

Profil des adolescents atteints de syndrome drépanocytaire majeur suivis au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody en République de Côte d'Ivoire

*Gro Bi André Marius
Mansou Komenan Amoro
Djoman Api Isabelle
Djivohessoun Augustine
Kouadio Evelyne Adjokoua*

Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire
Service de pédiatrie médicale, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

*N'Gatta Assai Prisca
Sorho Domé Charlène
Goli Ahou Corine
Kone Michèle*

Service de pédiatrie médicale, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

*Dainguy Marie-Evelyne
Kouakou Kouamé Cyprien
Ake-Assi Konan Marie Hélène
Folquet Amorissani Amah*

Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire
Service de pédiatrie médicale, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

[Doi:10.19044/esj.2025.v21n36p97](https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n36p97)

Submitted: 23 September 2025

Copyright 2025 Author(s)

Accepted: 18 December 2025

Under Creative Commons CC-BY 4.0

Published: 31 December 2025

OPEN ACCESS

Cite As:

Gro Bi, A.M., Mansou, K.A., Djoman, A.I., Djivohessoun, A., Kouadio, E.A., N'gatta, A.P., Sorho, D.C., Goli, A.C., Kone, M., Dainguy, M.E., Kouakou, K.C., Ake-Assi Konan, M.H. & Folquet, A.A. (2025). *Profil des adolescents atteints de syndrome drépanocytaire majeur suivis au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody en République de Côte d'Ivoire*. European Scientific Journal, ESJ, 21 (36), 97.

<https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n36p97>

Résumé

Objectif : Décrire les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents drépanocytaires suivis au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody.

Méthodologie : Étude transversale descriptive et analytique à collecte rétrospective, menée de janvier à décembre 2024 au service de pédiatrie du CHU de Cocody. Tous les adolescents drépanocytaires suivis durant cette période ont été inclus. Les données ont été analysées avec Excel et le test exact de Fisher ($p < 0,05$).

Résultats : Sur 104 enfants suivis, 30 adolescents (28,8 %) ont été inclus. L'âge moyen était de $12,7 \pm 1,8$ ans (10–15 ans), avec un sex-ratio de 1,14. La scolarité était normale chez 66,7 %. Un niveau socioéconomique faible (33 %) était associé à une qualité de suivi insuffisante ($p = 0,006$; OR=15,11) et une mauvaise observance thérapeutique ($p = 0,004$; OR=11,74). Le faible niveau d'instruction maternel (40,7 %) contribuait également à une observance inadéquate ($p = 0,04$). Le génotype SS représentait 53,4 % des cas. Le traitement de fond reposait sur l'association Acide folique-extrait de Ginkgo biloba (63,3 %). La couverture vaccinale spécifique restait faible : typhoïde (13,3 %), pneumocoque (23,3 %), méningocoque (23,3 %), grippe (20 %). Les principales complications étaient les crises vaso-occlusives (73,3 %) et les infections récurrentes (66,7 %). L'hémoglobine de base était < 8 g/dl dans 76,7 % des cas. Quarante-trois pour cent avaient réalisé quatre consultations annuelles, 33,3 % ont été hospitalisés une fois et 60 % n'avaient pas été transfusés. Le bilan annuel restait incomplet dans 43,3 %.

Conclusion : La qualité du suivi et l'observance dépendaient du niveau socioéconomique parental. L'amélioration des conditions de vie et la gratuité de la prise en charge sont nécessaires pour optimiser la qualité de vie des adolescents drépanocytaires.

Mots-clés: Drépanocytose - Adolescents – Observance thérapeutique -Suivi médical

Profile of Adolescents with Major Sickle Cell Syndrome Followed in the Pediatric Department of the University Hospital Center of Cocody in the Republic of Côte d'Ivoire

Gro Bi André Marius

Mansou Komenan Amoro

Djoman Api Isabelle

Djivohessoun Augustine

Kouadio Evelyne Adjokoua

Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire
Service de pédiatrie médicale, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

N'Gatta Assai Prisca

Sorho Domé Charlène

Goli Ahou Corine

Kone Michèle

Service de pédiatrie médicale, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Dainguy Marie-Evelyne

Kouakou Kouamé Cyprien

Ake-Assi Konan Marie Hélène

Folquet Amorissani Amah

Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire
Service de pédiatrie médicale, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Abstract

Objective: To describe the sociodemographic and clinical characteristics of adolescents with sickle cell disease followed at the Cocody University Hospital.

