL est menée au moyen de trois méthodes parallèles : le PCSP, le réseau C17 de centres d'hématologie-oncologie pédiatrique et les autres médecins spécialisés (orthopédie, neurochirurgie, otorhinolaryngologie, dermatologie, ophtalmologie, endocrinologie et pathologie). En 2011, on a déclaré 24 cas d'HCL au PCSP. De ce nombre, 18 ont été confirmés. On a déclaré seulement deux cas par les voies parallèles sans qu'ils le soient par le PCSP. Aucun des deux n'est confirmé.

Déclarés	Dédoublés	Exclu	En attente	Confirmés
24	2	0	4	18

Des 18 cas confirmés, 14 étaient de sexe masculin et quatre, de sexe féminin. Leur ethnie était surtout blanche, mais on observait également des enfants sud-asiatiques, autochtones et moyen-orientaux. Six cas provenaient de l'Ontario et six autres, du Québec. Les autres cas ont été déclarés dans quatre provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Nouvelle-Écosse). Les enfants avaient un âge moyen au diagnostic de quatre ans et cinq mois (plage de la naissance à 16 ans et 4 mois). Les manifestations cliniques étaient variées. On a signalé dix cas de maladie osseuse unifocale touchant l'orbite (n=4), le crâne (n=3), les os longs (n=2) ou les vertèbres (n=1). Trois cas ont souffert de polyurie et de polydipsie, dont deux étaient atteints d'une maladie multisystémique et un, d'une maladie crânienne. Une maladie multisystémique s'est manifestée dans trois cas de jeunes nourrissons. Trois patients ont présenté une atteinte cutanée seule, et dans leur cas, le délai entre l'apparition de la maladie et le diagnostic avait été très long (de 12 à 60 semaines).

Le traitement consistait en un simple curetage (n=3), à la mise en observation (n=3), à l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (n=1) et à une association de stéroïde et de vinblastine (n=9). Deux autres cas n'ont pas réagi au traitement initial composé de stéroïde et de vinblastine et ont ensuite reçu de la cytarabine et de la cladribine, accompagnées ou non de 6-mercaptopurine, de dexaméthasone ou de ces deux médicaments. Aucun essai clinique de thérapie de l'HCL n'a été amorcé en 2011. Tous les cas ont survécu.

Ainsi, on a confirmé 40 cas d'HCL pendant les deux premières années et demie de cette étude. La collecte de cas prendra fin en juillet 2012. Seulement quatre cas ont été signalés par les autres voies. On consentira des efforts supplémentaires pour accumuler d'autres cas et des données manquantes. La plupart des cas s'associent à une maladie osseuse. Le délai entre l'apparition de la maladie et le diagnostic semble long. Les patients consultent de multiples professionnels de la santé avant d'être fixés.

Publications et présentations

Crooks B, Grenier D. Langerhans cell histiocytosis: A complex recurrent disease. *Paediatr Child Health* 2010;15(2):69-70

¹ Investigateur principal

Bruce Crooks, MB, ChB, hématologie et oncologie pédiatriques, université Dalhousie, *IWK Health Centre*, 5850-5980, av. University, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 6R8; tél. : 902-470-8048; téléc. : 902-470-7216; bruce.crooks@iwk.nshealth.ca

Hyperbilirubinémie néonatale grave (2011–2013) Nourrissons de 60 jours ou moins

mars 2011 à février 2013

M Sgro¹, T Barozzino, DM Campbell, T Longpre, M Ofner, V Shah

Faits saillants en 2011

- Au cours des dix premiers mois de la surveillance, on a confirmé 22 cas d'hyperbilirubinémie néonatale grave. Le taux moyen de bilirubine de pointe correspondait à 461 $\mu\text{mol/litre}$.
- L'incompatibilité ABO était la principale cause d'hyperbilirubinémie grave, suivie d'une carence en G6PD et d'autres anticorps.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer les nourrissons de 60 jours ou moins présentant une hyperbilirubinémie non conjuguée :

- dont la bilirubine totale sérique de pointe est supérieure à 425 $\mu\text{mol/L}$, ou
- qui ont subi une exanguinotransfusion néonatale.

Critères d'exclusion

Les nourrissons qui ont subi une exanguinotransfusion par suite d'une allo-immunisation (Rh) foetomaternelle bien attestée ou ceux de moins de 35 semaines d'âge gestationnel.

Résultats

Au cours des dix premiers mois de la surveillance, on a déclaré 57 cas d'hyperbilirubinémie néonatale grave chez des nourrissons de 60 jours ou moins. De ce nombre, 22 ont été confirmés, six ont été exclus parce qu'ils ne respectaient pas la définition de cas et 29 sont en cours d'examen. Il n'y a eu aucun dédoublement jusqu'à présent.

Déclarés	Dédoublé	Exclus	En attente	Confirmés
57	0	6	29	22

Comme on le prévoyait d'après les critères d'inclusion, l'âge gestationnel moyen était de 38 semaines (plage de 36 à 41 semaines) et le poids du bébé à la naissance, de 3 262 g (plage de 2 569 g à 3 770 g). Des cas confirmés, la plupart avaient été déclarés en Ontario (n=8) et au Québec (n=6). Les autres provenaient de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Nunavut. Le ratio entre les filles et les garçons était de 1,2:1, et tous les nourrissons étaient allaités.

On a déterminé la cause de l'hyperbilirubinémie grave dans environ la moitié (12 sur 22) des cas confirmés. L'incompatibilité ABO (n=8) était la plus souvent responsable, suivie d'une carence en G6PD (n=2) et d'autres anticorps (n=2). Le taux de bilirubine de pointe moyen déclaré était de 461 $\mu\text{mol/litre}$ (plage de 301 $\mu\text{mol/litre}$ à 604 $\mu\text{mol/litre}$), par rapport à 468 $\mu\text{mol/litre}$ (plage de 137 $\mu\text{mol/litre}$ à 773 $\mu\text{mol/litre}$) dans l'étude du PCSP de 2002 à 2004. Il a fallu recourir à la photothérapie dans 20 cas confirmés, dont quatre ont reçu de l'immunoglobuline par voie intraveineuse et deux ont dû subir une exsanguinotransfusion. On a déclaré que deux nourrissons n'avaient pas reçu de traitement.

Les données tirées de cette étude permettront une comparaison avec deux études antérieures du PCSP, soit l'hyperbilirubinémie néonatale grave (de 2002 et 2004) et l'ictère nucléaire (2007 à 2009). La présente étude de surveillance vise à évaluer les taux d'hyperbilirubinémie grave et d'ictère nucléaire avant et après la publication, en 2007, du document de principes de la Société canadienne de pédiatrie intitulé *Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés (35 semaines d'âge gestationnel ou plus)* et à en commenter l'efficacité.

¹ Investigateur principal

Michael Sgro, MD, FRCPC, université de Toronto, département de pédiatrie, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, salle 014, 15^e étage, aile Cardinal Carter, 30, rue Bond, Toronto (Ontario) M5B 1W8; tél. : 416-864-6060, poste 6560; téléc. : 416-864-6073; sgrom@smh.ca

Infections par le virus respiratoire syncytial chez les jeunes greffés

septembre 2010 à août 2013

JL Robinson¹, U Allen, I MacLusky

Faits saillants en 2011

- L'incidence de graves infections par le virus respiratoire syncytial (VRS) semble faible au sein de la population pédiatrique ayant reçu une greffe d'organe plein ou de cellules souches hématopoïétiques.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tous les patients hospitalisés ou en consultations externes de moins de 18 ans qui ont :

- une infection par le VRS confirmée en laboratoire
- et
- reçu la greffe d'un organe plein ou de cellules souches hématopoïétiques au cours des deux années précédentes.

Résultats

On a confirmé dix cas de jeunes greffés atteints d'une infection par le VRS en 2011. De ce nombre, quatre étaient d'origine nosocomiale : deux greffés hépatiques (11 jours et six mois après la greffe, respectivement), un greffé rénal (63 jours après la greffe) et un receveur de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (16 jours après la greffe). Aucun de ces quatre cas n'a dû être mis sous respirateur.

Déclarés	Dédoublé	Exclus	En attente	Confirmés
17	0	5	2	10

Dans trois cas, il s'agissait d'infections d'origine non nosocomiale sans gravité. Un cas s'est déclaré dix mois après la greffe d'un receveur de cellules souches hématopoïétiques allogéniques qui n'a pas été hospitalisé. Deux cas se sont produits chez des greffés du rein : l'un a été hospitalisé 55 jours après la greffe, mais n'a pas été mis sous respirateur et l'autre, 20 mois après la greffe, n'a pas été hospitalisé.

Les trois derniers cas ont survécu à de graves infections par le VRS et ont dû être mis sous respirateur pendant trois jours (greffé des poumons, 33 jours après la greffe), six jours (greffé hépatique, cinq mois après la greffe) et 21 jours (receveur de cellules souches hématopoïétiques allogéniques, 22 jours après la greffe).

L'incidence de graves infections par le VRS semble faible chez des enfants greffés d'un organe plein ou des receveurs de cellules souches hématopoïétiques. Puisqu'il est possible d'administrer une prophylaxie contre le VRS, il est absolument capital de colliger des données sur l'incidence et la morbidité associées à l'infection par le VRS chez les greffés canadiens afin de déterminer les coûts et bienfaits potentiels du palivizumab au sein de cette population.

Publications et présentations

Robinson JL, Grenier D. What happens when you mix a transplant with respiratory syncytial virus? *Paediatr Child Health* 2011;16(1):12

¹ **Investigatrice principale**

Joan L. Robinson, MD, FRCPC, *Stollery Children's Hospital*, unité d'infectiologie pédiatrique, département de pédiatrie, université de l'Alberta, Edmonton (Alberta) T6G 2J3; tél. : 780-407-1680; téléc. : 780-407-7136; jr3@ualberta.ca

Maladies des voyageurs chez les enfants et les adolescents qui visitent des amis et des parents à l'étranger

mars 2009 à février 2011 – rapport définitif

M Crockett¹, L Ford-Jones, D Grondin, C Hui, J Keystone, S Kuhn

Faits saillants

- Pendant les deux années de la surveillance, on a confirmé 91 cas de maladies des voyageurs (MV) importantes chez des enfants et des adolescents qui avaient visité des amis et de la famille à l'étranger (VAF).
- La fièvre entérique (« fièvre typhoïde ») et le paludisme étaient les principaux types de maladies des voyageurs.
- La majorité des cas confirmés n'avaient pas reçu de conseils avant leur voyage.
- Près des trois quarts des cas ont dû être hospitalisés, pendant une période moyenne de 12 jours.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Une maladie des voyageurs est contractée pendant un séjour à l'étranger, et les symptômes peuvent se manifester pendant le voyage ou après le retour de l'enfant au Canada. Un voyageur VAF peut être un enfant né à l'étranger ou un enfant né au Canada de parents nés à l'étranger qui va dans un pays d'origine pour rendre visite à des amis et à des membres de la famille. On pose le diagnostic selon des critères cliniques ou de laboratoire.

Déclarer tous les enfants de moins de 18 ans qui habitent au Canada et qui contractent une grave maladie des voyageurs pendant un séjour à l'étranger en qualité de voyageurs VAF.

