

ARTICLE ORIGINAL

LES URGENCES CHIRURGICALES VISCÉRALES PÉDIATRIQUES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE COTONOU

PAEDIATRIC VISCERAL SURGICAL EMERGENCIES AT THE NATIONAL TEACHING HOSPITAL OF COTONOU

MA FIOGBE¹, SA GBENOU², A KOURA¹, DK MEHINTO³, KA AGOSSOU-VOYEME¹

1 : Clinique Universitaire de Chirurgie pédiatrique au CNHU de Cotonou,

2 : Service de Chirurgie Pédiatrique HOMEL Cotonou

3 : Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale au CNHU

RÉSUMÉ

Objectif: Décrire les aspects épidémiologiques des urgences chirurgicales viscérales (UCV) pédiatriques au Centre National Hospitalier Universitaire – Hubert Koutou Maga (CNHU – HKM) de Cotonou

Patients et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, concernant les patients âgés de 0 à 15 ans, pris en charge à la Clinique Universitaire de chirurgie Pédiatrique du CNHU - HKM de Cotonou du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010 pour UCV.

Résultats: Des 1754 hospitalisés, 317 (18,7%) présentaient 321 pathologies viscérales nécessitant une opération chirurgicale urgente. L'incidence moyenne annuelle était de 106 cas. La prédominance était masculine (65,93%) avec une sex-ratio égale à 1,9. Les enfants âgés de moins de 5 ans étaient les plus concernés (52,37%), venaient ensuite ceux de 10 à 15 ans (25,55%). Les UCV étaient dominées par les pathologies digestives infectieuses (151 cas : 79 péritonites et 72 appendicites aiguës). Venaient ensuite les affections congénitales et leurs complications (95 cas), dominées par les hernies inguinales étranglées (35 cas) et les malformations anorectales sans fistule (21 cas). La chirurgie néonatale représentait 19,56% des activités. La durée moyenne de séjour était de 11 +/- 2 jours avec des extrêmes de 1 jour et 71 jours. Il y a eu 38 décès (12%) dont, 23 en préopératoire et 15 en postopératoire. Les atrésies de l'œsophage, les atrésies des voies biliaires et les omphalocèles rompues étaient létales dans 100% des cas, suivies des polymalformations (75%), des laparoscchisis (67%) et des malformations anorectales sans fistule (52,4%).

Conclusion: La prise en charge efficiente des UCV nécessite un diagnostic précoce, un plateau technique adapté et la promotion d'assurance maladie.

Mots clés: Urgence chirurgicale viscérale pédiatrique, épidémiologie.

SUMMARY

Objective: To describe the epidemiological aspects of the pediatric visceral surgical emergencies (PVSE) in the Hubert Koutou Maga National Teaching Hospital (HKM NTH) of Cotonou.

Methods: It was a retrospective survey, concerning patients aged from 0 to 15 years, treated in the pediatric surgery department of HKM NTH in Cotonou from January 1st, 2008 to December 31st, 2010, for PVSE.

Results: Over the 1754 patients hospitalized, 317 (18.7%) presented 321 visceral pathologies requiring an urgent surgical operation. The yearly middle incidence was 106 cases. There was masculine predominance (65.93%), with sex-ratio equals to 1.9. Children aged less than 5 years were the most concerned (52.37%), followed by those of 10 to 15 years (25.55%). The PVSE were dominated by the infectious digestive pathologies (151 cases), of which 79 cases of peritonitis and 72 cases of appendicitis. Came then the congenital affections and their complications (95 cases), dominated by the incarcerated inguinal hernia (35 cases) and anorectal malformations without fistula (21 cases). Neonatal surgery represented 19.56% of the activities. The middle length of hospitalization was 11 +/- 2 days (extremes: 1 day and 71 days). Of the 38 (12%) deaths recorded, 23 occurred before surgery, and 15 after surgery. Esophagus atresia, biliary atresia and the broken omphalocele were killers in 100% of the cases, followed by polymalformations (75%), gastroschisis (67%) and anorectal malformations without fistula (52.4%).

Conclusion: The efficient management of the PVSE requires a precocious diagnosis, an adapted technical tray and health insurance promotion.

Keywords: Pediatric visceral surgical emergency, epidemiology.

Tirés à part:

FIOGBE Michel Armand,

E-mail: michfiofbe@yahoo.fr,

Tel : 00 229 90 90 15 19

INTRODUCTION

Les appendicites aiguës (30,3 %) et les péritonites (28,1 %) sont les étiologies les plus fréquentes d'intervention chirurgicale viscérale en urgence [1].

Les urgences chirurgicales viscérales (UCV) ont pour caractéristique d'engager rapidement le pronostic vital. Or, le retard à la consultation dans un centre spécialisé, légion sous en Afrique sub-saharienne constitue un facteur favorisant la dégradation de l'état général qui grève le pronostic vital [2].

