



Coïnfection paludisme-dengue en milieu pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou (Burkina Faso)

Malaria-dengue coinfection in a pediatric setting at Bogodogo University Hospital, Ouagadougou (Burkina Faso)

Sawadogo Hamidou^{1,3}, Simpore Bernadette^{2,3}, Nombre Alassane^{2,3}, Ilboudo Serge², Bilgo Aimé², Ouedraogo Solange^{2,3}

¹ Centre Médical avec antenne chirurgicale (CMA) de Kossodo, Ouagadougou, Burkina Faso. ² Centre hospitalier universitaire de Bogodogo Ouagadougou, Burkina Faso. ³ Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph Ki Zerbo (UJKZ), Ouagadougou, Burkina Faso

RÉSUMÉ

Introduction : la coïnfection paludisme-dengue constitue un défi diagnostique et thérapeutique croissant en zone d'endémie, en particulier chez l'enfant. Cette étude visait à décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la coïnfection paludisme-dengue chez les enfants de moins de 15 ans au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo (Ouagadougou, Burkina Faso). **Patients et méthode :** il s'agissait d'une étude transversale, à collecte rétrospective, descriptive, incluant de façon exhaustive tous les enfants de moins de 15 ans ayant présenté une coïnfection paludisme-dengue dans le service de pédiatrie du CHU-Bogodogo du 1er janvier au 31 décembre 2024. **Résultats :** trente-quatre enfants ont été inclus. L'âge moyen était de $7,62 \pm 4,07$ ans, avec une prédominance féminine (55,9 %). Le pic des admissions survenait en octobre-novembre. La fièvre (97,1 %), les céphalées (64,7 %) et les vomissements (61,8 %) dominaient le tableau clinique. La forme « paludisme grave associé à une dengue probable sans signe d'alerte » était la plus fréquente (35,3 %). Une anémie (44,1 %), une CRP élevée (91,2 %) et une cytolysé hépatique (38,2 %) étaient les principales anomalies biologiques. Tous les patients ont reçu un traitement antipaludique. L'évolution était favorable dans 88,2 % des cas, avec un taux de létalité de 8,8 %. **Conclusion :** la coïnfection paludisme-dengue représente un défi diagnostique et thérapeutique en milieu pédiatrique, où les présentations cliniques peuvent être atypiques et les complications rapidement graves. Un dépistage systématique et concomitant du paludisme et de la dengue chez l'enfant fébrile en zone endémique est nécessaire pour optimiser la prise en charge et réduire la morbi-mortalité. **Mots-clés :** Coïnfection, paludisme, dengue, pédiatrie, Ouagadougou, Burkina Faso.

ABSTRACT

Introduction : malaria-dengue coinfection is an increasing diagnostic and therapeutic challenge in endemic areas, particularly in children. This study aimed to describe the epidemiological, clinical, therapeutic, and outcome features of malaria-dengue coinfection in children under 15 years at Bogodogo University Hospital (Ouagadougou, Burkina Faso). **Patients and method :** this was a retrospective, descriptive cross-sectional study including, exhaustively, all children under 15 years with malaria-dengue coinfection managed in the pediatric department of Bogodogo



Correspondence : Sawadogo Hamidou

Email: shamidou86@gmail.com

Received: 18 July 2026/ Accepted : 28 september 2026 / Published : 15 October 2026



University Hospital from January 1 to December 31, 2024. **Results :** thirty-four children were included. Mean age was 7.62 ± 4.07 years, with a female predominance (55.9%). Admissions peaked in October-November. Fever (97.1%), headache (64.7%), and vomiting (61.8%) were the predominant clinical features. Severe malaria associated with probable dengue without warning signs was the most frequent form (35.3%). Anemia (44.1%), elevated CRP (91.2%), and hepatic cytolysis (38.2%) were the main laboratory abnormalities. All patients received antimalarial treatment. Outcome was favorable in 88.2% of cases, with a case fatality rate of 8.8%. **Conclusion :** malaria-dengue coinfection represents a diagnostic and therapeutic challenge in pediatric settings, where clinical presentations may be atypical and complications can rapidly become severe. Systematic and concurrent screening for malaria and dengue in febrile children in endemic areas is needed to optimize care and reduce morbidity and mortality. **Keywords :** Coinfection, malaria, dengue, pediatrics, Ouagadougou, Burkina Faso

1. Introduction

La dengue est une arbovirose due à quatre sérotypes viraux (DENV-1 à DENV-4) de la famille des Flaviviridae, transmise à l'homme par la piqure de moustiques femelles du genre *Aedes*, principalement *Aedes aegypti* [1]. Elle sévit en Afrique dans au moins 34 pays sur un mode endémo-épidémique [2] et se manifeste souvent par une fièvre isolée ou un syndrome pseudo-grippal pouvant être confondu à tort avec un paludisme [3], maladie fébrile parasitaire transmise par la piqure de l'anophèle femelle.