Methodology: A descriptive and analytical cross-sectional study with retrospective data collection, conducted from January to December 2024 in the pediatric department of the Cocody CHU. All adolescents with sickle cell disease followed during this period were included. Data were analyzed using Excel and Fisher's exact test ($p < 0.05$).

Results: Of 104 children followed, 30 adolescents (28.8%) were included. The mean age was 12.7 ± 1.8 years (10–15 years), with a sex ratio of 1.14. Schooling was normal in 66.7%. Low socioeconomic status (33%) was associated with inadequate quality of follow-up ($p = 0.006$; OR = 15.11) and poor therapeutic adherence ($p = 0.004$; OR = 11.74). Low maternal educational level (40.7%) also contributed to inadequate adherence ($p = 0.04$). The SS genotype accounted for 53.4% of cases. Maintenance therapy was based on the combination of folic acid and Ginkgo biloba extract (63.3%).

Specific vaccination coverage remained low: typhoid (13.3%), pneumococcal (23.3%), meningococcal (23.3%), and influenza (20%). The main complications were vaso-occlusive crises (73.3%) and recurrent infections (66.7%). Baseline hemoglobin was < 8 g/dL in 76.7% of cases. Forty-three percent had four annual consultations, 33.3% were hospitalized once, and 60% had not received transfusions. Annual evaluations remained incomplete in 43.3%.

Conclusion: The quality of follow-up and treatment adherence was closely linked to the parents' socioeconomic level. Improving living conditions and ensuring free medical care are necessary to enhance the quality of life of adolescents with sickle cell disease.

Keywords: Sickle cell disease – Adolescents – Treatment adherence – Medical follow-up

Introduction

La drépanocytose constitue une pathologie hématologique complexe résultant d'une altération génétique de l'hémoglobine. Cette anomalie moléculaire induit une déformation caractéristique des érythrocytes en fauille et responsable d'une anémie chronique due à une hémolyse excessive (Inserm, 2020). Ses formes majeures entraînent des complications pouvant engager le pronostic vital.

Selon l'OMS (2024), elle touche environ sept millions de personnes dans le monde, avec une prévalence particulièrement élevée en Afrique. En Côte d'Ivoire, jusqu'à 2% des nouveau-nés sont atteints de la forme la plus sévère de la maladie (OMS, 2024). En absence d'une thérapeutique adéquate, 50 à 75% des enfants de moins de 5 ans, décèdent. Nous sommes en face d'un enjeu sanitaire considéré comme priorité de santé publique (Alsabri M et al., 2023). Les progrès médicaux accomplis ces dernières années dans le diagnostic et le suivi de la maladie ont permis aux enfants drépanocytaires d'atteindre plus fréquemment l'âge de l'adolescence. Cette période marquée par de multiples transformations psychiques, physiques et relationnelles correspond au passage de l'état de dépendance qu'est l'enfance, à l'état d'autonomie qui caractérise l'adulte avec des remaniements majeurs mettant en jeu des processus constructeurs et des mécanismes d'adaptation à l'élaboration de la personnalité et de l'identité (OMS, 2014). Au cours de l'adolescence, les questions relatives aux impératifs de développement occupent le premier plan. Ces impératifs sont d'autant plus difficiles à satisfaire que l'adolescent se trouve contrarié à divers degrés par une maladie chronique, la manière avec laquelle elle est vécue et toutes les questions que l'adolescent se pose à propos de son avenir (OMS, 2002) et (Timité-konan AM et al., 2003).

Dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des adolescents drépanocytaires, il nous est apparu opportun de réaliser ce travail dont l'objectif général était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des adolescents drépanocytaires suivis au service de pédiatrie du CHU de Cocody.

Méthodologie

Notre travail s'est déroulé au service de pédiatrie médicale du CHU de Cocody, précisément au Pôle Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique (PGOP). Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique couvrant la période de janvier à Décembre 2024 soit une durée de 12 mois. La population d'étude était constituée d'enfants atteints de drépanocytose majeure suivis en consultation externe de pédiatrie. Tous les adolescents drépanocytaires, suivis dans le service ont été inclus. Conformément à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), nous avons considéré comme adolescents les patients âgés de 10 à 19 ans inclus. La taille d'échantillon ($n = 30$) découle de la population limitée d'adolescents drépanocytaires suivis dans le service durant la période d'étude. Aucun calcul de puissance n'a été réalisé, compte tenu de cette contrainte structurelle.