Au Bénin, les UCV, en pratique quotidienne, occupent une place importante dans les activités de la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique du CNHU-HKM. Les problèmes posés par leur prise en charge demeurent importants et constituent un souci permanent pour le personnel qui reste confronté à l'insuffisance du plateau technique et l'absence d'une sécurité sociale.

Les objectifs de cette étude étaient de décrire les aspects épidémiologiques, des urgences chirurgicales viscérales de l'enfant.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à la Clinique Universitaire de Chirurgie Pédiatrique du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutou Maga (CNHU HKM) de Cotonou, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010.

Par UCV, nous avons désigné les affections relevant de la chirurgie digestive ou de la chirurgie pariétale abdominale ayant nécessité une prise en charge chirurgicale urgente.

L'échantillonnage concernait les malades hospitalisés en urgence, âgés de 0 à 15 ans et dont le diagnostic de sortie était une UCV.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les pathologies en cause, la durée du séjour et le mode de sortie.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Pendant la période d'étude (1er janvier 2008 au 31 décembre 2010) sur 1754 malades hospitalisés dans le service, 317 ont été admis pour des UCV, ce qui donnait une fréquence hospitalière de 18,7 % et une incidence moyenne annuelle de 106 cas.

Il y avait une prédominance masculine : 209 garçons (65,93%) pour 108 filles (34,07%) avec une sex-ratio égale à 1,9.

La répartition des malades selon l'âge de survenue de la pathologie est présentée par la figure 1. L'âge moyen était de 6 ans +/- 1.

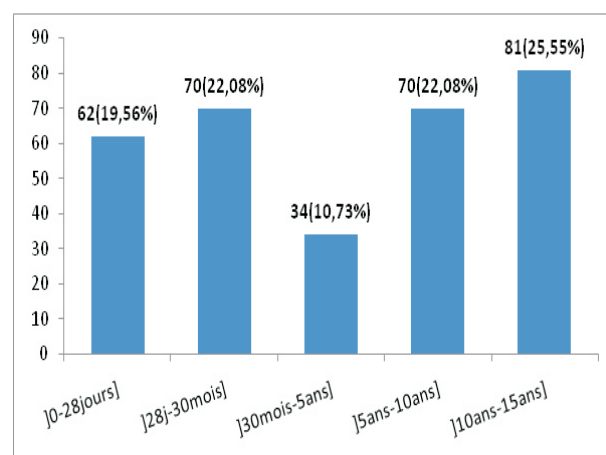


Figure 1 : Répartition des malades selon l'âge

Etiologies

Les 317 malades, ont présenté 321 affections réparties selon les différentes entités nosologiques dans la figure 2. Quatre malades avaient une polymalformation viscérale : il s'agissait de l'association atrésie de l'œsophage et Malformation Anorectales (MAR) (1cas), omphalocèle et MAR (3cas).

Il y avait 95 affections congénitales (29,59) et 226 acquises (70,41%).

Les UCV ont été réparties selon qu'elles étaient congénitales (tableau I), infectieuses (tableau II) ou traumatiques (tableau III). Les autres étiologies d'UCV ont été réparties dans le tableau IV.

Tableau I : Répartition des pathologies digestives et pariétales congénitales

	Nombre	%
Digestives	41	43,2
Malformations ano rectales sans fistule	21	22,1
Occlusion néonatale	15	15,8
Atrésie œsophage	3+	3,2
Atrésie Voie biliaire principale	2	2,1
Pariétale abdominale	54	56,8
Hernie ombilicale étranglée	10	10,5
Omphalocèle rompue	5	5,3
Laparoschisis	3	3,2
Hernie diaphragmatique	1	1
Hernies inguinales étranglées	35	36,8
Total	95	100

Tableau II : Répartition des pathologies digestives infectieuses

	Nombre	%
Appendicite	72	47,7
Péritonite par perforation iléale non traumatique	46	30,5
Péritonite appendiculaire	23	15,2
Péritonite par perforation de la vésicule biliaire	3	2
Péritonite primitive	3	2
Péritonite par perforation gastrique non traumatique	2	1,3
Péritonite par perforation duodénale	1	0,65
Péritonite par perforation colique	1	0,65
Total	151	100

Tableau III : Répartition des pathologies viscérales traumatiques

	Nombre	%
Plaies pénétrantes de l'abdomen	16	51,6
Rupture de Rate	10	32,3
Contusion du foie	4	12,9
Rupture du diaphragme	1	3,2
Total	31	100

Tableau IV : Répartition des autres pathologies digestives

	Nombre	%
Invagination intestinale aiguë	18	40,9
Occlusions intestinales sur brides	14	31,8
Nécrose ischémique de la rate	4	9,1
Sténose hypertrophique du pylore	8	18,2
Total	44	100

Mode de sortie

Sur 317 malades, 294 ont été opérés et 279 étaient sortis vivants.

