

LES URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU DONKA

SURGICAL URGENCIES NEONATALES IN THE SERVICE OF SURGERY PEDIATRIQUE OF CHU DONKA

KEITA M*, DIALLO M.S.A*, Keita A.K*, DIALLO A.F*, et BALDE I**. *Service de chirurgie pédiatrique Donka/**Centre Mère et enfants/

CORRESPONDANT : MAMADY KEITA EMAIL : keitam5@yahoo.fr Chef du service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital National de Donka BP : 234 Conakry République de Guinée

Résumé

But : le but de ce travail est de déterminer les facteurs de mortalité chirurgicale en période néonatale et de faire ressortir les difficultés de la prise en charge.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 222 cas sur 10 ans de janvier 1992 à Décembre 2001 réalisé dans le service de chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital National Donka.

Nous avons étudié l'âge des patients à la première consultation selon qu'il soit reçu avant ou après le 6^{ème} jour de naissance, le niveau socio-économique a été apprécié selon le mode d'habitation, l'accessibilité à l'eau potable et à l'électricité, le régime alimentaire, les malformations associées, les résultats post-opératoires.

Résultats : En 10 ans (Janvier 1992 à Décembre 2001), nous avons enregistré 222 cas d'urgences chirurgicales néonatales intéressant le tube digestif (27,48%), la paroi abdominale (37,39%), les parties uro-génitale (2,25%) et neurologique (32,88%). Nous avons noté une prédominance masculine de 64,41% et la mortalité chirurgicale néonatale était de 29,28%.

Le retard à la consultation, la pauvreté d'une part et le manque des moyens de réanimation, l'insuffisance de personnel qualifié et les associations malformatives graves d'autre part, ont été les principaux facteurs de risque dans notre série.

CONCLUSION : Les urgences chirurgicales néonatales regroupent des affections qui exigent une prise en charge immédiate et adéquate. Le diagnostic précoce est un impératif, il doit se faire dans la salle d'accouchement.

Les accouchements à domicile, la méconnaissance de ces affections par beaucoup de praticiens entraînent le retard à la consultation. L'insuffisance de personnels qualifiés en chirurgie pédiatrique et en anesthésie réanimation infantile, la pauvreté des parents qui doivent prendre en charge les frais médicaux des nouveau-nés sont autant de facteurs qui retardent le délai d'intervention. La formation des spécialistes en anesthésie réanimation pédiatrique, la formation continue des agents de santé à tous les niveaux sur le dépistage des urgences néonatales, la création des centres de réanimation, la motivation du personnel soignant dans ces structures et l'intervention des O.N.G. médicales seront des atouts majeurs pour améliorer la prise en charge et diminuer le taux de mortalité.

Mots-clés: Urgences chirurgicales néonatales – Prise en charge – Mortalité

Summary : Drank: the goal of this work is to determine the factors of surgical mortality in period neonatal and to emphasize the difficulties of the assumption of responsibility.

Materials and methods: Retrospective study of 222 cases over 10 years from January 1992 to December 00realized in the service of Paediatric surgery of the National Hospital Donka. We studied the age of the patients to the first consultation according to whether it is received before or after the 6th day of birth, the socio-economic level was appreciated according to the mode of dwelling, accessibility with drinking water and electricity, the diet, associated malformations, the post-operative results.

Results : In 10 years (January 1992 at December 2001), we recorded 222 surgical cases of newborn emergency interesting the digestive tract (27, 48%), the abdominal wall (37, 39%), the parts urogenital (2, 25%) and neurological (32, 88%).

We noted a male prevalence of 64, 41% and surgical newborn mortality was 29, 28%.

The delay with the consultation, poverty on the one hand and the lack of the means of reanimation, the insufficiency of qualified personnel and malformatives associations serious on the other hand, were the principal factors of risk in our series.

Conclusion: The surgical newborn urgencies gather affections which require an immediate and adequate assumption of responsibility. The early diagnosis is a requirement; it must be done in the room of childbirth.

The childbirth in residence, the ignorance of these affections by much of experts involves the delay with the consultation. The insufficiency of personnel qualified in paediatric surgery and infantile anaesthesia-reanimation, the poverty of the parents who must deal with the medical expenses of the new-born babies are as many factors which delay the time of intervention. The training of the specialists in paediatric anaesthesia-reanimation, the formation continues agents of health on all the levels on the tracking of the newborn urgencies, the creation of the centers of reanimation, the motivation of the personnel looking after in these structures and the intervention of the medical O.N.G. will be major assets to improve the assumption of responsibility and to decrease the death rate.