Critères d'exclusion

- Enfants qui contractent une maladie des voyageurs, mais qui n'allaient pas rendre visite à des amis et à des membres de la famille.
- Enfants qui contractent une diarrhée ou des infections respiratoires légères et non spécifiques pendant leur voyage, mais qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés.

Résultats

Pendant les deux années de la surveillance, on a déclaré 129 cas. L'étude a permis de confirmer 91 cas de MV chez des enfants et des adolescents VAF (tableau 1). De ce nombre, 42 (46 %) avaient été déclarés en Ontario, 14 (15 %) en Colombie-Britannique, 12 (13 %) au Québec, 11 (12 %) en Alberta, dix (11 %) au Manitoba et les autres, en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard. Les régions visitées et le type de MV contractées par les enfants et les adolescents VAF sont résumés aux tableaux 2 et 3, respectivement.

Année	Déclarés	Dédoublés	Exclus	En attente	Confirmés
2009*	51	3	8	7	33
2010	68	6	4	9	49
2011†	10	0	1	0	9
Total	129	9	13	16	91

* Du 1^{er} mars au 31 décembre 2009

† Du 1^{er} janvier au 28 février 2011

La majorité (81 %) faisait de la fièvre. La diarrhée (42 %), les vomissements (18 %), les maux de ventre (16 %), la toux (16 %), les céphalées (12 %), les éruptions (9 %) et la jaunisse (9 %) faisaient également partie des symptômes courants. La majorité des patients ayant une MV étaient d'abord vus à l'urgence (64 %) plutôt qu'au cabinet du médecin ou à la clinique (36 %). Le délai entre le début du voyage et l'apparition des symptômes oscillait entre quelques jours et plusieurs mois, pour une moyenne de 62 jours, en raison de la longue durée du voyage de certains enfants. Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation auprès d'un médecin variait selon le type de maladie, tout comme le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic.

Le voyage était d'une durée moyenne d'environ sept semaines et demie. Presque tous les enfants VAF se rendaient dans des régions urbaines, 49 % s'y limitant et 42 % se rendant également en région rurale. Seulement 9 % n'allaient qu'en région rurale. La majorité des cas confirmés (79 %) pour qui on connaissait le type d'habitation demeuraient dans un domicile familial, dont seulement 19 % disposaient d'une climatisation ou de moustiquaires. Parmi les autres facteurs de risque, soulignons la consommation d'aliments offerts par des vendeurs de rue (18 %), d'eau non sécuritaire (19 %), de produits laitiers non pasteurisés (5 %) et de fruits et légumes crus ou non pelés (22 %).

Des 91 cas confirmés, 24 ont obtenu des conseils avant le voyage, 45 n'en ont pas reçu et dans 22 cas, on ne savait pas s'ils en avaient reçu ou non. Parmi ceux qui avaient reçu des conseils avant le voyage (n=24), huit les ont obtenus d'un médecin dans une clinique du voyageur, cinq d'un pédiatre, quatre d'un médecin de famille et sept n'ont pas précisé qui les avaient donnés.

Parmi les patients qui ont reçu des conseils avant le voyage, 11 n'ont pas respecté les conseils relatifs aux vaccins (n=2) ou aux antipaludiques (n=9). Dans huit cas, on ne sait pas si les conseils leur avaient été transmis correctement et avaient été mal suivis ou s'ils n'étaient simplement pas pertinents. Quatre cas ne se sont pas fait administrer les vaccins recommandés avant le voyage ou n'ont pas pris les antipaludiques nécessaires compte tenu de leur destination conformément aux lignes directrices reconnues en matière de médecine des voyages. On a déclaré une occurrence d'échec vaccinal primaire dans un cas atteint de fièvre entérique, mais on sait que l'efficacité des vaccins contre la typhoïde s'élève à environ 70 % seulement.

Plus de 70 % des patients ayant une MV ont dû être hospitalisés (n=65) pendant une durée moyenne de 12 jours (moyenne=12, médiane=6). Il est à souligner que deux patients ont dû être hospitalisés pendant environ trois mois. Trois patients étaient gravement malades lorsqu'ils ont consulté : l'un souffrait d'hypotension attribuable au paludisme et deux étaient atteints d'un choc septique secondaire à une bactériémie à salmonelle. Quatre patients ont été hospitalisés dans une unité de soins intensifs. Quatre enfants ont souffert de séquelles importantes, et on a dénombré un décès attribuable à un choc septique.

Conclusion

Pendant la période de surveillance de 2009 à 2011, on a signalé 91 cas confirmés de MV importante chez des enfants et des adolescents VAF. Ces chiffres sont probablement sous-représentatifs du fardeau des MV chez les enfants et les adolescents VAF, car la définition de cas exclut les maladies respiratoires ou gastro-intestinales bénignes qui n'exigent pas d'hospitalisation.

Les résultats de cette étude de surveillance concordent avec l'information liée aux MV chez les adultes, compte tenu que les enfants et les adolescents VAF voyageaient généralement pendant plusieurs semaines, qu'ils demeuraient dans des maisons familiales et qu'ils consommaient des aliments et de l'eau insalubres. La majorité des maladies des voyageurs (62 %) se sont manifestées chez des enfants qui sont allés en Asie. Seulement le quart des enfants et des adolescents VAF ont demandé de conseils sur le voyage. Parmi eux, plusieurs n'ont pas respecté les recommandations obtenues avant le voyage et certains ont reçu des conseils qui ne respectaient pas les lignes directrices standards en matière de médecine des voyages.

TABLEAU 2 – Région visitée associée à une MV*

Asie	56
Afrique	20
Amérique centrale ou Amérique du Sud	10
Moyen-Orient	5
Europe	1

* Certains voyageurs ont contracté une MV après avoir visité plus d'un pays.

TABLEAU 3 – Types de MV acquise par des enfants et des adolescents VAF

Fièvre entérique (cas présumés, cas confirmés)	36 (3, 33)
Paludisme	17
Maladie diarrhéique grave	12
Hépatite A	11
Infections parasitaires	9
TB symptomatique	5
Dengue	3
Maladie respiratoire (y compris la grippe H1N1)	3
Bactériémie à salmonelle non typhoïdique	2
Rougeole	1
Brucellose	1
Infection urinaire (organisme résistant à de multiples médicaments)	1

Dans cette étude, la majorité des enfants et des adolescents VAF ont dû être hospitalisés à cause de leur MV, pendant une durée moyenne de 12 jours (moyenne=12, médiane=6), tandis que deux patients l'ont été pendant environ trois mois. Ainsi, en plus de l'importante morbidité que subissent les enfants et les adolescents VAF du Canada, le système de santé doit assumer des coûts connexes importants. En outre, la majorité des MV auraient pu être évitées si les personnes atteintes avaient obtenu des conseils pertinents avant le voyage et les avaient respectés. Cette étude fait ressortir la nécessité d'élaborer des stratégies d'éducation et de défense d'intérêts afin de s'assurer que les enfants et les adolescents VAF peuvent accéder aux conseils en matière de voyage et les respecter afin de réduire au minimum leur risque de contracter une MV. Notamment, d'autres recherches s'imposent pour évaluer les obstacles et les éléments qui facilitent l'accès aux services avant le voyage et l'adhésion à ces services, de même que les recommandations à l'intention des enfants et des adolescents VAF.

Publications et présentations

Crockett M. Canadian children who travel abroad: What are the risks? *Paediatr Child Health* 2009;14(3):175–6

Crockett M, Hui C, Kuhn S, Ford-Jones L, Grondin D, Keystone J. Travel-related illnesses among pediatric VFRs in Canada. 60^e congrès annuel de l'*American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Philadelphie, en décembre 2011. (Présentation orale)

Crockett M. Travel-related illnesses in Canadian children. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Vancouver, en juin 2010. (Présentation par affiche)

Crockett M, Hui C, Kuhn S, Ford-Jones L, Keystone J. Travel-related illnesses in Canadian children (TRIP study). Congrès annuel de l'*Infectious Diseases Society of America*, Philadelphie, en octobre 2009. (Présentation par affiche)

¹ **Investigatrice principale**

Maryanne Crockett, MD, FRCPC, département de pédiatrie et de santé de l'enfant, section d'infectiologie pédiatrique, université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba) R3E 0J9; tél. : 204-789-3891; téléc. : 204-789-3926; crockett@cc.umanitoba.ca

Myasthénie pédiatrique

janvier 2010 à décembre 2011 – rapport définitif

H Kolski¹, J Vajsar¹

Faits saillants

- En deux ans de surveillance nationale, on a confirmé 57 cas de myasthénie pédiatrique (MP).
- Il faut un indice de suspicion élevé pour diagnostiquer la MP, car un fort pourcentage des patients (33 % ayant des symptômes généralisés et 56 %, des symptômes exclusivement oculaires) présentent des titres normaux d'anticorps des récepteurs de l'acétylcholine.
- Il semble y avoir un chevauchement important avec d'autres maladies auto-immunes, notamment les troubles thyroïdiens.
- La MP est une maladie qui peut être soignée au moyen de traitements facilement accessibles, y compris la pyridostigmine, la prednisone et l'immunoglobuline par voie intraveineuse (IgIV).
- Le dépistage et la prise en charge rapides de la MP contribuent à éviter des tests inutiles, préviennent l'évolution des symptômes et réduisent la morbidité et la mortalité.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tout enfant de moins de 18 ans présentant au moins l'une des caractéristiques suivantes :

- ptose fluctuante (unilatérale ou bilatérale),
- faiblesse musculaire extra-oculaire fluctuante (unilatérale ou bilatérale),
- antécédents de faiblesse ou de fatigue des muscles squelettiques,

et l'un des examens de soutien suivants :

- test au Tensilon^{MD} (édrophonium) (ou un autre inhibiteur de l'acétylcholinestérase) démontrant une disparition de la faiblesse;
- taux d'anticorps élevés des récepteurs de l'acétylcholine (ACh) ou des récepteurs tyrosines kinases spécifiques du muscle (MusK);
- études de conduction nerveuse anormales (démontrant une anomalie de transmission à la jonction neuromusculaire) ou ÉMG de l'unité motrice.

Critères d'exclusion

- Maladie musculaire primaire sous-jacente
- Maladie métabolique sous-jacente
- Myasthénie néonatale transitoire

Résultats

Au cours des deux années de la surveillance nationale, on a déclaré 57 cas confirmés de MP en provenance de l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et de Terre-Neuve.

Trois cas ont été exclus, dont deux parce qu'ils ne contenaient pas assez d'information et un, parce qu'il posait un diagnostic erroné.

La totalité (100 %) des répondants a rempli le questionnaire détaillé. On a dénombré 34 déclarations de MP généralisée et 18 déclarations de MP purement oculaire chez les enfants. Quatorze cas étaient nouveaux en 2010 et six en 2011, soit 13 cas généralisés et sept cas oculaires. Dans l'ensemble, à l'apparition des symptômes, les cas atteints de la forme généralisée avaient un âge médian de dix ans (plage de la naissance à 17 ans) et ceux atteints du sous-type oculaire, trois ans et demi (plage de 18 mois à 11 ans). Le ratio garçon-fille était de 1:1,1 dans le groupe de cas généralisés, et de 1:2,6 dans celui, plus jeune, ayant une maladie oculaire. On a décelé des titres positifs de récepteurs de l'acétylcholine dans 22 des 33 cas généralisés (67 %) et chez huit des 18 patients ayant la maladie oculaire (44 %). Il faut donc un

TABLEAU 1 – Cas de MP entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2011

Année	Déclarés	Dédoublés	Exclus	En attente	Confirmés
2010	39	2	0	0	37
2011	25	2	3	0	20
Total	64	4	3	0	57

fort indice de suspicion pour diagnostiquer une MP. Un important pourcentage de patients ne possédait pas de taux élevés d'anticorps des récepteurs de l'acétylcholine. Dans ces situations, une évaluation diagnostique plus poussée s'imposait. On dénombre cinq déclarations de syndrome myasthénique congénital.