En zone d'endémie, ces deux affections peuvent coexister chez un même patient, réalisant une coinfection paludisme-dengue qui représente un défi diagnostique et thérapeutique majeur, en particulier chez l'enfant, plus exposé aux formes graves [3]. À l'échelle mondiale, environ 390 millions de cas de dengue surviennent chaque année et 3,9 milliards de personnes réparties dans 128 pays sont exposées au risque d'infection [4]. En 2022, le Burkina Faso a notifié 11 656 675 cas de paludisme, dont 539 488 formes graves et 4 243 décès, parmi lesquels 2 925 enfants de moins de 5 ans [5]. Des données récentes issues de la région du Guiriko (Burkina Faso) rapportent une prévalence de la coinfection paludisme-dengue variant de 7,1 % (coinfection aiguë confirmée par RT-PCR) à 17,6 % (exposition dengue récente ou passée associée au paludisme), avec une recrudescence en fin de saison des pluies [6].

En Afrique, la prévalence de la coinfection *Plasmodium falciparum*-dengue a significativement augmenté, passant de 0,9 % sur la période 2008-2013 à 5,5 % sur la période 2018-2021 [7]. Au Cameroun, un taux de coinfection de 19,5 % a été rapporté chez l'enfant fébrile [8]. Au Burkina Faso, des taux respectifs de 12,9 % et 20,4 % ont été retrouvés par Yankéné [9] et par Ly [10]. Toutefois, les données pédiatriques concernant cette coinfection demeurent rares dans notre pays.

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la coinfection paludisme-dengue chez les enfants de moins de 15 ans pris en charge au CHU de Bogodogo (Ouagadougou) du 1er janvier au 31 décembre 2024, afin de contribuer à l'amélioration de leur prise en charge

2. Patients et méthode

L'étude s'est déroulée dans le service de pédiatrie médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo (CHU-B), structure de troisième niveau de référence à Ouagadougou, comportant une unité des urgences pédiatriques, une unité d'hospitalisation d'une capacité de 30 lits et une unité de néonatalogie. Il s'agissait d'une étude transversale, à collecte de données rétrospective, à visée descriptive, portant sur la période du 1er janvier au 31 décembre 2024.

Tous les enfants de moins de 15 ans ayant présenté simultanément un paludisme et une dengue au cours de leur prise en charge dans le service durant la période d'étude ont été inclus de façon exhaustive. Étaient exclus les dossiers inexploitable, c'est-à-dire sans informations cliniques suffisantes, sans diagnostic précis ou sans évolution clinique précisée.

Les données sociodémographiques, anthropométriques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche de collecte standardisée et anonyme, l'enquêteur n'utilisant que le numéro de dossier. Le paludisme grave était défini selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé, et la dengue classée en dengue probable sans signe d'alerte, dengue probable avec signe(s) d'alerte, ou dengue sévère, conformément aux directives nationales de prise en charge de la dengue au Burkina Faso [1]. L'état de conscience était évalué par le score de Blantyre chez les enfants de moins de 3 ans et par le score de Glasgow au-delà de 3 ans.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info dans sa version française 7.2.5.2, et Microsoft

Excel 2016 pour la réalisation des tableaux. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne $\pm$ écart-type, et les variables qualitatives en effectif et pourcentage.

L'étude a reçu l'autorisation de la commission d'éthique du CHU-Bogodogo et des responsables des services concernés. La confidentialité des données a été assurée par l'anonymisation des fiches de collecte, l'identification des patients se limitant au numéro de dossier ; les données recueillies ont été exclusivement utilisées dans un but d'amélioration de la prise en charge des patients.

3. Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Durant la période d'étude, 34 enfants répondaient aux critères d'inclusion, dont 67,6 % (n=23) ont été pris en charge dans l'unité d'hospitalisation pédiatrique. L'âge moyen était de $7,62 \pm 4,07$ ans (extrêmes : 0 et 14 ans). Une prédominance féminine était observée (55,9 %, n=19), avec un sex-ratio homme/femme de 0,79. La quasi-totalité des patients résidait à Ouagadougou (91,2 %, n=31).

La majorité des patients (91,2 %, n=31) était référée, principalement depuis un centre de santé et de promotion sociale (CSPS) (44,1 %, n=15). Le délai de consultation était compris entre 2 et 7 jours chez 58,8 % des patients (n=20), et supérieur à 7 jours chez un seul patient (2,9 %). La fièvre constituait le principal motif de consultation (97,1 %, n=33), suivie des céphalées (64,7 %, n=22), des vomissements (61,8 %, n=21) et des douleurs abdominales (44,1 %, n=15) (Tableau I).

Un antécédent médical était retrouvé chez 20,6 % des patients (n=7), dominé par l'infection néonatale (57,1 % des antécédents, n=4/7).

La température corporelle moyenne était de $38,9 \pm 0,6$ °C. L'état général était mauvais chez la moitié des patients (50 %, n=17) et l'état de conscience était perturbé chez 41,2 % d'entre eux (altéré : 14,7 %, n=5 ; obnubilé : 26,5 %, n=9). Les signes de gravité les plus fréquents étaient la léthargie (52,9 %, n=18), les vomissements persistants (35,3 %, n=12), la détresse respiratoire (23,5 %, n=8), l'ictère (20,6 %, n=7) et l'hémorragie spontanée (11,8 %, n=4).

Données paracliniques

Sur le plan sérologique, les IgM anti-dengue isolées étaient les plus fréquemment retrouvées (41,2 %, n=14), suivies à parts égales par l'antigène NS1 seul, les IgG seules et l'association NS1-IgM (11,8 % chacun, n=4). Les associations IgM-IgG (8,8 %, n=3) et NS1-IgG (5,9 %, n=2) étaient plus rares, et le profil sérologique n'était pas renseigné chez 3 patients (8,8 %) (Figure 1).

Une anémie était présente chez 44,1 % des patients (n=15), sévère dans 5,9 % des cas (n=2), avec un taux d'hémoglobine moyen de $8,72 \pm 2$ g/dl. Une hémococoncentration (hématocrite élevé) était notée chez 20,6 % (n=7) et une leucopénie chez 5,9 % (n=2) des patients. La CRP était élevée chez 91,2 % des patients (n=31) et la procalcitonine était élevée chez 66,7 % des patients testés (8/12). Une cytolysé hépatique majeure (ALAT > 120 UI/L) était observée chez 38,2 % des patients (n=13) et une insuffisance rénale aiguë chez 37,5 % des patients testés pour la créatininémie (6/16) (Tableau II).

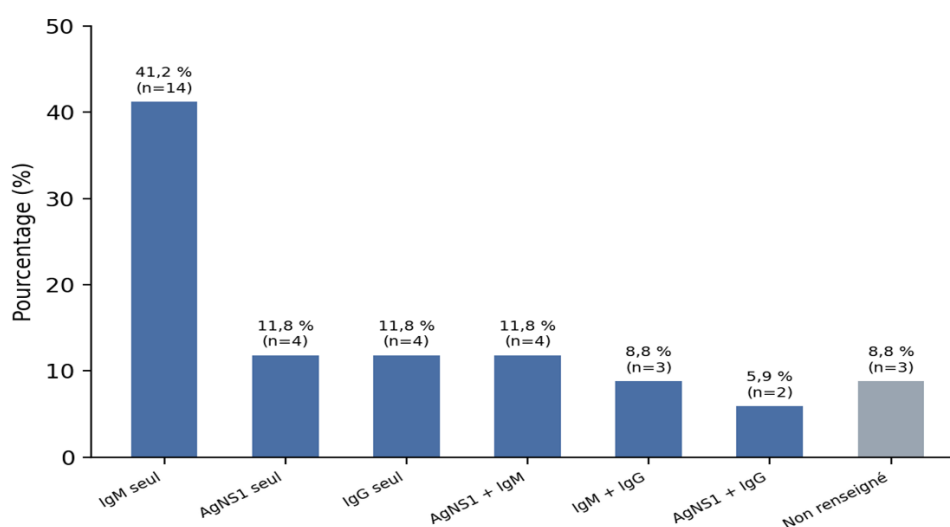


Figure 1 : Répartition des patients selon le profil sérologique de la dengue (n=34)