Key words

Surgical urgencies new born - Catch of load – Mortality.

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales néonatales regroupent les affections du nouveau-né, qui se manifestent de la naissance à la fin du premier mois de la vie et qui nécessitent un traitement chirurgical urgent (1).

Elles ne forment pas un groupe homogène et sont dominées par les malformations congénitales (2). Certaines urgences sont évidentes dès la naissance rendant ainsi la démarche diagnostique simple. La mise en condition, le transport et le traitement priment (2). D'autres sont de révélation plus tardives si elles ne sont pas recherchées dans la salle d'accouchement. Dans ce cas la démarche diagnostique va de pair avec la mise en condition et le bilan préopératoire (2). Si dans les pays industrialisés, le pronostic des urgences est nettement amélioré du fait du dépistage anténatal, dans les pays sous développés en voie de développement, la prise en charge se heurte à de nombreuses difficultés (3).

La gravité de ces affections couplée de l'insuffisance des moyens de réanimation est aggravée par le retard diagnostique qui alourdit la mortalité.

Matériels et Méthodes

C'est une étude rétrospective de 222 cas d'urgences chirurgicales néonatales sur une période de 10 ans allant de Janvier 1992 à Décembre 2001.

Elle a été réalisée dans le service de Chirurgie Pédiatrique de l'hôpital national de Donka.

Les paramètres que nous avons étudiés sont les suivants :

- L'âge des patients à la première consultation selon qu'ils aient été reçus avant ou après le 6^{ème} jour de naissance ;
- Le niveau socio-économique a été apprécié selon le mode d'habitation, l'accessibilité à l'eau potable et à l'électricité, le régime alimentaire avec les trois (3) repas journaliers ou non, la possibilité de prise en charge médico-chirurgicale immédiate.
- Les malformations associées ;
- Les résultats post-opératoires.

Résultats :

Tableau I : Répartition selon le type d'affection

Affections	Effectif	%
Myéloméningocèles		32,88
Omphalocèles	71	31,98
Occlusion néonatale	57	25,68
Hernie inguinale étranglée	10	4,51
Atrésie de l'œsophage	4	1,80
Torsion testiculaire	3	1,35
Laparoschisis	2	0,90
Sténose congénitale du méat urétral	2	0,90
Total	222	100

Tableau II : Répartition des cas de myéloméningocèles selon l'âge des patients à la 1^{ère} consultation

Formes	Effectif	%
Rompues	22	30,14
Ulcérées	18	24,66
Epidermisées	14	19,18
Aspect normal	19	26,02
Total	73	100

Tableau III : selon les méthodes de traitements

Méthodes	Effectif	Guérison	Décès
Proctoplastie	28	23	5
Colostomies	10	4	6
Total	38	27	11

Tableau IV : Répartition des occlusions néonatales selon le type anato-mo-clinique

Type	Effectif	%
Malformations anorectales	38	66,67
Atrésies intestinales	11	19,30
Maladie de Hirschsprung	5	8,77
Brides	3	5,26
Total	57	100

Tableau V : Répartition des 71 cas d'Omphalocèle selon les méthodes de traitement et évolution

Méthodes	Effectif	Guérison	Décès
Cure en un temps	61	52 (85,25%)	9 (14,75%)
Cure en deux temps	2	1 (50%)	1 (50%)
Tannage (Grob)	8	7 (87,50%)	1 (12,50%)
Total	71	60	11

DISCUSSION

Pour 5264 hospitalisations, nous avons enregistré 222 cas d'urgences chirurgicales néonatales soit 4,22%. Cette fréquence est probablement sous évaluée car tous les cas ne parviennent pas au CHU et certains ont pu être méconnus à la naissance. L'âge à l'admission : Dans notre série, les nouveau-nés âgés de 7 à 28 jours à l'admission