Traitements initiaux

On possède de l'information sur l'évolution du traitement précoce de 33 des 34 patients ayant des symptômes généralisés. Tous ont pris de la pyridostigmine au départ, et dans tous les cas, leur état s'est amélioré. Dix-huit patients ont reçu des stéroïdes, et l'état de 17 d'entre eux s'est amélioré (94 %). L'état de 17 des 21 patients qui ont reçu un traitement à l'IVIg s'est amélioré (81 %).

On a obtenu la liste des médicaments prescrits à 17 des 18 patients ayant des manifestations exclusivement oculaires. L'état de 15 des 17 patients qui ont pris de la pyridostigmine au départ s'est amélioré (88 %). L'état des dix patients chez qui on a amorcé un traitement à la prednisone s'est amélioré, et l'IgIV a aidé un patient sur deux à qui on en a administré.

Pathologies connexes

Il semble y avoir une importante association entre la MP et les troubles thyroïdiens. Deux patients positifs aux anticorps ont reçu un diagnostic concomitant de maladie de Grave. Un autre patient présentait un taux élevé d'anticorps antimicrosomiaux. Dans quatre cas, on observait des antécédents familiaux de maladie de Hashimoto ou d'autre maladie thyroïdienne.

Conclusion

La présente étude, qui constitue la plus grosse série descriptive de MP en Amérique du Nord, fournit de l'information précieuse sur les caractéristiques cliniques et sensibilise les médecins à ce diagnostic. Il faut un fort indice de suspicion, même chez les patients dont le titre d'anticorps des récepteurs de l'acétylcholine est normal. La MP est une maladie qui se traite. En général, les enfants réagissent rapidement à des traitements facilement accessibles, y compris la pyridostigmine, la prednisone et l'IgIV. Le dépistage et la prise en charge rapides de la MP contribuent à éviter des tests inutiles, préviennent l'évolution des symptômes et réduisent la morbidité et la mortalité.

Publications et présentations

Kolski H, Vajsar J, Grenier D. Paediatric myasthenia: A moving target. *Paediatr Child Health* 2010;15(4):226

Kolski H. Paediatric myasthenia: first year of active national surveillance. 46^e congrès annuel de la Fédération des sciences neurologiques du Canada, Vancouver, en juin 2011. (Présentation orale)

¹ **Investigateurs principaux** (Représentant le *Canadian Pediatric Neuromuscular Group*)

Hanna Kolski, MD, FCRPC, *Stollery Children's Hospital*, université de l'Alberta, département de pédiatrie, 4-588 Edmonton Clinic Health Academy, 11405-87 Avenue, Edmonton (Alberta) T6G 1C9; tél. : 780-248-5569; téléc. : 1-888-353-1163; hanna.kolski@albertahealthservices.ca

Jiri Vajsar, MD, FRCPC, *The Hospital for Sick Children*, université de Toronto, 555, av. University, Toronto (Ontario) M5G 1X8; tél. : 416-813-5668; téléc. : 416-813-6334; jiri.vajsar@sickkids.ca

Paralysie flasque aiguë

janvier 1996 à décembre 2013

S Desai¹, T Smith

Faits saillants en 2011

- Il est essentiel d'assurer une surveillance vigilante de la paralysie flasque aiguë (PFA), car la transmission du poliovirus sauvage demeure endémique dans certains pays.
- Des explorations neurologiques (IRM, EEG, etc.) sont effectuées dans 91 % de tous les cas de PFA.
- Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) est le principal diagnostic de PFA au Canada.
- La surveillance de la PFA au Canada continue de viser les cibles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatives à la détection du PFA, à la collecte de coprocultures et au suivi de la paralysie résiduelle.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Apparition soudaine d'une faiblesse ou d'une paralysie localisée caractérisée par une flaccidité (tonus réduit), sans autre cause évidente (p. ex., traumatisme) chez un enfant de moins de 15 ans. Les faiblesses transitoires (p. ex., faiblesse postconvulsive) ne respectent pas la définition de cas.

Résultats

L'Agence de la santé publique du Canada, par l'entremise du PCSP, a reçu 58 déclarations de PFA ayant fait leur apparition en 2011, dont 35 cas confirmés. Environ 51 % de toutes les déclarations provenaient du réseau du PCSP et 49 %, d'IMPACT. Cinq déclarations ont été exclues

parce qu'elles ne respectaient pas la définition de cas : quatre en raison des critères d'âge et une d'après le diagnostic. Les 35 cas confirmés représentent un taux de détection de PFA non poliomyélitique de 0,62 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (tableau 2). Comme on l'a observé par les années passées, le taux annuel d'incidence de PFA au Canada est artificiellement bas en raison des retards de réception des questionnaires détaillés pendant l'année civile. Tandis que la présente étude se poursuit, les déclarations tardives de cas de PFA sont transmises, et les chiffres sont rajustés en conséquence après la réception des rapports de cas détaillés.

Déclarés	Dédoublés	Exclus	En attente	Confirmés
58	8	5	10	35

En 2011, les cas de PFA se sont observés chez des enfants de une semaine à 14 ans (médiane=5 ans, moyenne=5 ans) et étaient répartis de manière plutôt équitable entre les groupes d'âge. Au total, 51 % des cas de PFA étaient de sexe masculin et 49 %, de sexe féminin.

Parmi les cas de PFA déclarés en 2011, l'information sur la vaccination contre la polio à l'âge prévu demeurait incomplète : 15 cas (43 %) pouvaient démontrer l'avoir reçue, un cas (3 %) était déclaré comme à jour sans information supplémentaire et les 19 autres cas (54 %) ne possédaient aucun renseignement sur le sujet. Il est à souligner que le taux de captage du vaccin contre la polio inactivé (VPI) au Canada se situe à environ 80 % et qu'au moins quatre doses ont été administrées aux enfants de sept ans.

Exploration du virus de la polio, d'autres entérovirus ou du *Campylobacter*

L'exploration virologique incluait le prélèvement et l'isolement des coprocultures de 14 cas (40 %), du liquide céphalorachidien (LCR) de 20 cas (57 %) et des prélèvements de gorge de 12 cas (34 %). Lorsqu'une coproculture était prélevée, 86 % des cas s'associaient à une exploration pertinente pour isoler le poliovirus dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie. Dans les autres cas, la coproculture avait lieu plus tard, après la diminution de la sensibilité à l'isolement entéroviral. Ainsi, dans l'ensemble, 34 % (n=12) des cas étaient dotés d'une coproculture pertinente prélevée dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie (tableau 2). En 2011, on n'a repéré aucun poliovirus au moyen des explorations virologiques. Quinze cas (43 %) ont fait l'objet d'une exploration de l'infection par le *Campylobacter*, qui n'a été isolé dans aucun des échantillons.

Explorations neurologiques

En 2011, environ 91 % des cas ont subi au moins un type d'exploration neurologique (examen du LCR, études de conduction nerveuse ou électromyographie [ÉMG], IRM ou tomodensitométrie), les examens du LCR et les IRM ou les tomodensitométries étant les plus utilisées, dans 77 % et 80 % des cas, respectivement. De ce nombre, environ 70 % ont obtenu des résultats biochimiques du LCR anormaux, 89 %, des études d'ÉMG ou de conduction nerveuse anormales et 68 %, une IRM ou une tomodensitométrie anormale.

Comme on l'a observé par les années passées, la majorité des cas de PFA (n=22, 63 %) ont suscité des diagnostics de SGB, dont trois variantes du syndrome de Miller-Fisher. Les 13 autres diagnostics étaient des myélites transverses (n=3), du botulisme (n=2), et d'autres maladies (n=8).

Hospitalisation et issues

En 2011, tous les cas de PFA confirmés ont dû être hospitalisés. À l'exception de quatre cas à l'égard desquels on ne possédait pas l'information, la durée d'hospitalisation a oscillé entre un et 29 jours (médiane=dix jours, moyenne=12 jours). Au moment de la déclaration initiale, l'issue était précisée dans 33 cas (94 %) : six (18 %) s'étaient entièrement rétablis, 25 (76 %) s'étaient partiellement rétablis et conservaient une faiblesse résiduelle ou une paralysie et deux (6 %) ne s'étaient pas entièrement rétablis. On n'a signalé aucun décès. L'état des patients au 60^e jour n'était déclaré que dans 16 cas (46 %), soit 12 cas entièrement rétablis, deux partiellement rétablis (faiblesse résiduelle ou paralysie) et deux non rétablis ou dont on ne connaissait pas encore l'issue.

Exposé

La majorité des cas de poliomyélite sont asymptomatiques. Un petit pourcentage des cas, d'environ 4 % à 8 %, peut se manifester sous forme de fièvre non spécifique et de maux de gorge. Environ 1 % des cas font une poliomyélite paralytique. Les symptômes de cette forme de polio incluent de graves douleurs musculaires et une rigidité du dos et du cou, et on peut constater l'apparition rapide d'une paralysie flasque aiguë asymétrique. On remarque généralement de la fièvre au début de la maladie, et la paralysie dépend du foyer de l'infection des cellules nerveuses. Si on craint une poliomyélite, il serait prudent d'obtenir une consultation auprès d'un neurologue et d'un infectiologue.

D'après les données sur les cas de PFA à jour en 2011, le Canada ne respecte pas les critères d'assurance-qualité de l'OMS à l'égard du taux d'incidence de PFA non poliomyélitique (1,0 cas pour 100 000 habitants), de coprocultures (80 %) ou de suivi au 60^e jour (80 %). La cible recommandée d'incidence de PFA non poliomyélitique n'a été respectée que trois fois depuis le début de la surveillance en 1996 (en 1999, 2000 et 2009). Les cibles de coproculture et de suivi au 60^e jour n'ont jamais été respectées.