Il y a eu au total 49 malades décédés dans le service pendant la période d'étude, soit un taux de mortalité de (49/1754) 2,8 %. Sur les 317 malades admis pour UCV, il y a eu 38 décès soit une mortalité des UCV de (38/317) 12 %. Les urgences chirurgicales viscérales ont représenté 77,6 % (38/49) de la mortalité dans le service.

La mortalité a concerné 23 garçons sur 209 (11 %) et 15 filles sur 108 (13,9 %). Selon la tranche d'âge on a dénombré 27 nouveau-nés (71,05%), 8 nourrissons (21,05%) et 3 enfants (7,9 %). Les affections congénitales sont responsables de la mortalité dans (33/38) 86,8 %.

Selon le moment du décès on a dénombré 23 en

préopératoire et 15 en post-opératoire.

Durée du séjour

La durée moyenne de séjour était de 11 +/- 2 jours avec des extrêmes de 1 jour et 71 jours.

Létalité

Le tableau V montre les affections les plus létales des urgences chirurgicales viscérales.

Tableau V: Létalité des urgences chirurgicales viscérales

	Décès/Admission	%
Atrésie de l'œsophage	3/3 cas	100
Poly malformations	3/4 cas	75
Laparoschisis	2/3 cas	67
Atrésie des voies biliaires	2/2 cas	100
Omphalocèles rompues	5/5 cas	100
Malformations anorectales	11/24 cas	52,4
Occlusion Néonatale	7/15 cas	46,7
Sténose hypertrophique du pylore	1/8 cas	12,5
Invagination intestinale aiguë	1/8 cas	5,6
péritonites	3/79 cas	3,8
Total	38 / 158	24,05

DISCUSSION**Aspects épidémiologiques**

La fréquence des UCV de 18,7% à Cotonou, était à 14,1% à Brazzaville selon Mabiala-Babela et al [1]. La prédominance masculine (67 %) relevée par Mabiala-Babela et al [1] a été constatée aussi dans notre étude (65,93%).

Etiologies

Les affections les plus souvent responsables des UCV, étaient respectivement les péritonites (24,92%), les appendicites aiguës (22,71%) et les hernies inguinales étranglées (11,04 %). Dans une étude antérieure du service, Koura et al [3] ont constaté que les affections fréquemment en cause étaient respectivement les appendicites, les péritonites et les contusions de l'abdomen. Mabiala-Babela et al [1] dans leur série, ont trouvé respectivement 30,3% pour les appendicites, 28,1 % pour les péritonites et 22,2% de hernies étranglées. Les péritonites par perforation non traumatique du grêle étaient au premier rang de l'ensemble des péritonites. Plusieurs auteurs africains ont souligné la fréquence élevée de ces perforations non traumatiques du grêle qui sont essentiellement d'origine typhique [2, 4, 5]. Par contre, les publications des pays industrialisés ne font plus mention des perforations iléales d'origine typhique. Ainsi, Grosfeld et al [6] n'en ont recensées aucun cas dans leur étude.

Mode de sortie

La mortalité égale à 12 % dans notre série, n'était qu'à 4,3 % dans l'étude de Mabiala-Babela [1]. Ceci s'explique par le jeune âge de notre recrutement, les enfants de plus de 5 ans étaient concernés dans 47,4 % des cas dans notre série contre 71,3 % dans l'étude de Mabiala-Babela [1]. Or dans notre étude, les

patients décédés étaient dans 71,05 % des cas des nouveau-nés comme l'ont rapporté Dieth et al [7] au CHU de Yopougon (55,1%).

La létalité

Les urgences chirurgicales néonatales ont été les plus létales (71,05%) ; ceci était le fait des malformations congénitales avec à leur tête les atrésies de l'œsophage, les atrésies des voies biliaires et les omphalocèles rompues. Ce constat est identique à celui de Gbénou et al [8] mais aussi de Dieth et al [7] et de Ameh et al [10].

Cette mortalité élevée dans la prise en charge des urgences chirurgicales néonatales est due à des facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques sont ceux liés à la sévérité de la malformation. Les facteurs extrinsèques peuvent être regroupés en trois catégories qui sont : le manque de performance de l'équipe chirurgicale (absence de compétence en anesthésie-réanimation pédiatrique, attente prolongée avant les premiers soins (due au retard à honorer le bilan pré opératoire et l'achat des produits médicamenteux par les parents du malade), l'insuffisance voire absence d'infrastructure et d'équipement adéquats (absence de transport médicalisé, absence d'unité de soins intensifs néonataux) [9, 10, 11] et la difficulté d'accessibilité financière aux soins par la quasi inexistence d'assurance maladie.