occupent le premier rang avec 64,86%. Ce taux prouve à suffisance l'admission tardive des urgences chirurgicales néonatales dans notre service, ce qui explique qu'on est loin du diagnostic anténatal devenu courant voire impératif dans les pays industrialisés (4,5). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette découverte tardive, ce sont entre autres : Les accouchements à domicile ; La méconnaissance de ces pathologies par beaucoup d'autres praticiens ; L'absence d'unités de chirurgie pédiatrique dans les hôpitaux de l'intérieur du pays. Le caractère urgent de ces affections fait que ce retard à l'admission influence négativement le pronostic vital et augmente le taux de mortalité. Le retard diagnostique comme facteur de mauvais pronostic a été révélé dans plusieurs séries africaines (6, 7,8). Ainsi TAKONGMO S. et coll. (7) ont rapporté dans leur série de 13 cas d'occlusion néonatale, dont 10 nés à domicile et qui ont été admis après la première semaine. Pour HAROUNA Y. et coll. (8) au Niger, sur les 10 cas d'occlusion néonatale, la plupart était née dans une maternité mais 9 sur 10 ont été admis tardivement avec ballonnement abdominal et ceci serait dû à l'absence de pédiatre dans la salle d'accouchement pour examiner les nouveau nés. Le personnel s'intéresse beaucoup plus à la mère qu'à l'enfant une fois l'accouchement terminé. Les malformations associées : Sur les 124 cas sans malformations associées, 41 décès ont été enregistrés soit 33%, 58 nouveau-nés ont présenté des malformations associées dont 5 polymalformés, il y a eu 24 cas de décès soit 41%. Les malformations congénitales donnent un aspect particulier de la mortalité néonatale (9). L'existence des malformations associées dans les anomalies congénitales est notée dans la littérature. Pour VITHYARITH M. (10), le pronostic vital dépend des malformations associées. Dans son étude de 111 cas de Malformations anorectales, 22 présentaient des malformations associées, parmi eux, 4 décès ont été enregistrés soit 18%. Par contre sur les 89 cas ne présentant pas de malformations associées, il n'y a eu qu'un seul décès soit 1,12%. Doumbouya N. (11) en 1996 dans une série de 310 enfants, a trouvé 36 cas de décès et parmi Ce dernier résultat n'est pas très différent du nôtre, MAYANDA H.F. et coll. (12) à Brazzaville en 1991 ont trouvé un taux et la méconnaissance par la population et de certains praticiens de la conduite à tenir devant un cas d'Omphalocèle. Les Omphalocèles rompues sont de mauvais pronostic du fait de l'exposition à l'infection et à l'hypothermie. Parmi les techniques opératoires utilisées, la cure en un temps a été la plus employée, 61 cas soit 85,92%. Il s'agissait dans ces cas d'Omphalocèles de type I de la classification de AÏTKEN. Nous n'avons jamais pu recourir à la technique de SCHUSTER qui consiste à réintégrer progressivement les anses en utilisant des

de mortalité de 76,6 % chez les enfants polymalformés. Les occlusions néonatales : Nous avons constaté que les malformations ano- rectales et les atrésies du grêle occupent une place importante, respectivement 38 cas soit 66,67% et 11 cas soit 19,30%. Dans les malformations ano- rectales, les variétés basses prédominent, 28 cas sur 38 soit 73,68% ; la forme intermédiaire 9 cas et la forme haute 1 cas. Cette prédominance des formes basses est retrouvée dans d'autres études (13,14). Ce taux se recoupe avec ceux trouvés par MAGASSOUBA D.F. (14) à Conakry avec 70,83%, BARRY A.K. et coll. (13) avec 72,45% et KEITA M. et coll. (3) avec 79,31% contre 36,04% dans une étude de 111 cas au Cambodge, en 1999 (10). Les variétés hautes et intermédiaires sont relativement rares dans notre série. Nos constatations sont identiques aux données de la littérature (13,14). Sur les 38 cas de MAR, nous avons noté 30 tableaux d'occlusion qui dénotent le retard à la consultation. Les méthodes de traitement des MAR ont été variables selon les formes anatomiques de l'anomalie. La cure par voie périnéale (Proctoplastie) a été la méthode la plus utilisée soit 73,68% du fait de la grande fréquence des MAR basses dans notre série. Le pourcentage de décès après colostomie, 6 cas sur 10 soit 60% est nettement supérieur à celui après cure par voie périnéale 5 cas sur 28 soit 17,86%. Ce qui permet de dire que les MAR hautes et intermédiaires pour lesquelles la colostomie se justifie sont plus graves que les variétés basses dont le traitement est mené par voie périnéale. Les mêmes observations ont été faites par MAGASSOUBA D.F. (14) avec 12,50% de décès après colostomie et 8,33% de décès après cure par voie périnéale. Du point de vue étude paracliniques, l'ASP a été réalisé pour tous les cas d'occlusion néonatale et pour le cas particulier des MAR, cet examen a été réalisé selon la technique de Wangenstein et Rice. Les omphalocèles : Dans notre série, conformément à la classification de AÏTKEN, 61 Omphalocèles étaient de type I soit 85,92% et 10 cas de type II soit 14,08%. Les mêmes observations ont été faites par BAH F. (15) avec 19 cas de type I et 5 cas de type II sur les 24 Omphalocèles de son étude. Sur les 71 Omphalocèles de notre étude, 13 étaient rompues soit 18,31%. Ce fait pourrait s'expliquer par l'admission tardive lames de silastic pour pallier au défaut de la paroi dans les Omphalocèles de type II. Mise à part les difficultés que nous avons à nous procurer un tel matériel onéreux, son usage requiert des précautions d'asepsie si rigoureuses qu'elles ne peuvent être que des méthodes d'exception dans les pays en voie de développement comme le nôtre. La technique de tannage par Mercurochrome (technique de GROB) apparaît donc la mieux indiquée dans les Omphalocèles de type II. Les Myéломéningocèles : L'âge à la première consultation varie entre J0 à J28 dont 8 cas

