EDITORIAL

Les leçons apprises des expériences pilotes de dépistage néonatal de la drépanocytose au Cameroun

Suzanne Belinga, médecin biologiste et secrétaire général du GEDREPACAM, belinga@pasteur-yaounde.org au centre pasteur du Cameroun

Il est clairement démontré que le dépistage précoce de la drépanocytose associée à une prise en charge par des mesures simples (éducation, prophylaxie à la pénicilline, acide folique et vaccinations) permettent de réduire considérablement la mortalité des moins 5 ans[1]. C'est la stratégie recommandée par l'OMS Afro qui couvre la région avec la plus forte incidence de la drépanocytose[2]. En effet 4/5 des nouveau-nés avec un Syndrome Drépanocytaire Majeur (SDM) naissent en Afrique Sub-saharienne[3].

C'est fort de ces recommandations que Le Groupe d'Etude de la Drépanocytose du Cameroun (GEDREPACAM) a entrepris en juin 2015, d'implémenter le dépistage néonatal de la drépanocytose dans des formations sanitaires de Douala et Yaoundé. Ce dépistage s'est réalisé en 2 phases et selon 2 algorithmes.

La 1ère phase a couvert la période 2015- 2020, selon un algorithme basé sur un laboratoire centralisé réalisant les analyses par Iso Electro Focalisation (IEF), sur des échantillons de sang capillaires prélevé au talon des nouveau-nés et déposé sur papier buvard. Les échantillons étaient collectés dans les formations sanitaires (FOSA) une fois par semaine. Après enregistrement dans la base de données dédiée, les analyses étaient réalisées par série de 64 échantillons dont 2 contrôles de qualité. Au cours de cette phase on a constaté des délais de rendu longs ± 5 semaines résultant de la somme des temps de : collecte et enregistrement des échantillons, réalisation des analyses, lecture, validation et saisie des résultats. Les patients avec une suspicion de SDM étaient rappelés pour un 2ème prélèvement afin de réaliser le test de confirmation par électrophorèse capillaire. Seulement 60% des parents ont répondu à ces appels pour test de confirmation malgré les nombreuses relances. Au vu de ces faibles performances, l'algorithme a été modifié afin de rapprocher les analyses du patient. La disponibilité des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) de la drépanocytose dans les années 2020, était une excellente opportunité pour l'élaboration du second algorithme. Pour cet algorithme mis en œuvre depuis juin 2023, le personnel des FOSAs (infirmiers, sage-femmes, techniciens de laboratoire) est formé au counseling et à la réalisation des TDRs. Les résultats sont immédiatement disponibles et rendus aux parents avant la sortie de la maternité. Les cas suspects de SDM sont aussitôt identifiés et le prélèvement pour le test de confirmation est réalisé.

Avec cet algorithme, le taux de cas suspects ayant réalisé le test de confirmation est de 71%. Malgré la praticabilité de ce 2ème algorithme, deux grands défis restent à relever. Le premier est l'implication des FOSA à la réalisation du

dépistage néonatal. Malgré la lettre circulaire du Ministre de la Santé Publique du 25 juillet 2025, instaurant le dépistage néonatal systématique, seulement 80% des nouveau-nés sont dépistés dans les FOSA partenaires où les TDRs sont disponibles. Le taux de couverture (nombre de nouveau-nés dépistés/nombre de naissances) du dépistage néonatal est plus élevé dans les FOSAs confessionnelles que dans les FOSAs publiques.

Le second défi est le rejet du diagnostic par les familles de cas suspects. Ce qui explique le faible taux de confirmation malgré l'offre de soins. En effet la drépanocytose est considérée dans la communauté comme une maladie liée à un mauvais sort et qui signe l'arrêt de mort de l'enfant qui en est atteint. Malgré les nombreuses relances, plusieurs parents refusent de faire le test de confirmation et d'entamer la prise en charge avant l'apparition des symptômes.

Les prochains efforts à faire sont au niveau de la communauté afin de faciliter l'insertion des patients atteints de la drépanocytose aussi bien au sein des familles que de la société plus élargie. Ce qui va également élever le niveau de sensibilisation pour diminuer l'incidence des nouveau-nés avec un SDM.

Références

1. O. S. Platt, D. J. Brambilia, W. F. Rosse, P. F. Milner, O. Castro, M. H. Steinberg et P. P. Klug, «Mortality in sickle cell disease. Life expectancy and risk factors for early death. » *N. Engl. J. Med.,* vol. 330, pp. 1639-44, 1994.
2. WHO Regional Committee for Africa, «Sickle-cell disease: A strategy for the WHO African Region » World Health Organization Regional Office for Africa, GENEVA, 2011.
3. GBD 2021 Sickle Cell Disease Collaborators, "Global, regional, and national prevalence and mortality burden of sickle cell disease, 2000-2021: a systematic analysis from the Global Burden Disease Study 2021," *The Lancet Haematology,* vol. 10, pp. e585-599, August 2023.