Les taux de PFA toujours plus faibles que prévus au Canada au fil des ans peuvent résulter d'une sous-déclaration des cas combinée à des déclarations tardives ou constituer le véritable reflet d'un taux de fond de PFA non poliomyélitique moins élevé au Canada. De même, le faible taux de coprocultures peut refléter les pratiques diagnostiques utilisées au Canada. Puisque la plupart des diagnostics de PFA sont des cas de SGB ou de myélite transverse, il se peut que les médecins favorisent des explorations neurologiques qui permettent d'obtenir les

TABEAU 2 – Nombre de cas de PFA, taux d'incidence de PFA non poliomyélitique (pour 100 000 habitants de moins de 15 ans), pourcentage de cas dotés d'une coproculture pertinente et pourcentage de cas ayant subi un examen de suivi 60 jours après l'apparition de la paralysie au Canada entre 1996 et 2011

Année	Nombre de cas	Taux d'incidence	% dotés d'une coproculture pertinente*	% dotés d'un suivi au 60 ^e jour
1996	27	0,45	18,5	70,4
1997	35	0,59	28,6	45,7
1998	43	0,72	25,6	46,5
1999	60	1,01 [†]	33,3	33,3
2000	64	1,09 [†]	45,3	37,5
2001	52	0,89	36,5	38,5
2002	44	0,75	31,8	34,1
2003	44	0,76	34,1	22,7
2004	38	0,66	44,7	28,9
2005	53	0,93	26,4	32,1
2006	39	0,69	20,5	43,6
2007	50	0,89	42,0	46,0
2008	42	0,75	33,3	42,9
2009	59	1,05 [†]	30,5	49,2
2010	46	0,82	34,8	54,3
2011	35	0,62	34,3	45,7

* Une coproculture pertinente est effectuée dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie

† Cible de l'OMS respectée

résultats rapidement. Pour ce qui est du suivi au 60^e jour, la plupart des cas de PFA ne sont pas hospitalisés dans un hôpital de soins aigus pendant plus de 60 jours, ce qui entraîne des problèmes de collecte de données.

L'Agence de la santé publique du Canada et le PCSP ont entrepris une étude pour comparer les systèmes de surveillance du PFA utilisés par les pays qui font partie du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique. On prévoit que les résultats de cette étude contribueront à cibler des améliorations au système de surveillance de la PFA au Canada. En outre, on poursuivra les efforts en vue d'améliorer le formulaire de collecte de données, d'évaluer la fonctionnalité des systèmes de surveillance de la PFA et d'explorer des moyens de compléter le système de données de la PFA utilisé au Canada.

L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMÉP)

www.polioeradication.org

En 2011, on a déclaré 650 cas de poliovirus sauvage, ce qui représente une diminution de 48 % par rapport au nombre de cas déclarés dans le monde en 2010. De plus, l'Inde, l'un des quatre pays où la maladie demeure endémique, n'a déclaré qu'un cas de polio, et n'en a signalé aucun depuis plus d'un an. Cependant, les trois autres pays endémiques (Afghanistan, Pakistan, Nigeria) ont continué d'afficher une transmission persistante tout au long de 2011, à l'instar du Tchad, de l'Angola et de la République démocratique du Congo. Par suite de la transmission continue, sept pays ont subi de nouvelles flambées de polio en 2011, notamment la Chine, qui n'avait déclaré aucun cas de poliovirus sauvage depuis plus de dix ans.

Le comité de suivi indépendant, qui surveille les progrès de l'IMÉP, a publié un rapport en octobre 2011 soulignant que le manque de fonds actuel et les lacunes du programme menacent l'objectif de mettre un terme à la transmission de la polio en 2012. Le comité exécutif de l'OMS a déclaré que l'éradication de la polio était « une urgence programmatique pour la santé publique mondiale » et prévoyait déposer cette résolution à la 65^e Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2012.

Référence

Laroche J, Frescura A-M, Belzak L. Results from the 2006 and 2009 childhood national immunization coverage surveys. Conférence canadienne sur l'immunisation, 2010

Remerciements

Nous remercions sincèrement Kelly Mansfield pour son apport.

¹ **Investigatrice principale**

Shalini Desai, MD, FRCPC, centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; shalini_desai@phac-aspc.gc.ca

Septicémie et méningite néonatales précoces Nouveau-nés de moins de sept jours de vie

janvier 2011 à décembre 2012

M Sgro¹, DM Campbell, S Lee, K Sankaran, D Tran, M Yudin

Faits saillants en 2011

- Pendant la première année de la surveillance, on a confirmé 61 cas de septicémie et méningite néonatales précoces (SMN).
- On a administré une prophylaxie antibiotique à 33 % des mères pendant l'accouchement.
- Le streptocoque du groupe B et l'*E. coli* constituaient la majorité des cas.
- Il semble y avoir très peu de cas de septicémies causées par d'autres types de bactéries.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau-né de moins de sept jours de vie qui présente l'un des éléments suivants :

- Hémoculture positive*
- ou
- Culture positive du liquide céphalorachidien (LCR)* obtenu par ponction lombaire (PL)

Il faudrait également déclarer les nouveau-nés atteints d'une infection nosocomiale éventuelle.

* La croissance de la culture inclut des pathogènes bactériens ou fongiques.

Critères d'exclusion

- Les nouveau-nés asymptomatiques dont la culture est positive, telle que des staphylocoques négatifs à la coagulase, des diphtéroïdes, les espèces de corynébactéries, de bacilles, de propionibactéries, d'aérocoques, de microcoques
- Un LCF positif prélevé dans un drain, un réservoir, un shunt ou une intervention chirurgicale intracrânienne

Résultats

Pendant la première année de la surveillance, on a déclaré 109 cas de SMN. De ce nombre, 61 ont été confirmés, sept ont été exclus parce qu'ils ne respectaient pas la définition de cas, un était un doublage et 40 attendent d'être révisés. Les 61 cas confirmés provenaient surtout de l'Ontario (n=19) et du Québec (n=18), tandis que six autres provinces ont déclaré chacune moins de sept cas (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador).

Tous les nourrissons étaient nés entre 24 et 41 semaines de grossesse, pour un âge gestationnel moyen de 35 semaines et un poids de naissance moyen de 2 697 g (plage de 568 g à 4 290 g). Le ratio garçon-fille était de 1,1:1 (32 garçons, 29 filles). La mère était positive au streptocoque du groupe B dans 15 cas (25 %), y était négative dans 26 cas (43 %) et son statut était inconnu dans 20 cas (33 %). Cependant, 20 mères (33 %) ont reçu une prophylaxie antibiotique.

Pendant la surveillance, on a surtout confirmé les bactéries au moyen d'hémocultures (n=56), mais, dans cinq cas, on a

TABLEAU 1 – Cas de SMN en 2011

Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Confirmés
109	1	7	40	61

TABLEAU 2 – Répartition des cultures bactériennes positives (n=61)

Organisme bactérien	Fréquence (%)
Staphylocoques négatifs à la coagulase	4 (7)
<i>E. coli</i>	17 (28)
<i>E. faecalis</i>	1 (2)
Streptocoque du groupe B	30 (49)
<i>H. influenzae</i>	2 (3)
<i>S. bovis</i>	1 (2)
<i>S. epidermidis</i>	2 (3)
<i>S. pneumoniae</i>	2 (3)
<i>S. pyogenes</i>	1 (2)
<i>S. viridans</i>	1 (2)

également signalé des cultures positives du liquide céphalorachidien. D'après les premières analyses de données, le streptocoque du groupe B (49 %) et l'*E. coli* (28 %) étaient les cultures bactériennes positives les plus déclarées. Il semble y avoir très peu de cas de cultures positives à d'autres organismes bactériens.

Il est primordial de comprendre le motif des infections nosocomiales au Canada à l'égard des lignes directrices sur les antibiotiques à administrer à la mère pendant la période *intrapartum* et de la prise en charge néonatale.

Publications et présentations

Sgro M, Yudin MH, Lee S, Sankaran K, Tran D, Campbell DM. Early-onset neonatal sepsis: it is not only group B streptococcus. *Paediatr Child Health* 2011;16(5):269

Sgro M. Early-onset neonatal sepsis in industrialized countries. *Global Health Symposium – Group B streptococcal sepsis in newborns: An international expert panel discussion on the global burden and opportunities for prevention, The Hospital for Sick Children, Toronto, en octobre 2011.* (Présentation orale)

Sgro M. Neonatal sepsis and the changing patterns of infection. Séance de mise à jour en pédiatrie, Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Québec, en juin 2011. (Présentation orale)

¹ Investigateur principal

Michael Sgro, MD, FRCPC, université de Toronto, département de pédiatrie, *St. Michael's Hospital*, salle 014, 15^e étage, aile Cardinal Carter, 30, rue Bond, Toronto (Ontario) M5B 1W8; tél. : 416-864-6060, poste 6560; téléc. : 416-864-6073; sgrom@smh.ca

Suppression surrénalienne

avril 2010 à mars 2012

A Ahmet¹, E Goldbloom¹, S Abish, S Benseler, E Cummings, H Huynh, A Mokashi, A-M Ugnat, W Watson

Faits saillants en 2011

- Pendant la deuxième année de la surveillance, on a confirmé 16 cas de suppression surrénalienne (SS), et 17 sont encore en cours d'analyse.
- La poussée d'insuffisance corticosurrénalienne, qui s'associe à une importante morbidité, a été confirmée dans un cas.
- Le retard de croissance et les symptômes non spécifiques étaient les manifestations les plus courantes.
- Dans la plupart des cas déclarés, les corticoïdes en aérosol étaient le principal type de traitement aux glucocorticoïdes (GC). Bon nombre ont été traités au moyen de plus d'une forme de GC (p. ex., par aérosol et par voie intranasale).
- Aucun cas de SS n'a été déclaré chez des enfants traités seulement au moyen de GC par voie intranasale.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans, recevant toute forme de traitement aux GC et ayant des manifestations de suppression surrénalienne (SS), définie comme suit :

- Poussée d'insuffisance corticosurrénalienne, une maladie aiguë dont la gravité est hors de proportion avec la maladie en cours et qui se manifeste par l'un ou l'autre des problèmes suivants : hypotension ou état de choc; diminution du niveau de conscience ou léthargie; hypoglycémie ou hyponatrémie inexpliquée; convulsion; décès **ou**
- Insuffisance surrénalienne symptomatique* étayée par des données biochimiques

* Les signes et symptômes incluent l'anorexie, la faiblesse, la fatigue, la léthargie, la fièvre, les symptômes gastro-intestinaux (les nausées, les vomissements, la constipation, la diarrhée, les douleurs abdominales), les céphalées matinales, l'hypoglycémie, la myalgie, l'arthralgie, les symptômes psychiatriques et le retard de croissance.

Critères d'exclusion

Insuffisance surrénalienne non liée à un traitement aux GC, y compris une carence de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) causée par des anomalies de l'hypothalamus ou de l'hypophyse, et des troubles surrénaliens primaires comme :

- l'hyperplasie surrénalienne congénitale,
- la surrénalite auto-immune ou les syndromes polyglandulaires,
- l'hypoplasie surrénalienne congénitale,
- les syndromes de résistance à l'ACTH,
- les troubles métaboliques (leucodystrophie avec insuffisance surrénalienne, troubles de la biogenèse du peroxisome, métabolisme du cholestérol, maladies mitochondriales),
- les troubles infectieux (sepsie, tuberculose, infections à champignons, infections virales),
- les causes infiltrantes ou destructrices (hémorragie, amyloïdose, sarcoïdose, métastases),
- les médicaments inhibant la biosynthèse des stéroïdes (p. ex., kétoconazole, étomidate, suramine, aminoglutéthimide, métyrapone).

Résultats

Facteurs démographiques

Pendant la deuxième année de surveillance, on a confirmé 16 cas de SS symptomatique jusqu'à présent, dont dix (63 %) de sexe masculin. Ils avaient un âge moyen de 7,3 ans (plage de 2,5 à 15,9 ans) au diagnostic de SS.