avant la 6^{ème} heure contrairement à BETEX (16) et DIMEGLIO (17) qui les ont reçus tous à J0. Ce fait augmente gravement le risque infectieux (18) et pourrait s'expliquer par 2 raisons : Le manque de structure spécialisée d'accueil à l'intérieur du pays faisant du CHU de Donka le seul hôpital pouvant s'occuper des myéloméningocèles. L'ignorance de la majorité de la population d'une pathologie aussi grave, même parmi les professionnels de la santé et le fait que tous les enfants ne sont pas nés à la maternité, amènent les parents à consulter aux stades de rupture, d'ulcération ou d'infection (6). Selon l'état dans lequel elles sont reçues, les myéloméningocèles à aire médullaire nue ont été les plus fréquentes avec un taux de 54,8 % dont 24,66 % d'ulcérée et 30,14 % de rompue. Ce type anatomique est exposé à la dessiccation qui altère les cellules nerveuses, et à l'infection (18) ; raisons pour lesquelles BETEX (16) et JAN (19) les considèrent comme des extrêmes urgences et les opèrent avant la 6^{ème} heure de vie.

Le taux de mortalité : Le taux de mortalité 29,28% de notre série est une donnée strictement hospitalière. Ce taux est comparable à celui de DOUMBOUYA N. (11) qui a recensé en 1999, 33,3% de mortalité néonatale. KOURA à Cotonou (20) trouve que 41% de décès de leur série sont représentés par les nouveau-nés de 0 à 28 jours. Cette forte mortalité néonatale serait due à la fragilité du nouveau-né et le manque de matériel adéquat. Quant à AGUEHOUNDE en Côte D'IVOIRE (21), il rapporte un taux de 59,85% chez les nouveau-nés de 0 à 17 jours. BLONDEL cité par DOUMBOUYA N. (11) insiste sur le facteur de risque qui est l'âge néonatal. Ce risque est majoré dans notre service par le retard à la consultation, les malformations associées et la prématurité qui sont des facteurs de mauvais pronostic auxquels s'ajoutent les problèmes de matériels à la charge des parents souvent démunis, source de report d'intervention et le manque de moyens de réanimation ainsi que de personnel qualifié.

CONCLUSION : Les urgences chirurgicales néonatales regroupent des affections qui exigent une prise en charge immédiate et adéquate. Le diagnostic précoce est un impératif, il doit se faire dans la salle d'accouchement. Les accouchements à domicile, la méconnaissance de ces affections par beaucoup de praticiens entraînent le retard à la consultation. L'insuffisance de personnels qualifiés en chirurgie pédiatrique et en anesthésie-réanimation infantile, la pauvreté des parents qui doivent prendre en charge les frais médicaux des nouveau-nés sont autant de facteurs qui retardent le délai d'intervention. La formation des spécialistes en anesthésie-réanimation pédiatrique, la formation continue des agents de santé à tous les niveaux sur le dépistage des urgences néonatales, la création des centres de

réanimation, la motivation du personnel soignant dans ces structures et l'intervention des O.N.G. médicales seront des atouts majeurs pour améliorer la prise en charge et diminuer le taux de mortalité.