Les variables étudiées étaient pour chaque adolescent :

- Caractéristiques sociodémographiques : l'âge, le sexe, le niveau scolaire, le lieu d'habitation ; - Données concernant les parents : les conditions socioéconomiques, la profession, le niveau d'instruction
- Antécédents majeurs : les circonstances de découverte de la maladie, l'âge de découverte de la maladie, le profil électrophorétique, la qualité du suivi, le traitement de fond, l'observance du traitement de fond, le bilan annuel systématique, le taux d'hémoglobine de base, le statut social (orphelin ou non).
- Evénements survenus au cours du suivi : les complications, le nombre de consultation, le nombre d'hospitalisation, le nombre de transfusion sanguine.

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle à partir des dossiers médicaux. Leur saisie et leur analyse ont été faites à l'aide du logiciel Epi Info Excel. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé le calcul des proportions. Pour les variables quantitatives, nous avons calculé les moyennes, les écarts types et les extrêmes. Le test exact de FISHER a été utilisé pour comparer les proportions avec un seuil de signification de 5% ($p < 0,05$) et le calcul de mesures d'effet lorsque applicable. Toutefois, la taille restreinte de l'échantillon ($n = 30$) ne permettait pas de procéder à des analyses multivariées avec une puissance et une stabilité suffisante. Cette étude a été conduite après avoir obtenu l'autorisation des autorités administratives et

sanitaires du service de pédiatrie du centre hospitalier et universitaire de Cocody d'Abidjan et d'autres aspects éthiques tels que la confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

Définitions opérationnelles

Le niveau socio-économique de la famille était apprécié selon la classification de Gayral-Taminh et al. (1999). Le retard scolaire correspondait à un retard d'au moins deux classes par rapport à l'âge. L'Acfol correspond à l'acide folique administré en supplémentation quotidienne. Le Tanakan (extrait de Ginkgo biloba) était utilisé en adjuvant dans certains cas pour améliorer la microcirculation, conformément aux pratiques locales. »

La qualité du suivi médical était jugée sur quatre critères qui sont les suivants : consultations programmées par an, surveillance clinique et biologique minimale réalisée, mesures préventives adéquates, prise en charge thérapeutique appropriée. Le suivi était jugé de bonne qualité lorsque au moins 3 des 4 critères suivants étaient remplis :

1. Nombre de consultations programmées ≥ 2 par an, hors épisodes aigus
2. Surveillance clinique et biologique minimale réalisée (examen clinique et au moins une NFS annuelle)
3. Mesures préventives adéquates (vaccinations à jour, prophylaxie anti-infectieuse si indiquée)
4. Prise en charge thérapeutique appropriée (acide folique systématique, hydroxyurée lorsqu'indiquée, accès aux soins en cas de crise)

Le suivi était jugé de mauvaise qualité lorsque moins de 3 de ces critères étaient remplis.

Résultats

Résultats globaux

Données sociodémographiques

La tranche d'âge de 10 à 12 ans représentait 40 % des effectifs. L'âge moyen de la population d'étude était de 12,7 ans $\pm 1,8$ avec des extrêmes de 10 ans et 15 ans. Le sex ratio était de 1,14. Dans 66,7% des cas, les adolescents avaient une scolarité normale. La commune d'Abobo constituait le lieu de résidence de 26,7 % des adolescents. Dans 83,3 % des cas, les adolescents vivaient avec leurs deux parents. Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont présentées dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des adolescents selon les données sociodémographiques

Données sociodémographiques	Effectifs	Pourcentage
Tranche d'âge		
[10-12[12	40
[12-14[9	30
≥ 14 ans	9	30
Sexe		
Masculin	16	53,3
Féminin	14	46,7
Scolarité		
Normale	20	66,7
Retard scolaire	9	30
Abandon scolaire	1	3,3
Lieu d'habitation		
Abobo	8	26,7
Cocody	6	20,0
Adjamé	4	13,3
Yopougon	4	13,3
Koumassi	2	6,7
Autres communes d'Abidjan	3	10
Autres villes	3	10
Statut social (orphelin)		
Orphelin de père	2	6,7
Orphelin de mère	2	6,7
Orphelin des 2 parents	1	3,3
Non orphelin	25	83,3