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients à l'admission (n = 34)

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Résidence		
Ouagadougou	31	91,2
Manga	2	5,9
Kombissiri	1	2,9
Délai de consultation (jours)		
[0–2]	13	38,24
]2–7]	20	58,82
> 7	1	2,94
Motif de consultation		
Fièvre	33	97,1
Céphalées	22	64,7
Vomissements	21	61,8
Douleur abdominale	15	44,1
Diarrhée	8	23,5
Myalgies	5	14,7
Arthralgies	7	20,6
Douleur rétro-orbitaire	3	8,8
État général		
Mauvais	17	50,0
Assez bon	13	38,2
Bon	4	11,8
Sexe		
Féminin	19	55,9
Masculin	15	44,1
Total	34	100

Diagnostic et prise en charge thérapeutique

La forme la plus fréquente était l'association paludisme grave et dengue probable sans signe d'alerte (35,3 %, n=12), suivie du paludisme grave associé à une dengue probable avec signe(s) d'alerte (32,4 %, n=11) et du paludisme grave associé à une dengue sévère (14,7 %, n=5) (Tableau III).

Tous les patients (100 %, n=34) ont reçu un traitement antipaludique ; des antipyrétiques et des antalgiques ont été administrés respectivement chez 97,1 % (n=33) des patients, et des antibiotiques chez 88,2 % (n=30) d'entre eux, alors qu'une preuve d'infection bactérienne patente n'était retrouvée que chez une minorité. Une transfusion de culot globulaire a été nécessaire chez 55,9 % des patients (n=19) (Tableau IV).

Évolution

La durée d'hospitalisation était comprise entre 5 et 7 jours chez 41,2 % des patients (n=14), entre 2 et 4 jours chez 29,4 % (n=10) et entre 8 et 12 jours chez 29,4 % (n=10). L'évolution était favorable, sans séquelle, chez 88,2 % des enfants (n=30) ; 3 décès ont été enregistrés, soit un taux de létalité de 8,8 %.

4. Discussion

Cette étude rétrospective, monocentrique, menée dans une structure publique de troisième référence, a pu exposer nos résultats à un biais de sélection lié à l'exclusion d'une partie de la patientèle prise en charge dans le secteur privé, ainsi qu'à des données manquantes inhérentes à l'exploitation de dossiers cliniques. Elle présente

néanmoins l'intérêt d'associer les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs

de la coïnfection paludisme-dengue chez l'enfant, encore peu documentés dans notre pays.

Tableau II : Principales anomalies biologiques (n = 34)

Paramètre	Catégories cliniques (normes)	Effectif	%
Hémoglobine (Hb, g/dl)	Anémie sévère (< 7)	2	5,9
	Anémie modérée (7–9,9)	5	14,7
	Anémie légère (10–11,9)	8	23,5
	Normal (≥ 12)	19	55,9
Hématocrite (Ht, %)	Bas (< 30)	3	8,8
	Limite (30–35,9)	5	14,7
	Normal (36–45)	19	55,9
	Élevé (> 45)	7	20,6
Leucocytes (/mm³)	Leucopénie (< 4 000)	2	5,9
	Normal (4 000–10 000)	23	67,6
	Hyperleucocytose (> 10 000)	9	26,5
CRP (mg/L)	Normal (< 5)	3	8,8
	Élevée modérée (5–39)	8	23,5
	Très élevée (≥ 40)	23	67,6
Procalcitonine (PCT, ng/mL)‡	Normal (< 0,5)	4	33,3
	Suspicion d'infection (0,5–2)	5	41,7
	Forte suspicion (> 2)	3	25,0
ASAT (UI/L)	Normal (< 40)	7	20,6
	Élevé (40–120)	13	38,2
	Très élevé (> 120)	14	41,2
ALAT (UI/L)	Normal (< 40)	9	26,5
	Élevé (40–120)	11	32,4
	Très élevé (> 120)	13	38,2
	Non renseigné†	1	2,9
Créatinine (μmol/L)	Testée (16/34 patients)	16	47,1
	Insuffisance rénale aiguë (parmi les testés)*	6	37,5

*Pourcentage calculé sur les 16 patients ayant bénéficié d'un dosage de la créatininémie, et non sur l'ensemble des 34 patients de la série.