REFERENCES:

1. 1. **KHIATI M.**
L'Essentiel en pédiatrie, Tome 1
Edition ENAL, Alger, 1988.
2. 2. **BETREMIEUX P, LEFRANCOIS C.**
Les principales urgences digestives chirurgicales de la période néonatale précoce : Conduite à tenir.
Revue de pédiatrie, Paris ; 1985 ; vol 21 ; N°4 ; PP.187-191
3. 3. **KEITA M, MAGASSOUBA D.F.et Coll.**
Les urgences chirurgicales néonatales dans le service de chirurgie pédiatrique à propos de 96 observations.
GUINEE MEDICALE, Conakry, N°34, 2001.
4. 4. **BARGY F.**
Prise en charge prénatale et néonatale de l'Omphalocèle.
5. 5. **ORPHANET, Paris, 2000.**
6. 6. **GRUNER M, CHAOUACHI B, GOUTET J.M, NAVARRO J.**
Les Atrésies jéjuno-iléon.
Rev. Prat. Paris, 1981, 31 : 1191-205.
7. **OUATTARA O DIETH A, KOUAME B.**
Les Myéloméningocèles en Afrique: CAS de la Côte-D'Ivoire
Médecine d'Afrique Noire: 1997, 44(7), 402-404.
8. **TAKONGMO S, BINAM F, MONEBENIMP F.**
Les occlusions néonatales dans un service de chirurgie générale à YAOUNDE.
Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47(3), 153-156.
9. **OUATTARA O DIETH A, KOUAME B.**
Les Myéloméningocèles en Afrique: CAS de la Côte-D'Ivoire
Médecine d'Afrique Noire: 1997, 44(7), 402-404.
10. **OUATTARA O DIETH A, KOUAME B.**
Les Myéloméningocèles en Afrique: CAS de la Côte-D'Ivoire
Médecine d'Afrique Noire: 1997, 44(7), 402-404.
11. **TAKONGMO S, BINAM F, MONEBENIMP F.**
Les occlusions néonatales dans un service de chirurgie générale à YAOUNDE.
Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47(3), 153-156.

- 12. HAROUNA Y, TARDIVEL C, BIA M, ABDU**
Occlusion intestinale néonatale : Notre expérience à propos de 10 cas.
Médecine d'Afrique Noire : 1997, 44(12), 648-651.
- 13. KEITA M, DOUMBOUYA N.**
Place des malformations congénitales dans la pathologie chirurgicale infantile au CHU Donka.
GUINEE MEDICALE, Conakry, N°30, 2000.
- 14. VITHYARITH M, VEASNA T, SEREY C.**
Etude rétrospective des malformations congénitales de l'anus et du rectum à propos d'une série de 111 cas observés à l'hôpital Kantha Bopha, Cambodge, 1999.
- 15. DOUMBOUYA N, KEITA M.**
Mortalité dans le service de chirurgie pédiatrique au CHU Donka.
Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46(12) : 589-592.
- 16. BARRY A.K, KEITA M, OUATTARA D.N, N'GBESSO R**
Imagerie des malformations ano-rectales, la technique de WANGESTEEN et RICE
GUINEE MEDICALE, Conakry, N°29, 2000, 28-30
- 17. MAGASSOUBA D.F.**
Les Malformations ano-rectales : Etudes préliminaires au CHU de Donka
Thèse de doctorat en médecine, Conakry, 1997.
- 18. BAH F.**
Notre expérience sur le traitement des Omphalocèles
Thèse de doctorat en médecine, Conakry, 1998.
- 19. BETEX M.**
Symposium sur les myéломéningocèles et leurs complications.
Annales de chirurgie infantile, Paris ; Jan, Fév. 69 ; 10, 5-6.
- 20. DIMEGLIO A.**
La rééducation du spina bifida. Pour quel bénéfice ? Pour quel avenir social ?
Actualités
- 21. DIOP I., SOW A, SOW MC**
Méningite purulente et spina bifida
Bull. Soc. Méd. Afrique Noire Langue Française, Dakar, 1977, 22(4) : 421-425.