Une consanguinité a été rapportée dans 33,3 % des cas. Le niveau socioéconomique des familles était faible dans 33 % des situations. Les mères étaient commerçantes dans 33,3 % des cas et n'avaient aucun niveau d'instruction dans 40,7 % des cas. Les pères, quant à eux, étaient fonctionnaires dans 44,4 % des cas et avaient un niveau d'instruction secondaire dans le même pourcentage. Les informations relatives aux parents sont synthétisées dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon les données des parents

Données sur les parents	Effectif	Pourcentage
Consanguinité parentale		
Oui	10	33,3
Non	20	66,7
Niveau socioéconomique		
Faible	10	33
Moyen	17	57
Elevé	3	10
Profession des mères		
Commerçante	9	33,3
Fonctionnaire	5	18,5
Femme au foyer	7	26
Liberal	9	30

Profession des pères		
Commerçant	5	18,5
Fonctionnaire	12	44,4
Libéral	6	22,2
Cultivateur	2	7,4
Sans emploi	5	16,7
Niveau d'instruction des pères		
Sans niveau	7	26
Primaire	3	11,1
Secondaire	12	44,4
Universitaire	8	26,7
Niveau d'instruction des mères		
Sans niveau	11	40,7
Primaire	8	26,6
Secondaire	6	22,2
Universitaire	5	16,7

Données cliniques et paracliniques

Les adolescents drépanocytaires étaient de profil électrophorétique SS dans 53,4% des cas, suivi du génotype SFA2 dans 30% des cas. L'âge moyen de découverte était de 3 ans 9 mois avec des extrêmes de 6 mois et 10 ans. La tranche d'âge de 6 mois à 3 ans représentait 53,3% des effectifs. Les circonstances de découverte les plus fréquentes de la drépanocytose étaient les douleurs ostéo-articulaires (46,7 %) et l'anémie (36,7 %).

Données thérapeutiques et évolutives

La qualité du suivi médical était mauvaise dans 53,3% des cas. L'association Acide folique et extrait de Ginkgo biloba constituait le traitement de fond dans 63,3% des cas avec une bonne observance dans 66,7% des cas. La couverture vaccinale est bonne pour les vaccins contre la fièvre typhoïde, le pneumocoque, le méningocoque, la grippe dans respectivement 13,3%, 23,3%, 23,3% et 20,0% des cas. Les complications majeures survenues au cours de l'année étaient les crises vaso-occlusives (73,3%) et les infections récurrentes (66,7%). Le taux d'hémoglobine de base était < 8g/dl dans 76,7% des cas. Les patients avaient réalisé quatre consultations dans 43,3% des cas et 33,3% ont été hospitalisés une fois. Environ 60% des patients n'ont pas été transfusés au cours de l'année. Le bilan paraclinique annuel systématique était incomplet 43,3% des cas. Le tableau III résume les données thérapeutiques et évolutives au cours de l'année.

Tableau III : Répartition des patients selon les données thérapeutiques et évolutives

Données thérapeutiques et évolutives	Effectif	Pourcentage
Qualité de suivi		
Mauvaise	16	53,3
Bonne	14	46,7
Traitements de fond		
Acide folique-extrait de Ginkgo biloba	19	63,3
Acide folique + Hydroxyurée	11	36,7
Observance du traitement de fond		
Bonne	20	66,7
Mauvaise	10	33,3
Bonne couverture vaccinale		
Vaccin contre la fièvre typhoïde	4	13,3
Vaccin contre le pneumocoque	7	23,3
Vaccin contre la méningite	7	23,3
Vaccin contre la grippe	6	20
Taux d'hémoglobine de base en g/dl		
< 8	23	76,7
≥ 8	7	23,3
Complications au cours du suivi		
Crise douloureuse osseuse	22	73,3
Syndrome thoracique aigu (STA)	3	10
AVC	1	3,3
Priapisme	1	3,3
Infection récurrente	20	66,7
Infection ostéoarticulaire	3	10
Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale	1	3,3
Nombre de consultations de suivi au cours de l'année		
Une consultation	3	10
Deux consultations	5	16,5
Trois consultations	9	30
Quatre consultations	13	43,3
Nombre d'hospitalisations au cours de l'année		
Zéro hospitalisation	13	43,3
Une hospitalisation	10	33,3
Deux hospitalisations	3	10
Plus de 2 hospitalisations	4	13,3
Nombre de transfusion sanguine au cours de l'année		
Zéro transfusion	18	60
Une transfusion	7	23,3
Deux transfusions	1	3,3
Plus de 2 transfusions	4	13,3
Bilan paraclinique systématique annuel		
Complet	6	20
Incomplet	13	43,3
Non fait	11	36,7

Etude analytique

Facteurs influençant la qualité du suivi médical des adolescents drépanocytaires

La qualité du suivi médical des adolescents était significativement influencée par le niveau socio-économique des parents ($p=0,006$). En revanche, aucune association n'a été retrouvée entre cette qualité de suivi et le statut d'orphelin ($p=0,33$), ni avec le niveau d'instruction des pères ($p=0,26$) ou des mères ($p=0,18$). Les facteurs impactant le suivi médical des adolescents sont présentés dans le tableau IV.