La maîtrise des facteurs extrinsèques demeure déterminante dans la diminution du taux de létalité des différentes affections dans les pays en voie de développement [12, 13]. Sawicka et al [14] à Varsovie

ont montré qu'un diagnostic précoce, une meilleure condition de transport de l'enfant, l'amélioration des soins intensifs néonataux et l'intervention chirurgicale réalisée dans les 48 heures de vie ont fait chuter le taux de mortalité de 36 à 13 % sur une période de 10 ans.

Selon Hendren [15], l'anesthésie et les soins intensifs pédiatriques constituent les avancées capitales qui permettent au chirurgien de réaliser les interventions les plus complexes de nos jours.

En Afrique occidentale, au Bénin en particulier et dans les pays au plateau technique faible, le matériel anesthésique ou chirurgical est celui de l'adulte adapté à l'enfant. Les enfants pour la plupart du temps ont été anesthésiés par les infirmiers, rarement par des médecins qui ne sont en général pas des anesthésistes pédiatres comme l'ont rapporté Dieth et al [7] à Abidjan.

CONCLUSION

Les UCV ont représenté 18,7% de motifs d'hospitalisation. Leur prédominance est masculine, 65,93 % avec 19,56% de nouveau-nés qui sont concernés par 71,05% des décès. Les affections congénitales représentaient 29,59% contre 70,41% pour les affections acquises. Les affections les plus létales étaient congénitales (86,8%).

La réduction de la mortalité passe par, la formation de personnel qualifié, l'acquisition de plateau technique adapté à l'âge et la promotion d'assurance maladie.

REFERENCES

1-Mabiala-Babela JR, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, Senga P. Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Congo). *Med Trop* 2006 ; 66(2) :172-6.

2- Dieth AG, Da Silva-Anoma S, Aguéhouné C, Moh EN, Odehouri T, Kouame DB, Ouattara O, Dick KR, Roux C. Les péritonites par perforation typhique au service de chirurgie pédiatrique du C.H.U. de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Rev Int Sci Med* 1999 ; 1(1) :78-82.

3-Koura A, Hounnou GM, Agossou-Voyeme AK, Goudote E. Etude étiologique et statistique de l'abdomen aigu chirurgical de l'enfant au CNHU de Cotonou. (A propos de 1300 cas). *Le Bénin Médical* 1999 ; 11 : 29-37.

4- Ihekweba FN, Shttu AB. Perforated typhoid enteritis. The problem of intestinal fistula. *Trop Geog Med* 1991 ; 43 (4), 370-4.

5- Versier G, Bechonnet G, Vergos M. Les perforations infectieuses de l'iléon terminal. A propos de 42 cas traités en République Islamique de Mauritanie. *Med Trop* 1990 ; 50(4) : 407-12.

6- Grosfeld JL, Molinari F, Cheat M, Engum SA, West KW, Rescorla FJ et al. Gastrointestinal perforation and peritonitis in infants and children: experience with 179 cases over ten years. *Surgery* 1996 ; 120(4) :650-6.

7- Dieth AG, Fiogbé M, Moh-Ello N, Yao-Kreh JB, Tembely S, Dick KR, Anoma-DA-Silva S. La mortalité périopératoire en chirurgie viscérale chez l'enfant au CHU de Yopougon (Côte D'Ivoire). *Afrique Biomédicale* 2008; 13(2): 28-33.

8- Gbenou As, Zoumenou E, Koura A, Fiogbe M, Hounnou G M, Agossou-Voyeme A K ; Tchobli M. Urgences chirurgicales néonatales digestives d'origine malformative à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. *JAFCP* 2008 ; 00(0):21-7.

9- Aguemon AR, Atchadé D. Tchaou BA, Goudoté E. Prise en charge des malformations chirurgicales digestives de l'enfant dans le service polyvalent d'anesthésie réanimation. *Med Afrique Noire* 1996; 43 (3): 160-3.

10-Ameh EA, Dogo PM, Nmadu PT. Emergency neonatal surgery in a developing country *Ped Surg Int* 2001; 17: 448-51.

11-Oludayo A.S, Olakayode OO, Olusanya A. Pattern and factors affecting management outcome of neonatal emergency surgery in Ile-Ife, Nigeria. *Surgical Practice* 2007; 11: 71-5.

12- Ameh EA, Ameh N. Providing safe surgery for neonates in sub-Saharan Africa. *Trop Doct* 2003; 33(3):145-7.

13- Hodges SC, Walker IA, Bösenberg. AT. Paediatric anaesthesia in developing countries. *Anaesthesia* 2007; 62(1): 26-31.

14-Sawicka E, Michalak J, Ploska-Urbanek B. Advances in the treatment of newborns with congenital malformations. *Med Wieku Rozwoj* 2003; 7(1): 5-19.

15- Hendren WH. Pediatric Surgery: Then and Now. *Arch Surgery* 1994; 129(4):345-52.