Tous étaient de race blanche. Les maladies sous-jacentes

exigeant le traitement aux GC incluaient l'asthme seul (13 cas, 81 %), l'asthme, l'atopie et la sténose subglottique (un cas, 6 %), l'arthrite (un cas, 6 %) et la vasculite (un cas, 6 %). Huit cas (50 %) provenaient du Québec, six (38 %) de l'Ontario et deux (13 %) des provinces de l'Ouest. Les cas confirmés ont été dépistés au cabinet d'un médecin ou à une clinique (13 cas, 81 %), à l'unité des patients hospitalisés (un cas, 6 %) et au département

Déclarés	Dédoublés	Exclus	En attente	Confirmés
62	3	26	17	16

d'urgence (deux cas, 13 %). Un patient qui s'est présenté à l'urgence a été transféré à l'unité de soins intensifs.

Le traitement aux glucocorticoïdes

Quatorze enfants ont pris une corticothérapie par aérosol en monothérapie (n=6) ou en association avec des GC par voie orale (n=1), par voie intranasale (n=2), par voie intranasale associée à un court traitement par voie orale (n=4) ou par voie orale et topique (n=1). Deux enfants ont surtout reçu des GC systémiques, soit une association de GC par voie intraveineuse et orale (n=1) ou par voie orale seulement (n=1). Le type, la dose et la durée du traitement aux GC étaient variables et n'étaient pas toujours déclarés. La fluticasone était la corticothérapie par aérosol la plus déclarée, généralement à des doses de 500 mcg/jour prises pendant des mois ou des années.

Présentation

Sur les 16 confirmés de SS symptomatique, le retard de croissance et les symptômes non spécifiques (p. ex., fatigue, nausées, myalgie) étaient les principales manifestations initiales. Un cas (6 %) a présenté une poussée d'insuffisance corticosurrénalienne. Les signes et symptômes des autres cas à la présentation figurent au tableau 2.

	Nombre de cas (%)
Poussée d'insuffisance corticosurrénalienne	1 (6)
Retard de croissance seulement	5 (31)
Retard de croissance et symptômes non spécifiques*	2 (13)
Symptômes non spécifiques	6 (38)
Syndrome de Cushing	2 (13)

* Les symptômes non spécifiques incluait au moins l'un des symptômes suivants : fatigue, léthargie, nausées, anorexie, vomissement, douleur abdominale ou myalgie.

Activité physique

L'état sous-jacent exigeant la prise de GC a suscité une diminution de l'activité physique chez cinq enfants (31 %). Les GC eux-mêmes ont entraîné une diminution de l'activité physique chez un enfant (6 %). Cinq enfants (31 %) ont pris du poids pendant la thérapie aux GC.

Issue et prise en charge

Après confirmation de la SS, 15 enfants (94 %) ont été traités au moyen d'une GC de remplacement et 12 (75 %) ont été vus par un endocrinologue ou aiguillés vers un tel spécialiste. Un enfant (6 %) a été hospitalisé pendant trois jours en raison d'une poussée d'insuffisance corticosurrénalienne, dont deux à l'unité de soins intensifs. Les 15 autres enfants (94 %) ont été traités en soins ambulatoires.

Conclusion

L'incidence estimative minimale de SS symptomatique est d'environ 20 cas par année au sein de la population pédiatrique canadienne. La majorité des cas déclarés étaient causés par des corticoïdes par aérosol. Les médecins doivent connaître les effets secondaires potentiels du traitement de l'asthme et vérifier souvent les doses de GC pour s'assurer que les patients reçoivent la plus petite dose efficace, afin de réduire le risque de SS.

Une forte proportion de patients présentait un retard de croissance ou des symptômes non spécifiques. Ce phénomène fait ressortir l'importance d'un suivi étroit de la croissance des enfants et des symptômes potentiels associés à la SS. L'absence de symptomatologie précise et uniforme de la SS peut laisser supposer que de nombreux cas ne sont pas diagnostiqués en l'absence de test de dépistage proactif.

Depuis 21 mois, la présente étude du PCSP constitue un mode idéal de collecte de données pour évaluer la fréquence et la morbidité de la SS au Canada. C'est également un outil efficace pour sensibiliser les médecins à la pathologie et pour contribuer au dépistage des enfants qui y sont vulnérables.

Publications et présentations

Goldbloom EB, Ahmet A. Adrenal suppression: An under-recognized complication of a common therapy. *Paediatr Child Health* 2010;15(7):411–2

¹ Investigatrices principales

Alexandra Ahmet, MD, FRCPC, unité d'endocrinologie et de métabolisme, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) K1H 8L1; tél. : 613-737-7600, poste 3357; téléc. : 613-738-4236; aahmet@cheo.on.ca

Ellen Goldbloom, MD, FRCPC, unité d'endocrinologie et de métabolisme, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) K1H 8L1; tél. : 613-737-7600, poste 2842; téléc. : 613-738-4236; egoldbloom@cheo.on.ca

Syndromes de fièvre périodique

septembre 2011 à août 2014

P Dancey¹, S Benseler, M Gattorno, A Junker, R Laxer, P Miettunen, L Turner

Faits saillants en 2011

- La fièvre périodique, accompagnée de stomatite aphteuse, de pharyngite et d'adénite (PFAPA) est le syndrome de fièvre périodique (SFP) le plus déclaré pendant les quatre premiers mois de la surveillance.
- On a également déclaré des cas de fièvre méditerranéenne familiale et de SFP non définie.
- La plupart des patients consultent de multiples médecins avant d'être diagnostiqués.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tout patient de moins de 18 ans présentant un syndrome de fièvre périodique nouvellement diagnostiqué (syndrome auto-inflammatoire) respectant les critères définis ci-dessous.

Critères d'inclusion

Les patients doivent avoir reçu l'un des diagnostics suivants (voir l'annexe du protocole pour obtenir de l'information plus détaillée et les caractéristiques énoncées au tableau; le protocole est accessible à l'adresse www.cps.ca/pcsp) :

- Fièvre méditerranéenne familiale (FMF)
- Syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS)
- Syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobuline D (HIDS)
- Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS), y compris le syndrome auto-inflammatoire familial au froid (FCAS), le syndrome de Muckle-Wells (MWS) et la maladie inflammatoire multisystémique néonatale (NOMID)
- Fièvre périodique, stomatite aphteuse, pharyngite et adénite (PFAPA)
- Syndrome de fièvre périodique – non défini

Critères d'exclusion

- Évaluation clinique détaillée et examens compatibles avec des infections, une malignité ou des maladies inflammatoires classiques ou rhumatismales auto-immunes (p. ex., lupus érythémateux systémique, arthrite juvénile idiopathique systémique, maladie inflammatoire de l'intestin)
- Épisodes fébriles à la périodicité régulière et aux faibles numérations de neutrophiles, évocateurs d'une neutropénie cyclique

Résultats

Pendant les quatre premiers mois de la surveillance, on a déclaré 25 cas de SFP. Des 11 cas confirmés, huit étaient une PFAPA, deux étaient une FMF et un SFP était non défini. Les patients avaient un âge moyen de quatre ans (plage de un à sept ans) au diagnostic. Aucun cas de TRAPS, de CAPS ou de HIDS n'a été déclaré

jusqu'à présent, ce qui peut refléter la rareté de ces pathologies, mais également la nécessité d'en obtenir une confirmation génétique, ce qui retarde la déclaration définitive. La plupart des cas ont été évalués par plus de deux médecins avant que le diagnostic ne soit posé (plage de un à quatre). La majorité des médecins déclarants sont des pédiatres généraux, en plus des rhumatologues et des généticiens. L'évolution de la présente étude de surveillance de trois ans devrait permettre de clarifier l'étendue du spectre et de l'incidence des cas de SFP au Canada.

Déclarés	Dédoublé	Exclu	En attente	Confirmés
25	1	0	13	11

¹ Investigateur principal

Paul Dancey, MD, FRCPC, *Janeway Children's Hospital*, université Memorial, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 3V6; tél. : 709-777-4766; téléc. : 709-777-4343; paul.dancey@easternhealth.ca

Troubles de conversion chez les enfants et les adolescents

septembre 2011 à août 2013

C Grant¹, C Krasnik¹, J Cairney, A Chapman, M Connolly, S Findlay, O Jamouille, A Kam, E Lipman, R MacNay, B Meaney

Faits saillants en 2011

- La majorité des cas de troubles de conversion (TC) confirmés s'observent chez des filles, ce qui corrobore le contenu des publications scientifiques. L'âge moyen des cas confirmés est de 13,7 ans, pour une plage de neuf à 16 ans.

Historique et objectifs

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.cps.ca/pcsp.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans atteints d'un trouble de conversion (TC)* présumé ou diagnostiqué, défini par la persistance de symptômes et signes qui touchent le patient :

- Fonction motrice volontaire (p. ex., faiblesse, démarche ou mouvements anormaux, difficulté de déglutition ou perte de la parole), **ou**
- Fonction sensorielle (p. ex., perte ou diminution du sens du toucher, de la vue ou de l'ouïe), **ou**
- Convulsions non épileptiques (« pseudoconvulsions » ou « convulsions psychogènes ») et qui laissent croire à un trouble neurologique ou médical; **et**
- Peuvent s'accompagner de facteurs psychologiques à la présentation;
- Provoquent une détresse ou une diminution importantes des activités quotidiennes, telle que les soins personnels, la fréquentation de l'école, les jeux, les relations avec les camarades et la famille ou les activités; **et**
- Ne peuvent s'expliquer par un problème médical, la consommation abusive d'alcool et de drogues ou un autre trouble de santé mentale selon le jugement clinique du médecin traitant, après un examen physique complet et les examens pertinents;
- Ne démontrent aucune indication d'avoir été produits intentionnellement.

* Si le diagnostic est incertain ou en attente de confirmation, le cas devrait tout de même être déclaré.

Critères d'exclusion

Les patients qui ont surtout ou exclusivement des symptômes imputables à la consommation abusive d'alcool ou de drogues, produits intentionnellement, qui découlent d'un trouble des douleurs, d'un trouble de somatisation ou de fatigue, causés exclusivement par un autre trouble psychiatrique, tel que la dépression, la psychose ou un tic diagnostiqué par un pédopsychiatre.

Résultats

Au cours des quatre premiers mois de la surveillance, on a déclaré 46 cas de TC, ce qui respecte le nombre prévu de 200 cas au cours des deux années de l'étude. Puisque seulement 11 cas sont confirmés jusqu'à présent, il est prématuré de présenter des résultats détaillés. Dans les publications, les TC sont plus fréquents chez les filles.

Jusqu'à présent, 91 % des cas confirmés sont de sexe féminin et ont un âge moyen de 13,7 ans (plage de neuf à 16 ans). Les problèmes présentés varient considérablement, y compris une altération des sensations, une perte de connaissance, des changements visuels et des étourdissements. La majorité des cas confirmés ont dû être hospitalisés pendant une période moyenne de six jours (plage de deux à 19 jours). L'analyse des 33 cas en attente permettra de mieux décrire les caractéristiques cliniques à la présentation, les caractéristiques connexes, telles que les maladies psychiatriques ou médicales comorbides et les antécédents familiaux de maladie psychiatrique, le schème et la gravité de la maladie, les caractéristiques psychosociales connexes et la prise en charge actuelle des enfants et des adolescents ayant un TC.