Facteurs influençant l'observance du traitement de fond

L'observance du traitement de fond était significativement associée au niveau socio-économique ($p=0,004$) et au niveau d'instruction des mères ($p=0,04$). En revanche, aucune relation n'a été établie entre cette observance et le statut d'orphelin ($p=0,30$) ni avec le niveau d'instruction des pères ($p=1$). Les facteurs influençant l'observance thérapeutique sont présentés dans le tableau V.

Tableau IV : Répartition des patients selon les facteurs influençant leur suivi médical

Facteurs influençant le suivi	Bonne (n=14)	Qualité de suivi Mauvaise (n=16)	P	OR [IC à 95%]
Statut social (orphelin)				
Oui	1(20%)	4(20%)	0,33	0,24
Non	13 (52%)	12(48%)		[0,00 ;2,90]
Niveau socio-économique				
Moyen et élevé	13(65%)	7(35%)	0,00	15,14
Bas	1(10%)	9(90%)		[1,15 ;783,37]
Niveau d'instruction des pères				
Aucun niveau et primaire	3(30%)	7(70%)	0,26	0,36
Secondaire et universitaire	11(55%)	9(45%)		[0,04 ;2,19]
Niveau d'instruction des mères				
Aucun niveau et primaire	6 (31,6%)	13 (68,4%)	0,05	0,18
Secondaire et universitaire	8 (72,7%)	3 (27,3%)		[0,02 ;1,11]

$p = 0,00$ (niveau socio-économique) → significatif

$p = 0,33$, $p = 0,26$, $p=0,05$ → non significatifs

Tableau V : Répartition des patients selon les facteurs influençant l'observance thérapeutique

Facteurs influençant l'observance du traitement	Observance du traitement de fond		P	OR [IC à 95]
	Bonne (n=20)	Mauvaise (n=10)		
Statut social (orphelin)				
Oui	2 (40%)	3 (60%)	0,30	0,27
Non	18 (72%)	7 (28%)		[0,01 ;2,91]

Niveau socio-économique					
Moyen et élevé	17 (85%)	3 (15%)	0,004	11,74	
Bas	3 (30%)	7 (70%)		[1,62 ;120,35]	
Niveau d'instruction des pères					
Aucun niveau et primaire	7 (70%)	3 (30%)	1	1,24	
Secondaire et universitaire	13 (65%)	7 (35%)		[0,19 ;9,2]	
Niveau d'instruction des mères					
Aucun niveau et primaire	10 (52,6%)	9 (47,4%)	0,04	0,11	
Secondaire et universitaire	10 (90,9%)	1 (9,1%)		0,06 ;1,14]	

p = 0,004 (niveau socio-économique) → significatif

p = 0,04 (niveau d'instruction des mères) → significatif

p = 0,30, p = 1 → non significatifs

Discussion

Notre étude a révélé une légère prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,14. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Babela JM et al. (2018), qui a observé un sex-ratio de 1,2, ainsi qu'à celui d'Alain F et al. (2022), avec un sex-ratio de 1,3. À l'inverse, Kpakoutou NA (2020), à Bamako, a constaté une prédominance féminine. Ces différentes observations confirment que la transmission de l'hémoglobine S est indépendante du sexe, soulignant ainsi le mode autosomique de la transmission de la drépanocytose. La scolarité était normale chez 66,7 % des patients, un résultat proche de celui obtenu par Elie ADA et al. (2021) à Lomé, qui rapportait un bon niveau scolaire dans 85,72 % des cas. Toutefois, la survenue de complications pourrait compromettre ce bon niveau scolaire. La consanguinité a été observée dans 33,3 % des cas, une fréquence proche de celle rapportée par Keita I (2020), qui notait 35,3 %. Étant donné que la drépanocytose est une maladie héréditaire, la consanguinité favorise l'apparition de formes majeures associées à des complications graves. Il est donc essentiel de mettre en place une prévention primaire, par le biais du conseil prénuptial et du conseil génétique, afin d'éviter la naissance d'enfants drépanocytaires.