†Valeur d'ALAT non renseignée dans le dossier d'un patient (pourcentage calculé sur les 34 patients de la série).

‡Pourcentages calculés sur les 12 patients ayant bénéficié d'un dosage de la procalcitonine, et non sur l'ensemble des 34 patients de la série.

Notre étude comporte par ailleurs plusieurs limites propres au recueil rétrospectif des données à partir des dossiers cliniques. La confirmation du paludisme reposait sur la seule positivité de la goutte épaisse, sans recueil systématique de la densité parasitaire ni de l'espèce plasmodiale en cause, ce qui ne permet pas de vérifier a posteriori l'ensemble des critères de gravité de l'Organisation mondiale de la Santé.

La numération plaquettaire et le bilan de coagulation (TP/TCA), bien que pertinents dans le suivi de la dengue, de même que les données anthropométriques recueillies, n'ont pas été exploités dans cette analyse. Les modalités de recherche d'une preuve d'infection bactérienne (hémoculture, examen cytbactériologique des urines, foyer clinique) justifiant le recours élargi aux antibiotiques n'ont pas non plus été systématiquement documentées. Enfin, le devenir précis d'un patient sur les 34 inclus, la description individuelle des trois décès enregistrés, le recours effectif à une unité de soins

intensifs pédiatriques et la justification de l'absence de transfusion plaquettaire n'ont pu être détaillés à partir des dossiers sources disponibles. Ces éléments mériteraient

d'être documentés de façon prospective dans de futurs travaux.

Tableau III : Répartition des patients selon le diagnostic de présomption (n = 34)

Diagnostic de présomption	Effectif	%
Paludisme grave + dengue probable sans signe d'alerte	12	35,3
Paludisme grave + dengue probable avec signe(s) d'alerte	11	32,4
Paludisme grave + dengue sévère	5	14,7
Paludisme simple + dengue probable avec signe(s) d'alerte	3	8,8
Paludisme simple + dengue probable sans signe d'alerte	3	8,8

Tableau IV : Prise en charge thérapeutique des patients (n = 34)

Type de traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Antibiotique	30	88,2
Antalgique	33	97,1
Antipyrétique	33	97,1
Antipaludique	34	100,0
Hémostatique	2	5,9
Vitamines	10	29,4
Antiémétique	18	52,9
Réhydratation / RL	15	44,1
Réhydratation / SGI	24	70,6
Réhydratation / SSI	9	26,5
Réhydratation / Gelofusine	1	2,9
Transfusion / CGR	19	55,9
Transfusion / PFC	1	2,9
Transfusion / Plaquettes	0	0,0

RL : Ringer Lactate ; SGI : sérum glucosé isotonique ; SSI : sérum salé isotonique ; CGR : concentré de globules rouges ; PFC : plasma frais congelé.

Aspects épidémiologiques

L'unité d'hospitalisation pédiatrique a colligé la majorité des cas (67,6 %), ce qui s'explique par le transfert systématique vers cette unité des patients stabilisés après leur prise en charge initiale aux urgences. Le pic des admissions observé en octobre-novembre concorde avec la période de forte pluviométrie et d'humidité, favorable à la prolifération des vecteurs Aedes et Anopheles.

L'âge moyen de $7,62 \pm 4,07$ ans dans notre série est comparable à celui rapporté par Héma [11], qui retrouvait un âge médian de 9 ans, mais supérieur à celui de Soudré et al. ($4,77 \pm 3,56$ ans) [12].

La prédominance féminine (sex-ratio homme/femme de 0,79) retrouvée dans notre série rejoint celle rapportée par Galani et al. au Cameroun (58,3 % de femmes parmi les patients coinfectés) [13], mais contraste avec la prédominance masculine décrite par Soudré et al. [12], suggérant que la coinfection paludisme-dengue toucherait indifféremment les deux sexes selon les contextes.