Déclarés	Dédoublé	Exclu	En attente	Confirmés
46	1	1	33	11

¹ Investigatrices principales

Christina Grant, MD, FRCPC, unité de médecine de l'adolescence, département de pédiatrie, université McMaster, 3G48-1200, rue Main ouest, Hamilton (Ontario) L8N 3Z5; tél. : 905-521-2100, poste 75644; téléc. : 905-308-7548; chgrant@mcmaster.ca

Catherine Krasnik, MD, Ph. D., FRCPC, département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, université McMaster; 3G48-1200, rue Main ouest, Hamilton (Ontario) L8N 3Z5; tél. : 905-572-1838; téléc. : 905-308-7548; krasnice@mcmaster.ca

Questions de sondage

Complications associées aux boissons énergisantes

mars 2011

A Boutin¹, J Harvey¹, D Taddeo¹, J-Y Frappier

Les investigateurs ont mené un sondage ponctuel auprès des 2 510 participants au PCSP pour évaluer les pratiques de dépistage au sujet de la consommation de boissons énergisantes chez les enfants et les adolescents. Le sondage a également permis de colliger des données sur les complications connexes observées au cours des 12 mois précédents et sur les raisons pour lesquelles les patients consomment les boissons énergisantes qu'ils disent utiliser.

Le taux de réponse au sondage s'élevait à 30 %. Sur les 741 répondants, 64 % étaient des pédiatres généraux, 35 % étaient des surspécialistes et 1 % n'a pas précisé sa profession.

Près de la moitié des répondants (46 %) ont affirmé ne pas s'informer de la consommation de boissons énergisantes, soit 57 % de surspécialistes et 41 % de pédiatres généraux. Seulement 4 % des répondants ont indiqué toujours s'informer de la consommation de boissons énergisantes, tandis qu'un peu moins de la moitié (49 %) s'en informaient occasionnellement. Un pour cent n'a pas répondu.

Soixante-sept répondants (9 %) ont déclaré avoir vu des patients ayant des complications liées à la caféine depuis 12 mois, soit 52 % de pédiatres généraux et 47 % de surspécialistes, y compris des spécialistes en médecine d'urgence (n=8), des cardiologues (n=6) et des spécialistes de la médecine de l'adolescence (n=5). Cinquante de ces 67 répondants ont vu moins de cinq enfants et adolescents ayant des complications. Quinze pour cent de ceux qui s'informaient de la consommation de boissons énergisantes déclaraient avoir vu des patients ayant des complications par rapport à seulement 2 % de ceux qui ne s'en informaient pas. Quatre-vingt-huit pour cent de ceux qui ont déclaré des complications étaient des médecins qui s'informaient de la consommation de boissons énergisantes. Les types de complications déclarées figurent au tableau 1.

Treize des 43 répondants (30 %), qui ont répondu à la question sur la quantité de boissons énergisantes consommées en une seule fois (rapidement), ont déclaré avoir vu des enfants et des adolescents qui consommaient au moins trois cannettes ou contenants de boisson énergisante de suite. Quant aux 17 des 37 répondants (46 %) qui avaient répondu à la question sur la quantité de boissons énergisantes consommées par jour, ils avaient vu des enfants ou des adolescents qui buvaient au moins trois cannettes ou contenants par jour.

Parmi les médecins qui déclaraient des complications liées aux boissons énergisantes (n=67), 28 % ont précisé que les enfants et les adolescents avaient également consommé de l'alcool, et 26 %, qu'ils avaient consommé d'autres médicaments ou des drogues (psychostimulants 30 %, cannabis 20 %, amphétamines 10 %). La majorité de ces répondants (78 %) avaient vu les enfants et des adolescents en cabinet.

TABLEAU 1 – Médecins déclarant des complications liées aux boissons énergisantes chez les enfants et les adolescents (n = 67)

Complications	Fréquence (%)
Nervosité	35 (52)
Agitation	34 (51)
Tachycardie	33 (49)
Palpitations	29 (43)
Insomnie	28 (42)
Céphalées	20 (30)
Nausées	16 (24)
Arythmie	11 (16)
Hypertension	10 (15)
Vomissement	4 (6)
Vertiges	4 (6)
Diarrhée	2 (3)
Convulsions	1 (1,5)
Euphorie	1 (1,5)
Hallucinations	1 (1,5)
Décès	1 (1,5)
Autres	9 (13)

TABLEAU 2 – Médecins indiquant les raisons pour lesquelles les enfants et les adolescents consomment des boissons énergisantes (n = 64)

Raisons	Fréquence (%)
Augmentation de la vigilance	46 (72)
Pression des camarades	25 (39)
Performance sportive	16 (25)
Augmentation de l'attention	7 (11)
Performance aux examens	6 (9)
Réduction de l'effet de l'alcool	5 (8)
Perte de poids	3 (5)
Autres*	21 (33)

* Énergie, plaisir, préférence, raisons sociales

Les raisons pour lesquelles les enfants et les adolescents consommaient des boissons énergisantes, selon ce qu'ils en disaient aux médecins, figurent au tableau 2.

Ce sondage ponctuel comporte certaines limites, telles qu'un faible taux de réponse, un lien causal hypothétique entre les complications et la consommation de boissons énergisantes et, dans une moindre mesure, une soumission incomplète des données. Cependant, les résultats révèlent que 96 % des répondants ne s'informent pas de la consommation de boissons énergisantes de leurs patients ou ne le font que de manière occasionnelle. Ceux qui s'en informent constatent des complications possibles associées à la consommation normale ou excessive de ces boissons. En effet, les résultats révèlent de graves complications déclarées par 9 % des répondants, soit surtout ceux qui s'étaient informés de la consommation de boissons énergisantes.

On espère que ce sondage fera mieux connaître les dangers potentiels de la consommation de boissons énergisantes sur la santé et l'importance de s'informer de cette consommation, notamment en présence de certains symptômes.

Les résultats du sondage appuient également des initiatives pour assurer que les boissons énergisantes ne soient plus considérées comme des produits de santé naturels, mais plutôt comme des aliments, ce qui exigerait d'en indiquer la valeur nutritive, les ingrédients et la quantité de caféine. Il faudrait également établir un taux de caféine maximal pour ces produits.

¹ **Investigatrices principales**

Ariane Boutin, étudiante en médecine, CHU Sainte-Justine, 3175, ch. de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal (Québec) H3T 1C5; arianeboutin@gmail.com

Johanne Harvey, MD, MGSS, clinique de médecine de l'adolescence, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, 305 rue St-Vallier, Chicoutimi (Québec) G7H 7X2; tél. : 418-541-1059; téléc. : 418-541-1157; harvey.johanne@sympatico.ca

Danielle Taddeo, MD, FRCPC, département de pédiatrie, médecine de l'adolescence, CHU Sainte-Justine, 3175, ch. de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal (Québec) H3T 1C5; tél. : 514-345-4722; téléc. : 514-345-4778; danielle.taddeo@ssss.gouv.qc.ca

Comportements et pratiques liés aux allergies alimentaires

janvier 2011

M Ben-Shoshan¹, M Desjardins¹, G Shand

Les 2 573 participants au PCSP ont tous reçu un sondage ponctuel par la poste pour évaluer les attitudes des allergologues et pédiatres (non allergologues) canadiens tant envers des questions non controversées que controversées relatives aux allergies alimentaires et à l'anaphylaxie d'origine alimentaire. Puisque l'accès à un allergologue est variable au Canada et qu'il est généralement limité à l'extérieur des régions urbaines, les pédiatres jouent un rôle majeur dans les soins aux patients ayant des maladies allergiques. Cependant, les attitudes des allergologues et des non-allergologues peuvent différer à l'égard des questions non controversées et des questions controversées. Le sondage visait à déterminer les lacunes qu'il faut corriger par des programmes de formation pertinents. Le PCSP a suscité 533 réponses, soit 25 de la part d'allergologues et 508 de la part de pédiatres (taux de réponse de 21 %). Grâce à une surveillance parallèle, 89 autres allergologues ont été recrutés auprès de leur association médicale, La Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique (SCAIC). Dans l'ensemble, 114 allergologues ont donc répondu au sondage.

Les questions non controversées

D'après les lignes directrices consensuelles canadiennes de 2010 sur la prise en charge de l'anaphylaxie en première ligne, la voie intramusculaire (IM) est favorisée pour administrer de l'adrénaline. En outre, même si ce fait n'est pas indiqué dans les lignes directrices consensuelles, la plupart des experts conviennent désormais que, chez les enfants allergiques aux œufs, le vaccin RRO n'a pas besoin d'être administré en milieu hospitalier, pourvu que le vaccinateur possède une trousse d'urgence renfermant de l'adrénaline et qu'il sache comment l'utiliser.

Le sondage a révélé que 93 % des allergologues croient la voie IM préférable pour administrer de l'adrénaline, par rapport à 71 % des pédiatres. Chez les allergologues, moins de 3 % préfèrent la voie sous-cutanée. Une plus petite proportion d'allergologues que de pédiatres exige que le vaccin RRO soit administré en milieu hospitalier aux enfants allergiques aux œufs (4 % par rapport à 12 %).

Les questions controversées

L'âge d'introduction d'aliments allergènes demeure controversé. Selon le document de principes révisé de l'*American Academy of Pediatrics* publié en 2008, aucune donnée probante convaincante n'appuie le report de l'introduction d'aliments solides après l'âge de quatre à six mois afin de prévenir les allergies alimentaires, y compris les aliments allergènes comme le blanc d'œuf. Par ailleurs, il n'existe aucune ligne directrice sur le moment optimal d'administrer l'adrénaline pendant une réaction allergique, mais il est évident que le report de la thérapie peut accroître la morbidité et la mortalité dans les cas qui évoluent vers une anaphylaxie. C'est pourquoi nous avons interrogé les médecins à cet égard afin d'évaluer leurs véritables recommandations.

Le sondage révèle que les allergologues étaient moins susceptibles que les pédiatres de recommander de retarder l'introduction des blancs d'œufs aux enfants ayant ou non des antécédents familiaux d'atopie (en cas d'antécédents familiaux : 43 % par rapport à 61 %; sans antécédents familiaux : 22 % par rapport à 50 %). Dans la prise en charge de l'anaphylaxie d'origine alimentaire, les répondants ont tendance à administrer de l'adrénaline aux patients ayant des réactions allergiques entraînant des symptômes généralisés ou systémiques. Pourtant, plus de 25 % n'administreraient pas d'adrénaline, même si le patient avait des troubles respiratoires ou des symptômes évocateurs d'une hypotension.

Conclusion

Dans le cadre des questions non controversées, une plus forte proportion d'allergologues respectait les lignes directrices à jour ou les recommandations contenues dans les publications. Fait surprenant, 25 % des répondants, quelle que soit leur spécialité, n'administreraient pas d'adrénaline en cas de grave anaphylaxie, une situation dans laquelle son utilisation est clairement indiquée. De futurs programmes de formation devront

porter sur ces lacunes afin d'éviter de restreindre inutilement l'administration du vaccin RRO et de garantir l'administration rapide d'adrénaline lorsqu'on craint que la réaction allergique évolue vers une anaphylaxie. Ces recommandations devraient être constamment mises à jour pour refléter l'évolution des soins. Enfin, plus de recherches s'imposent pour déterminer les pratiques exemplaires relatives à l'âge pertinent d'introduction des aliments allergènes.