Les circonstances les plus fréquentes de découverte de la drépanocytose étaient les douleurs ostéo-articulaires et l'anémie, respectivement observées dans 46,7 % et 36,7 % des cas. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 3 ans et 9 mois, avec des extrêmes allant de 6 mois à 10 ans. Ces résultats soulignent le retard de dépistage de la drépanocytose dans nos régions. En revanche, en Europe, notamment en France, le dépistage néonatal est systématique (Bégué P et al., 2001). Dans notre contexte, la maladie est souvent révélée à l'occasion de complications. Cette découverte tardive met en lumière les lacunes de notre système de santé. Par ailleurs, la présence d'anémies répétées et de douleurs abdominales chez les enfants devrait systématiquement inciter les praticiens à réaliser une électrophorèse de l'hémoglobine, ce qui reste insuffisant.

Le profil électrophorétique SS était prédominant, représentant 53,4 % des cas, suivi par la forme SFA2 dans 30,0 % des cas. Ces résultats sont similaires à ceux des études de Gro Bi AM et al. (2025) et de Keita I (2020), qui rapportaient respectivement 49,4 % et 41 % de formes homozygotes. La fréquence des phénotypes SS et S β observée dans notre étude s'explique par la prévalence des phénotypes hétérozygotes AS, la coexistence de la β -thalassémie dans la région méditerranéenne, ainsi que par la persistance des mariages consanguins dans notre pays (Mahmouh A, 2013).

Les conditions socioéconomiques étaient modestes dans 57,0 % des cas et faibles dans 33,0 % des cas. Ces résultats concordent avec l'étude de Babela JM et al. (2018), qui rapportaient un niveau socioéconomique bas dans 39,4 % des familles, moyen dans 51,2 % des cas, et élevé pour le reste. Cette situation constitue un obstacle au suivi adéquat des enfants, les difficultés financières limitant à la fois l'observance thérapeutique ($p=0,006$) et la qualité du suivi médical ($p=0,004$). En effet, 53,3 % des patients bénéficiaient d'un suivi médical de mauvaise qualité. Un constat similaire à celui de Akolly D et al. (2021), qui rapportaient un suivi irrégulier dans 68 % des cas. Étant donné que la drépanocytose est une maladie chronique, l'amélioration du pronostic repose sur un suivi régulier permettant de prévenir les complications pouvant menacer le pronostic vital. La couverture vaccinale était de 13,3 % contre la fièvre typhoïde, 23,3 % contre le pneumocoque et le méningocoque, et 20,0 % contre la grippe. Ces taux sont nettement inférieurs à ceux rapportés dans une étude menée au Congo, qui signalait une couverture vaccinale de 81,3 % pour le DTCP, 66,5 % pour le Typhim Vi, 50,2 % pour l'hépatite B, 76,4 % pour le pneumocoque et 59,1 % pour le ROR (Ollandzobo Ikobo LC et al., 2019). Cette faible couverture est préoccupante, sachant que la drépanocytose expose fortement aux complications infectieuses. Il est donc crucial de renforcer la sensibilisation via l'éducation thérapeutique et de mener des actions de plaidoyer pour rendre ces vaccins gratuits pour les enfants drépanocytaires. Le taux d'hémoglobine de base était ≥ 8 g/dl dans 16,7 % des cas. Cette valeur moyenne était plus élevée que celles rapportées par Kpakoutou NA (2020) au Mali et Mahmouh A (2013) au Maroc, qui avaient observé des taux moyens respectifs de 6,53 g/dl et 7,85 g/dl. Ce paramètre constitue un indicateur essentiel dans le suivi des patients drépanocytaires, car il permet d'éviter le recours injustifié aux transfusions sanguines. Les principales complications observées au cours du suivi comprenaient les crises douloureuses osseuses (73,3 %), le syndrome thoracique aigu (10 %), les accidents vasculaires cérébraux (3,3 %), le priapisme (3,3 %), les infections récurrentes (66,7 %) et l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (3,3 %). Ces complications sont associées à une mortalité élevée [Steinberg M, 1999] et justifient l'intensification du traitement, notamment par l'introduction de l'hydroxyurée. Cette approche est d'autant plus pertinente dans les pays en