La quasi-totalité de nos patients résidait en zone urbaine, confirmant le caractère urbain de la transmission de ces deux endémies et la nécessité de renforcer la lutte antivectorielle et l'assainissement en ville. Le CSPS demeurait la principale structure de référence (44,1 %), reflétant l'organisation pyramidale du système de santé burkinabè. Le délai de consultation supérieur à 2 jours chez la majorité des patients (58,8 %) traduit un recours tardif aux soins, possiblement lié à l'automédication.

Aspects cliniques

La fièvre, les céphalées et les vomissements dominaient le tableau clinique. Les signes de gravité les plus fréquents dans notre série étaient la léthargie, les vomissements persistants, la détresse respiratoire et l'hémorragie spontanée, traduisant la sévérité du tableau clinique à l'admission.

Aspects paracliniques

La proportion de patients avec antigène NS1 positif (29,4 %, n=10, dont 11,8 % en NS1 isolé) était inférieure à celle des patients avec IgM positives, isolées ou associées (61,8 %, n=21), ce qui s'expliquerait par la consultation tardive de la majorité des patients, l'antigène NS1 n'étant détectable que durant les tout premiers jours de la virémie. La présence d'IgG, isolées ou associées (26,5 %, n=9), pourrait traduire chez une partie des patients une infection antérieure ou secondaire par le virus de la dengue ; chez le nourrisson de 0 an inclus dans la série, des IgG, voire des IgM anti-dengue d'origine maternelle transmises passivement, peuvent en outre fausser l'interprétation sérologique. Le profil sérologique n'était pas renseigné chez 3 patients (8,8 %), ce qui constitue une limite de notre série. Une anémie était retrouvée chez 44,1 % des patients, une fréquence cohérente avec les données de Bhakhri et al., qui rapportaient chez l'enfant une anémie (hémoglobine ≤ 8 g/dL) et une cytolysé hépatique significativement plus marquées en cas de coinfection paludisme-dengue qu'en cas de mono-infection dengue [14]. L'hémoconcentration, marqueur de fuite plasmatique, était moins fréquente dans notre série (20,6 %) que chez Soudré et al. (36,3 %) [12]. La fréquence élevée de la CRP, de la cytolysé hépatique et de l'atteinte rénale souligne le caractère multisystémique de cette coinfection.

Diagnostic et prise en charge thérapeutique

La prédominance de l'association paludisme grave-dengue probable sans signe d'alerte rejoint les données disponibles dans la littérature. Le recours quasi systématique aux antibiotiques (88,2 %), alors que seule une minorité de patients présentait une preuve d'infection bactérienne, traduit probablement une méconnaissance de la dengue par certains soignants, et plaide pour un renforcement de la formation et la diffusion d'algorithmes diagnostiques et thérapeutiques adaptés, associant test de diagnostic rapide du paludisme et détection de l'antigène NS1. Il convient de souligner que la CRP et la procalcitonine, utilisées dans notre pratique pour orienter cette prescription, manquent de spécificité en contexte d'infection virale sévère, ce qui a pu contribuer à ce recours élargi aux antibiotiques.

Évolution

Le taux de létalité observé (8,8 %) pourrait s'expliquer par la méconnaissance de la coinfection et par le recours à

l'automédication avant la consultation. La durée d'hospitalisation observée dans notre série, plus longue chez la majorité des patients, va dans le même sens que les données de Bhakhri et al., qui rapportaient une durée d'hospitalisation significativement plus longue chez les enfants coinfectés que chez les enfants mono-infectés par la dengue [14], et pourrait refléter la sévérité des tableaux cliniques rencontrés.

5. Conclusion

La coinfection paludisme-dengue chez l'enfant de moins de 15 ans au CHU de Bogodogo se caractérise par une fréquence non négligeable, un pic saisonnier pendant la période pluvieuse, et des manifestations cliniques peu spécifiques dominées par la fièvre, les céphalées et les vomissements. Les formes graves associant paludisme grave et dengue avec des signes d'alerte représentent une part importante des cas, avec des perturbations biologiques multisystémiques (anémie, cytolysé hépatique, atteinte rénale). Malgré une évolution globalement favorable, la létalité observée (8,8 %) demeure préoccupante. Ces résultats plaident pour une recherche systématique et concomitante du paludisme et de la dengue chez l'enfant fébrile en zone d'endémie, une consultation précoce et un renforcement de la formation des agents de santé sur la reconnaissance et la prise en charge de cette coinfection. Des études prospectives multicentriques permettraient de mieux préciser son poids épidémiologique et clinique réel.