¹ **Investigateurs principaux**

Moshe Ben-Shoshan, MD, division d'immunologie clinique et d'allergies, département de pédiatrie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec) H3A 1A1 ; tél. : 514-934-1934, poste 44718; moshebenshoshan@gmail.com

Marilyn Desjardins, MD, étudiante au postdoctorat en recherche, Université McGill, Montréal (Québec) H3A 1A1; marylin.desjardins@mail.mcgill.ca

Entérocolite nécrosante néonatale

mai 2011

R McCormick¹, M Raizenne, A-M Ugnat

En mai 2011, on a observé une flambée d'entérocolite nécrosante néonatale (ENN) chez des prématurés des États-Unis, liée à la consommation de SimplyThick^{MD}, un produit épaississant. Un sondage ponctuel, conçu en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada, a été expédié à tous les participants au PCSP afin de mesurer si les cliniciens recommandent l'utilisation d'un produit épaississant pour les nourrissons de moins d'un an et d'établir si des cas canadiens d'ENN avaient été observés au cours de six mois précédents.

Le taux de réponse au sondage s'est élevé à 28 % (741 répondants pour 2 660 médecins). Dix-sept pour cent des répondants ont indiqué avoir vu un nourrisson hospitalisé en raison d'une ENN au cours des six mois précédents. De ce nombre, 77 % en avaient vu moins de cinq cas, 12 %, de cinq à dix cas, et 9 % plus de dix cas. Il est à souligner que 2 % n'ont pas précisé le nombre de cas observés.

Les résultats démontrent que près du tiers (30 %) des répondants ont recommandé l'utilisation d'un produit épaississant pour des nourrissons de moins d'un an. Dans le sondage, aucune question ne vérifiait si le nourrisson était prématuré ou à terme. Deux cas d'ENN ont été déclarés chez des nourrissons après l'utilisation de SimplyThick^{MD}. Un cas de nourrisson prématuré (âge gestationnel de 27 semaines et quatre jours) qui a présenté une ENN à 33 semaines et cinq jours, est décédé. L'autre cas était vivant et toujours hospitalisé au moment du sondage. L'information démographique, y compris l'âge gestationnel et l'âge à la présentation, n'était pas indiquée.

Dans le cadre d'un sondage ponctuel sans rappel, un taux de réponse de 28 % correspond aux résultats observés dans les publications. Les cliniciens se rappelleraient les cas d'ENN, car il s'agit de nourrissons très malades qui ont besoin de soins intensifs. Grâce à un réseau de surveillance bien établi, les autorités de santé publique ont pu rapidement colliger de l'information sur un problème émergent.

¹ **Investigatrice principale**

Rachel McCormick, épidémiologiste, Direction de la gestion des éclosions, Agence de la santé publique du Canada; tél. : 519-826-2991; téléc. : 519-826-2984

Exposition accidentelle ou intentionnelle à la méthadone chez les enfants et les jeunes nourrissons

octobre 2011

L Lewington¹, A Ornstein¹, SM Marcus, C Shaffer, A Vulliamy

La méthadone est un agoniste synthétique des récepteurs des opioïdes largement utilisé dans le cadre des programmes de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) chez les personnes dépendantes aux opioïdes, et moins utilisé comme analgésique dans le cadre des soins palliatifs et de la douleur chronique. Il est dispensé sous forme de solution de couleur vive dans un diluant semblable à du jus qui doit être réfrigéré. La présence de méthadone à domicile peut précipiter une ingestion accidentelle par un enfant qui le prend à tort pour du jus ou une administration intentionnelle à l'enfant en guise de sédatif par une personne qui s'occupe de lui. Malheureusement, l'ingestion de seulement 0,5 mg/kg de méthadone peut être fatale pour un enfant.

Un sondage ponctuel du PCSP a permis d'évaluer et de faire connaître l'exposition accidentelle ou intentionnelle à la méthadone en pédiatrie et de saisir le nombre de cas observés au Canada sur une période de 12 mois.

Le taux de réponse au sondage s'est élevé à 25 % (642 répondants pour 2 559 médecins). De ce nombre, 27 répondants (4 %) ont déclaré avoir soigné au moins un enfant dont l'exposition à la méthadone avait été confirmée ou présumée au cours des 12 mois précédents. Parmi eux, 78 % ont observé un ou deux cas, 15 % en ont observé trois ou quatre et 7 % en ont observé de cinq à dix. Les résultats cliniques perçus sont exposés au tableau 1. Seulement 15 des 27 répondants qui avaient observé un cas ont indiqué que celui-ci avait été signalé aux autorités responsables de la protection de la jeunesse. Il est à souligner que le même cas peut avoir été déclaré par plus d'un répondant.

Quarante pour cent des répondants ne savaient pas que la méthadone peut être administrée intentionnellement à un enfant en guise de sédatif par quelqu'un qui s'occupe de lui, et 27 % ne savaient pas que même une petite dose peut être fatale chez l'enfant. Seulement 45 % connaissaient l'importance de conseiller les personnes qui s'occupent de l'enfant quant à l'entreposage sécuritaire de la méthadone à domicile.

Les résultats de ce sondage confirment que l'ingestion de méthadone chez les enfants est rare, mais a un potentiel fatal. Même si moins de 5 % de tous les répondants avaient soigné des enfants exposés à la méthadone, 22 % d'entre eux en avaient soigné plusieurs (trois à dix cas). Ce pourcentage laisse croire que l'exposition n'est peut-être pas si rare. Le sondage confirme que les pédiatres ont besoin d'une plus grande formation sur les risques et les conséquences de l'exposition des enfants à la méthadone, puisque moins de la moitié des répondants savaient que ce produit peut être administré intentionnellement à un enfant en guise de sédatif. L'exposition à la méthadone constitue peut-être une forme de maltraitance sous-représentée, car seulement un peu plus de la moitié des répondants qui avaient observé un cas ont affirmé qu'un signalement avait été envoyé aux autorités responsables de la protection de la jeunesse. Un programme de surveillance ciblé contribuerait à mieux définir ce problème au Canada.

TABLEAU 1 – Résultats cliniques perçus d'ingestions présumées ou confirmées de méthadone (n=27 déclarations)

Résultats cliniques perçus	Fréquence (%)
Pas grave	11 (41)
Grave	15 (46)
- Hospitalisation	8 (30)
- Admission à l'USI	5 (19)
- Décès	2 (7)
Données non déclarées	1 (4)

¹ Investigatrices principales

Laura Lewington, MD, résidente en pédiatrie, *IWK Health Centre*, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 6R8; tél. : 902-880-8457; laura.lewington@dal.ca

Amy Ornstein, MD, FRCPC, directrice médicale, équipe de protection de la jeunesse, *IWK Health Centre*, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 6R8; tél. : 902-470-8222; téléc. : 902-470-7761; amy.ornstein@iwk.nshealth.ca

Mort subite inexpliquée liée à l'épilepsie chez les enfants

août 2011

EJ Donner¹

Chez les enfants épileptiques, le taux de mortalité est plus élevé que dans la population générale. De nombreux décès s'expliquent par la cause sous-jacente des crises ou par des troubles comorbides, mais une proportion demeure inexpliquée. Le phénomène de mort subite inexpliquée liée à l'épilepsie (MSIÉ) désigne le décès subit, inexpliqué et inattendu d'une personne épileptique, sans que l'autopsie révèle la cause du décès. La MSIÉ peut se produire devant témoins ou sans témoins et s'accompagner ou non de manifestations de crise récente.

On estime que l'incidence de MSIÉ chez les adultes correspond à un décès pour 1 000 personnes épileptiques par année, pour un taux avoisinant un cas pour 100 personnes-année chez les personnes ayant des crises réfractaires aux traitements. L'incidence de MSIÉ chez les enfants n'a pas fait l'objet d'explorations convenables, mais les publications limitées laissent supposer des taux moins élevés que chez les adultes, oscillant entre 0,2 cas pour 1 000 enfants-année et 0,4 cas pour 1 000 enfants-année. En général, on croit que ces taux d'incidence représentent une sous-représentation, car le peu de connaissances étayé de la MSIÉ chez les praticiens de la santé et les personnes épileptiques suscite une faible détermination des cas.

Le PCSP a mené un sondage ponctuel pour déterminer si les pédiatres canadiens connaissaient la MSIÉ et pour servir de base à des stratégies d'études prospectives sur la MSIÉ chez les enfants canadiens. Tous les participants au PCSP ont reçu le sondage, et le taux de réponse s'est élevé à 34 % (866 répondants sur 2 570 médecins). De ce nombre, 78 % (674 sur 866) ont déclaré s'être occupés d'enfants épileptiques au cours des 24 mois précédents. Parmi ces pédiatres, seulement 56 % (380 sur 674) savaient que les enfants épileptiques sont plus vulnérables à une mort subite inexpliquée que les enfants non épileptiques. Seulement 33 % des pédiatres (225 sur 674) qui s'occupent d'enfant épileptiques connaissaient le terme MSIÉ.

Quatorze pédiatres ont déclaré avoir eu connaissance d'un cas de MSIÉ. Parmi les 11 cas à l'égard desquels on a signalé un processus d'enquête sur le décès, cinq enfants (45 %) n'ont pas subi d'autopsie, ce qui laisse croire à une enquête inadéquate sur les décès d'enfants épileptiques. La méthodologie du sondage ne permet pas de procéder à des calculs d'incidence exacts.

Ce sondage établit que les pédiatres canadiens connaissent peu le phénomène de la MSIÉ et fait ressortir la nécessité de prévoir des initiatives de formation afin de soutenir de futures études touchant la collecte de cas de MSIÉ. Pour obtenir des données d'incidence exactes, il faudra procéder à la surveillance prospective de la MSIÉ auprès des enfants. Plus d'information au sujet de la MSIÉ figure dans le site de langue anglaise www.sudepaware.org.

¹ **Investigatrice principale**

Elizabeth J. Donner, MD, FRCPC, unité de neurologie, université de Toronto, *The Hospital for Sick Children*, Toronto (Ontario) M5G 1X8; tél. : 416-813-7037; téléc. : 416-813-6334; elizabeth.donner@sickkids.ca

Utilisation des ressources du PCSP

avril 2011

A Quartaro¹

Le PCSP fournit de la documentation supplémentaire aux participants, laquelle inclut :

- un outil de formation mensuel sur des sujets liés aux effets indésirables des médicaments, intitulé *Conseil du mois sur les EIM*;
- des mises à jour trimestrielles qui résument les cas déclarés par région;
- des articles de formation semestriels sur des sujets à l'étude.

Un sondage ponctuel a été envoyé pour évaluer l'utilisation de la documentation supplémentaire expédiée aux participants au PCSP. On s'y informait de la fréquence à laquelle les participants au PCSP lisaient la documentation supplémentaire qui leur était postée, l'utilité qu'ils accordaient à cette documentation et la manière dont ils diffusaient les ressources. Le sondage sollicitait également des suggestions pour rendre la documentation du PCSP plus pertinente à la pratique de la pédiatrie.