développement, où les limitations des plateaux techniques et les ruptures fréquentes de produits sanguins rendent difficiles les échanges transfusionnels et les greffes de cellules souches. L'utilisation de l'hydroxyurée devrait donc être promue et ses indications élargies. Toutefois, dans notre étude, le traitement de fond reposait principalement sur l'association Acide folique-extrait de Ginkgo biloba dans 63,3 % des cas. L'hydroxyurée représente aujourd'hui le traitement de fond de référence pour réduire les complications de la drépanocytose majeure chez l'enfant et l'adolescent, comme l'ont démontré plusieurs études internationales et africaines, notamment l'essai REACH conduit par Tshilolo et al. (2019) et Strouse & Heeney (2012) confirmant son efficacité et sa sécurité. Toutefois, dans notre contexte, son utilisation reste limitée par un accès irrégulier, un coût encore élevé pour les familles et l'absence de programmes nationaux garantissant un approvisionnement continu, enjeux déjà soulignés dans la littérature concernant les pays à ressources limitées (Grosse et al., 2011). Ces contraintes expliquent la faible utilisation de l'hydroxyurée malgré son efficacité reconnue, et soulignent la nécessité, pour la Côte d'Ivoire, de développer des stratégies d'accès élargi, incluant des formulations pédiatriques adaptées et des politiques de soutien financier pour les familles.

Limites de l'étude : Cette étude présente plusieurs limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, son effectif réduit ($n = 30$), directement lié au nombre d'adolescents suivis dans le service, limite la puissance statistique. Ensuite, son caractère rétrospectif expose à des informations manquantes, notamment un bilan annuel incomplet dans 43,3 % des dossiers, ce qui peut introduire un biais de mesure. Par ailleurs, l'absence d'analyse multivariée, à cause de faible effectif, ne permet pas d'ajuster les résultats sur de potentiels facteurs de confusion. Malgré ces limites, cette étude apporte des données essentielles sur un groupe d'adolescents drépanocytaires peu documenté en Côte d'Ivoire, contribuant ainsi à améliorer la connaissance locale de cette population.

Conclusion

La qualité du suivi et l'observance des adolescents drépanocytaires du CHU de Cocody sont limitées par le niveau socioéconomique et l'instruction parentale, avec des lacunes dans la vaccination, les bilans annuels et la continuité du suivi. Il est essentiel de renforcer les interventions communautaires visant à améliorer les connaissances des parents sur la maladie, afin d'optimiser l'observance et la qualité du suivi. L'accès facilité aux soins, incluant la gratuité ou la réduction des coûts du traitement de fond, des bilans annuels et des vaccinations spécifiques, doit être priorisé. Le développement de programmes d'éducation thérapeutique dédiés aux adolescents pourrait également favoriser une meilleure autonomie dans la

gestion de leur maladie. Des études prospectives et la mise en place d'outils de suivi numérique pourraient améliorer durablement la qualité du suivi et l'observance.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration pour les participants humains : Cette étude a été menée à partir de dossiers médicaux existants. L'autorisation de réaliser cette recherche a été accordée par la Direction Médicale de notre établissement, qui supervise et valide les études rétrospectives utilisant des données préexistantes. Aucun patient n'a été contacté et aucune information personnelle identifiable n'a été collectée. L'ensemble des procédures a été conduit conformément aux principes éthiques énoncés dans la déclaration d'Helsinki.

References:

1. Inserm. (2020). Drépanocytose, la maladie génétique la plus fréquente en France. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/drepanocytose/>
2. World Health Organization. (2024). Sickle-cell disease. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sickle-cell-disease>
3. Alsabri, M., Carfagnini, C., Amin, M., Castillo, F., Lewis, J., Ashkar, M., et al. (2023). Complementary and alternative medicine for children with sickle cell disease: A systematic review. *Blood Reviews*, 59, 110-152. <https://doi.org/10.1016/j.blre.2023.101052>
4. Organisation mondiale de la Santé. (2014). La santé pour les adolescents du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie : sommaire [Rapport]. <https://iris.who.int/handle/10665/141452>
5. Organisation mondiale de la Santé. (2002). Services de santé adaptés aux adolescents : Un programme pour le changement [Rapport]. Genève : OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha59/a59_9-fr
6. Timité-Konan, A. M., Akaffou, A. E., Adonis-Koffy, L., Yapo, M. G., & Welffens, E. C. (2003). Morbidité hospitalière de l'adolescent à Abidjan. *Médecine d'Afrique Noire*, 50(4), 163–168.