Déclarations

Financement : Aucun

Remerciements : Les auteurs remercient le personnel du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo pour son concours dans l'accès aux dossiers médicaux. Les auteurs remercient également l'outil d'intelligence artificielle Claude (Anthropic), utilisé comme aide à la rédaction du manuscrit, sans intervention dans la conception de l'étude, l'analyse des données ni l'interprétation des résultats.

Conflit d'intérêt : Tous les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec la présente publication.

Contribution des auteurs : Hamidou Sawadogo a conçu l'étude, collecté, saisi, analysé les données, et rédigé le manuscrit. Alassane Nombre a participé à la conception de l'étude et à la rédaction du manuscrit. Bernadette Simporé et Serge Ilboudo ont participé à la rédaction du manuscrit. Aimé Bilgo et Solange Ouedraogo ont critiqué et révisé le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Ministère de la Santé, Burkina Faso. Directives nationales de prise en charge des cas de dengue au Burkina Faso. Ouagadougou : Ministère de la Santé ; 2023.
2. Leroy E. La dengue : symptômes, traitement, prévention, où en est-on ? Paris : BoD-Books on Demand ; 2017.
3. Teoh Z, Simpson BN, Howard T, McElhinney K, Ware R, Mena R, et al. Codetection of *Plasmodium falciparum* in children hospitalized with dengue fever in the Dominican Republic. *Pediatr Infect Dis J*. 2023 ;42(11):965.
4. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013 ;496 :504-507.
5. USAID President's Malaria Initiative. Burkina Faso malaria operational plan. Washington : USAID ; 2022.
6. Belem LRW, Yao RK, Amara MF, Taita AVW, Kaboré BP, Kouadio KWU, Ibemgbo SA, Sangaré I, Gomgnimbou MK. Molecular detection and epidemiological characterization of dengue and malaria coinfection in the Guiriko region, Burkina Faso. *Acta Trop*. 2026 ;278 :108067.
7. Gebremariam TT, Schallig HDFH, Kurmane ZM, Danquah JB. Increasing prevalence of malaria and acute dengue virus coinfection in Africa : a meta-analysis and meta-regression of cross-sectional studies. *Malar J*. 2023 ;22(1) :300.
8. Nkenfou CN, Fainguem N, Dongmo-Nguetack F, Yatchou LG, Kameni JJK, Elong EL, et al. Enhanced passive surveillance dengue infection among febrile children : prevalence, co-infections and associated factors in Cameroon. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021 ;15(4) : e0009316.
9. Yankéné M. Co-infection paludisme grave et dengue chez les enfants de 0 à 5 ans aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologiques, biologiques et évolutifs [thèse de médecine]. Ouagadougou : Université Joseph Ki-Zerbo ; 2023.
10. Ly D. La coïnfection de la dengue avec le paludisme dans la ville de Ouagadougou : aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutifs [thèse de médecine]. Ouagadougou : Université Joseph Ki-Zerbo ; 2017.
11. Héma A. Diagnostic moléculaire des cas de dengue à Ouagadougou en 2016 [thèse de pharmacie]. Ouagadougou : Université de Ouagadougou ; 2017.
12. Soudré F, Alice K, Karfo R, et al. Perturbations des paramètres biochimiques au cours de la dengue au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso). *Sci Nat Appl*. 2020 ;39(1) :97-109.
13. Galani BRT, Mapouokam DW, Nemg Simo FB, Mohamadou H, Djamen Chuisseu PD, Njintang NY, Moundipa PF. Investigation of dengue-malaria coinfection among febrile patients consulting at Ngaoundere Regional Hospital, Cameroon. *J Med Virol*. 2021 ;93(6) :3350-3361.
14. Bhakhri BK, Singh DK, Singh N, Rai R. Does malaria co-infection alter the clinical course in children infected with dengue? Analysis from 623 Indian children admitted with dengue infection. *J Trop Pediatr*. 2021 ;67(2) :fmab006.

How to cite this article : *Sawadogo H, Simpore B, Nombre A, Ilboudo S, Bilgo A, Ouedraogo S. Coïnfection paludisme-dengue en milieu pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou (Burkina Faso). Baobab Health. 2026;1(2):133-40*
DOI : <https://doi.org/10.68500/bh.v1i2.13>