Les 2 559 participants ont tous reçu le sondage. Le taux de réponse s'est élevé à 27 % (688 répondants sur 2 559 médecins). Les résultats ont confirmé l'importance de la documentation supplémentaire du PCSP pour les participants au programme. Parmi les répondants, 65 % (444 sur 688) ont déclaré qu'ils lisaient toujours le *Conseil du mois sur les EIM*, tandis que 23 % (158 sur 688) le lisaient parfois. Plus des trois quarts (80 %) des répondants ont affirmé lire parfois ou toujours les mises à jour trimestrielles et les articles de formation.

Fait intéressant, 82 % des répondants trouvaient les conseils sur les EIM très utiles (40 %) ou plutôt utiles (42 %). Certains groupes de subspecialistes ne les trouvaient pas particulièrement adaptés à leur pratique. Les répondants qui partageaient l'information sur les EIM l'affichaient sur des babillards, en distribuaient une copie papier à leurs collègues, la présentaient à leurs étudiants, en discutaient avec leurs collègues et la transmettaient aux parents.

Lorsqu'on les interrogeait au sujet des mises à jour trimestrielles, 77 % des participants répondaient qu'ils lisaient toujours ou parfois cette ressource, tandis que 63 % la trouvaient très ou plutôt utile.

Des articles de formation sont expédiés aux participants deux fois l'an, le plus récent ayant été envoyé cinq mois avant la distribution du sondage. Les répondants ont classé cette ressource comme plutôt (44 %) et très utile (28 %).

Les résultats de ce sondage confirment la valeur élevée qu'accordent les participants au PCSP aux ressources supplémentaires ainsi que l'utilité des conseils sur les EIM pour fournir aux pédiatres de l'information d'actualité pertinente pour leur pratique.

¹ **Investigatrice principale**

Alison Quartaro, BA, Programme canadien de surveillance pédiatrique

Progression internationale

Mis sur pied en 1998, le Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique (RIUSP), connu sous le nom d'INoPSU ou *International Network of Paediatric Surveillance Units*, continue de favoriser la collaboration entre les unités nationales de surveillance pédiatrique.

Douze unités nationales de surveillance pédiatrique réparties un peu partout dans le monde sont membres en règle du RIUSP : l'Allemagne, l'Australie, le Canada, Chypre et la Grèce, la Grande-Bretagne, l'Irlande, la Lettonie, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Pays de Galles, le Portugal et la Suisse. La *British Ophthalmological Surveillance Unit* est membre associée du réseau, et l'Unité belge de surveillance pédiatrique en est membre affiliée.

Faits saillants en 2011

Le 7^e congrès du RIUSP a eu lieu à Montreux, en Suisse, les 1^{er} et 2 septembre 2011, et coïncidait avec le congrès scientifique de la Société suisse de pédiatrie. Dix-sept représentants de huit unités du RIUSP y ont assisté (www.inopsu.com, en anglais). Le congrès de deux jours se déclinait en un colloque scientifique d'une journée, suivi de la séance de travail du RIUSP.

Le programme scientifique incluait les présentations suivantes :

- Unité suisse de surveillance pédiatrique : les faits saillants de 15 ans d'activités
- La « PediSurv » de l'Unité belge de surveillance pédiatrique (UBSP)
- L'UBSP : 25 ans d'information sur les politiques vaccinales
- L'importance de s'investir dans les groupes de soutien des patients : éducation, recherche et influence des politiques nationales sur les maladies rares en Australie
- Les blessures causées par des produits pour bébé, le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) et les résultats des données du PCSP
- Les hospitalisations attribuables à un coma éthylique aux Pays-Bas
- La 3^e enquête nationale sur les maladies cœliaques infantiles aux Pays-Bas : une épidémiologie et une présentation clinique encore en mutation
- Le syndrome du bébé secoué en Suisse : les résultats d'une étude de suivi prospective, 2002–2007
- Le syndrome hémolytique et urémique en Suisse : douze ans de surveillance prospective
- La surveillance du syndrome de Guillain-Barré et du syndrome de Fisher au Royaume-Uni : y a-t-il un lien temporel avec l'infection par l'influenza ou le vaccin contre la grippe?
- Le rachitisme par carence en vitamine D en Australie : la nécessité d'un dépistage et d'un traitement précoce dans les groupes très vulnérables
- La surveillance active peut-elle améliorer la déclaration des effets indésirables des médicaments mettant en jeu le pronostic vital? L'expérience du PCSP
- L'hyperbilirubinémie néonatale grave : un problème en Suisse?
- Un patrimoine durable? Une analyse des études de cas de la BPSU pour en évaluer les répercussions sur la santé publique

La séance de travail portait sur les rôles du RIUSP, ses avantages pour les membres et l'importance d'une bonne gouvernance et d'une responsabilité financière. La demande d'adhésion de l'unité belge de surveillance pédiatrique a été acceptée, et l'unité a été officiellement accueillie au sein du RIUSP. Le réseau s'est doté d'un troisième statut d'adhésion, celui de « membre associé », qui s'ajoute aux statuts de membre complet et de membre affilié. Ce nouveau statut permettra aux individus et aux groupes qui s'intéressent aux pathologies pédiatriques rares d'adhérer au RIUSP. Parmi les autres décisions du RIUSP, soulignons la désignation de la BPSU comme centre administratif, la restructuration du site Web, la mise en valeur des activités et la production de publications internationales conjointes. Yvonne Zurynski, de l'Australie, et Danielle Grenier, du Canada, coprésident le RIUSP.

Le 8^e congrès du RIUSP, qui marquera le 15^e anniversaire de l'*Australian Paediatric Surveillance Unit*, aura lieu conjointement avec le congrès international de pédiatrie (www.ipa-world.org, en anglais), à Melbourne, en Australie, du 24 au 29 août 2013.

Publications des membres du RIUSP

Australian Paediatric Surveillance Unit (APSU)

Khandaker G, Marshall H, Peadon E et coll. Congenital and neonatal varicella: impact of the national varicella vaccination programme in Australia. *Arch Dis Child* 2011;96:453-6. doi:10.1136/adc.2010.206037

Lim A, Cranswick N, South M. Adverse events associated with the use of complementary and alternative medicine in children. *Arch Dis Child* doi:10.1136/adc.2010.183152

British Paediatric Surveillance Unit (BPSU)

Knowles RL, Friend H, Lynn R et coll. au nom de la BPSU. Surveillance of rare diseases: a public health evaluation of the British Paediatric Surveillance Unit. *J Public Health* 2011. doi:10.1093/pubmed/fdr058

Reading R, Hughes G, Hill J, Debelle G. Genital herpes in children under 11 years and investigations for sexual abuse. *Arch Dis Child* 2011;96:752-7. doi:10.1136/adc.2010.205971

Lynn RM, Viner RM, Nicholls DE. Ascertainment of early onset eating disorders: A pilot for developing a national child psychiatric surveillance system. *Child Adol Mental Health* 2011. doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00613.x

Adalat S, Dawson T, Hackett S, Clark J. Surveillance of toxic shock syndrome in the paediatric population in the UK. *Arch Dis Child* 2011;96:A5. doi:10.1136/adc.2011.212563.9

Townsend CL, Peckham CS, Tookey PA. Surveillance of congenital cytomegalovirus in the UK and Ireland. *Arch Dis Child* 2011;96:A46. doi:10.1136/adc.2011.212563.101

D'autres publications figurent à l'adresse www.inopsu.com, en anglais.



Conférence du RIUSP à Montreux, en Suisse, en septembre 2011

POSSIBILITÉS DE RECHERCHE

Demande de nouvelles études

Recherchés

Investigateurs pour entreprendre de nouvelles études du PCSP

Le programme

- Bien établi, opportun et rentable
- Polyvalent, capable de colliger des données fiables dans divers domaines
- Efficace pour la surveillance de maladies et pathologies peu fréquentes mais aux conséquences dévastatrices

Les résultats

- 79 % de réponses provenant d'environ 2 500 pédiatres
- Taux de complétion des données de 85 %

Des idées d'études

- Bronchiectasie – non causée par la fibrose kystique
- Cardiopathies congénitales cyanogènes sous-diagnostiquées
- Choc toxique ou choc septique attribuable au streptocoque du groupe A
- Chylothorax
- Cyberintimidation
- Empoisonnements mettant en jeu le pronostic vital ou fatals
- Encéphalite à tiques
- Encéphalopathie modérée et grave
- Hallucinations avec la prise de psychostimulants
- Hypercalcémie et néphrocalcinose
- Infections par la gonorrhée, la syphilis, la chlamydia ou la trichomonase
- Issues néonatales indésirables de l'accouchement ou du travail dans l'eau
- Lupus érythémateux systémique
- Maladie cœliaque
- Néphropathie en phase terminale chez le nourrisson
- Psychose induite par la marijuana
- Syndromes de polypose chez les enfants
- Syphilis congénitale

Si vous êtes intéressé par ces études ou par d'autres, ou si vous désirez obtenir de l'information au sujet du programme, téléphonez au 613-526-9397, poste 239, ou écrivez à pcsp@cps.ca.



« Après 15 ans de réussite, il continue de prendre de l'expansion et de s'améliorer! Au fil des ans, le PCSP est devenu un important outil coopératif pour la recherche, l'élaboration de politiques en santé et la surveillance active de maladies infantiles moins courantes. Les centaines de spécialistes canadiens des soins aux enfants qui participent tous les mois au programme s'assurent que le PCSP demeure un moyen efficace de favoriser la formation médicale continue sur un large spectre de troubles cliniques qui, autrement, passeraient peut-être largement inaperçus. »

Docteur Bryce Larke, ancien médecin hygiéniste en chef, Whitehorse, Territoire du Yukon, et membre du comité directeur du PCSP de 2004 à 2010



Le cyberPCSP

Améliorer la surveillance pédiatrique

Lancé en novembre 2011

Le cyberPCSP a toutes les qualités

- Plus écologique.
- Simple – Un hyperlien vous est envoyé tous les mois.
- Sécuritaire et sécurisé – Les données sont entièrement cryptées et leur hébergement est sécurisé au Canada.
- Facile – Aucune ouverture de session et aucun mot de passe ne sont requis.
- Accessible – Il est possible de faire votre déclaration partout où vous avez accès à Internet.
- Immédiat – Vous profitez de l'accès instantané aux définitions de cas et aux protocoles complets.
- Rapide – Vous recevez les questionnaires détaillés beaucoup plus rapidement.

Mise à jour

Au 1^{er} mai 2012 :

- on recense 1 278 (49 %) participants virtuels.
- 47 % de ces participants font leur déclaration le jour de la réception du courriel.

Prochaines phases

- Surveillance du rendement
- Recrutement de participants non inscrits à la déclaration virtuelle
- Élaboration de sondages ponctuels conformes à l'infrastructure virtuelle
- Élaboration de questionnaires détaillés conformes à l'infrastructure virtuelle

Si vous n'êtes pas encore inscrit à la déclaration virtuelle, faites-le dès aujourd'hui! Écrivez à pcsp@cps.ca et précisez l'adresse de courriel que vous privilégiez pour ce type de communication.

**Pour obtenir de plus amples renseignements sur le
Programme canadien de surveillance pédiatrique
ou pour demander une version anglaise du présent
rapport, prenez contact avec la :**

Société canadienne de pédiatrie

Melanie Laffin Thibodeau, gestionnaire de la surveillance
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télec. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.cps.ca/pcsp

Envoi de poste-publications convention de vente n° 40006512