7. Gayral-Taminh, M., Arnaud, C., Parant, O., Fournié, A., Rème, J. M., & Grandjean, H. (1999). Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris)*, 28(5), 462–471. <http://www.em-consulte.com/article/113833/resume/grossesse-et-accouchement-de-femmes-originaires-du>
8. Babela, J. M., Mberi, F. M., Ikobo, L. O., Nika, E. R., Ngoulou, B. V. S., & Mandilou, S. M. (2018). La qualité de vie des adolescents atteints de drépanocytose homozygote suivis au CHU de Brazzaville (Congo). *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 111(1), 46–50. <https://www.researchgate.net/publication/330962758>
9. Alain, F., Raharinainasoa, A. A., Rakotondratsara, M. A., Betombo, F., Ramanarivo, N. M., Andrianarimanana, D., et al. (2022). Étude épidémio-clinique de la drépanocytose chez l'enfant au service de pédiatrie du CHU Mahajanga. *Revue Malgache de Pédiatrie*, 5(2), 98–105. <https://somaped.com/assets/pdf/2022-2/14.pdf>
10. Kpakoutou, N. A. (2020). Complications pulmonaires chez les enfants drépanocytaires majeurs dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré [Thèse de médecine, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB]. <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/3840/20M129.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Elie, A. D. A., Edem, D. K., Mawuse, G. K., Enyonam, T., Sitsofe, A., Luc, D. N., et al. (2021). Morbidité hospitalière de l'enfant drépanocytaire au CHU Sylvanus Olympio (Lomé). *Health Sciences and Disease*, 22(3), 10–13. <https://doi.org/10.5281/hsd.v22i3.2605>
12. Keita, I. (2020). Aspects épidémiocliniques de la drépanocytose dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso [Thèse de médecine, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB]. <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/3782/20M10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Bégué, P., & Castello-Herbreteau, B. (2001). La drépanocytose: de l'enfant à l'adolescent. Prise en charge en 2001. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 94(2), 85–89. <https://pathexo.societe-mtsi.fr/documents/articles-bull/T94-2-2314.pdf>
14. Grobi, A. M., Mansou, K. A., Djoman, A. I., et al. (2025). Profile of sickle cell disease patients admitted for management of an acute complication in the Pediatrics Department of the Cocody University Hospital (CHU). *Open Journal of Pediatrics*, 15(4), 493–503. <https://doi.org/10.4236/ojped.2025.154047>

15. Mahmouh, A. (2013). La drépanocytose chez l'enfant au service de pédiatrie à l'Hôpital Al Farabi Oujda [Thèse de médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah].
<https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/22754/83-13.pdf?sequence=1>
16. Akolly, D. A. E., Edem, D. K., Mawuse, G. K., Enyonam, T., Sitsofe, A., Luc, D. N., et al. (2021). Morbidité hospitalière de l'enfant drépanocytaire au CHU Sylvanus Olympio (Lomé). *Health Sci Dis*, 22(3), 105-111.
<https://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2605/1944>
17. Ollandzobo Ikobo, L. C., Mouyabi Mberi, F. D., Nika, E. R., Missambou Mandilou, S., Ngoulou, B. S. A., M'Pemba Loufoua, A., et al. (2019). Suivi et état de santé de l'adolescent atteint de drépanocytose à Brazzaville (Congo). *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 112, 213-219. <https://doi.org/10.3166/bspe-2019-0097>
18. Steinberg, M. (1999). Management of sickle-cell disease. *The New England Journal of Medicine*, 340, 1021-1030.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199904013401307>
19. Tshilolo, L., Tomlinson, G., Williams, T. N., et al. (2019). Hydroxyurea for children with sickle cell anemia in sub-Saharan Africa (REACH): A prospective, multicentre trial. *The Lancet Haematology*, 6(3), e147–e157. DOI : [10.1056/NEJMoa1813598](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1813598)
20. Strouse, J. J., & Heeney, M. M. (2012). Hydroxyurea for the treatment of sickle cell disease: Efficacy, barriers, and promising directions. *Expert Review of Hematology*, 5(3), 255–266. <https://doi.org/10.1002/pbc.24178>
21. Grosse, S. D., Odame, I., Atrash, H. K., Amendah, D., Piel, F. B., & Williams, T. N. (2011). Sickle cell disease in Africa: A neglected cause of early childhood mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(6), S398–S405. DOI : [10.1016/j.amepre.2011.09.013](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.09.013)