

ARTICLE ORIGINAL

URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES AU CENTRE HOSPITALIER ET
UNIVERSITAIRE DE YOPOUGONSURGICAL URGENCIES NEONATAL AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER
OF YOPOUGON

MIERET JEAN CLAUDE, KOUAMÉ YAPO GUY SERGE, ANTSIEMI YVES, YAOKREH JEAN BAPTISTE, TEMBELY SAMBA, DIETH ATAFI GAUDENS, ODEHOURI-KOUDOU THIERRY HERVÉ, KOUAMÉ DIBI BERTIN, OUATTARA OSSENOU, DICK RUFFIN, DA SYLVA ANOMA.

Service de Chirurgie Pédiatrique du CHU de Yopougon. 21 BP 632 Abidjan 21

Correspondance : Jean-Claude MIERET

21 BP 632 Abidjan 21 Email: jmieret@yahoo.fr

Téléphone: (00225) 09198583 / 05902331

RESUME

Introduction : Les urgences chirurgicales néonatales dans les pays en voie de développement sont caractérisées par une mortalité élevée. Le but de cette étude était de recenser les urgences chirurgicales néonatales et d'analyser leur pronostic dans notre environnement. **Patients et méthode** : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur 96 dossiers de nouveau-nés hospitalisés sur une période de janvier 2008 à décembre 2012 pour une urgence chirurgicale opérée ou non. Nous avons étudié les aspects étiologiques, thérapeutiques et évolutifs. **Résultats** : La fréquence des urgences chirurgicales néonatales était de 19,8%. Le délai moyen de consultation était de 6 jours (extrêmes: 1 et 14 jours). Les pathologies du tube digestif représentaient 58,3% (n=56) suivies des pathologies de la paroi abdominale antérieure dans 41,7% (n=40). Le délai thérapeutique moyen était 6 jours. Vingt-six (27,1%) nouveau-nés ont été opérés. Le taux de mortalité néonatale était de 58,2% (n=53). La mortalité préopératoire était de 49,4% (n=45) avec un délai moyen de 5 jours. La mortalité post opératoire était de 8,79% (n=8) avec un délai moyen de survenue de 5,2 jours. Les pathologies de la paroi abdominale étaient responsables de 54,7% (n=29) des décès. **Conclusion** : Les urgences chirurgicales du nouveau-né sont caractérisées par un retard de prise en charge avec une mortalité élevée. L'amélioration de leur pronostic passe par un diagnostic précoce (diagnostic anténatal) et une prise en charge adéquate.

Mots clés: mortalité ; nouveau-nés ; urgence chirurgicale

SUMMARY

Introduction: Neonatal surgical diseases in developing countries are characterized by high rate of mortality. The aim of this study was to identify etiological aspects of the neonatal surgical diseases and analyze their prognosis. **Patients and method:** Medical records of 96 neonates aged 0 to 28 days who were hospitalized between January 2008 to December 2012 were studied retrospectively. Etiological aspects, therapeutic and outcome were recorded. **Results:** Neonatal surgical disease frequency was 19.8%. The average time of admission was 6 days (range 1 to 14 days). Pathology of the gastrointestinal represented 58.3% (n = 56) followed by pathologies of the anterior abdominal wall in 41.7% (n = 40). The average treatment time was 6 days. Twenty six (27.1%) newborns were treated surgically. The neonatal mortality rate was 58.2% (n = 53). The pre-operative mortality was 49.4% (n = 45) with a median time to onset of 5 days. Post-operative mortality was 8.79% (n = 8) with a median time to onset of 5.2 days. Pathologies of the anterior abdominal were responsible for 54.7% (n=29) of deaths. **Conclusion:** Neonatal surgical are characterized by delay in management with a high mortality. Early diagnosis and adequate resuscitation can improve the prognosis.

Keywords: mortality ; newborn ; surgical urgencies

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales néonatales (UCN) sont les malformations congénitales ou acquises nécessitant une intervention chirurgicale dans un délai plus ou moins court [1]. Ces urgences sont caractérisées par une mortalité encore élevée de nos jours pour une pathologie souvent curable [2]. Si dans les pays développés, le dépistage anténatal et la prise en charge précoce ont permis de réduire le taux de mortalité de ces UCN de 50% à moins de 10% [1]. Dans les pays en voie de développement (PVD), la prise en charge se heurte à de nombreuses difficultés [3] liées au retard diagnostique et à l'insuffisance du plateau technique. Le but de cette étude était de recenser les UCN et d'analyser leur pronostic dans notre environnement.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur une période de janvier 2008 à décembre 2012 soit en 5 ans. Tous les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours hospitalisés pour une urgence chirurgicale engageant ou non le pronostic vital ont été inclus. Pour chaque patient, les paramètres étudiés étaient: l'âge à l'admission, le lieu d'accouchement, les moyens d'évacuation, le délai de consultation, le poids à l'admission, le délai diagnostique, les différentes pathologies, le délai thérapeutique (défini comme étant le délai entre l'indication et l'acte chirurgical) et la mortalité.

RESULTATS

Sur les 950 hospitalisations durant la période d'étude, 96 cas d'UCN ont été retenus sur un total de 189 nouveaux nés soit une fréquence de 19,8%. Il s'agissait de 43 garçons et 53 filles (sex-ratio: 0,8). L'âge moyen à l'admission était de 7,53 jours (extrêmes: 1 et 28 jours). Quarante-cinq cas (47%) étaient nés dans une structure primaire, 19 cas (20%) dans une structure secondaire, 12 cas (12%) dans une structure tertiaire et 20 cas (21%) n'ont pas été précisés.

Le poids moyen à l'admission était de 2181g (extrêmes: 1200 et 5100 g). Le délai moyen de consultation était de 6 jours (extrêmes: 24 heures et 14 jours). Le diagnostic des différentes pathologies a été posé soit à partir de la structure référente, soit dans notre service avec un délai diagnostique moyen de 3 jours (extrêmes: 24 heures et 7 jours). Aucun diagnostic anténatal n'a été fait. Les pathologies du tube digestif représentaient 58,3% (n=56) suivies des pathologies de la paroi abdominale antérieure dans 41,7% (n=40). Ces différentes UCN étaient résu-

mées dans le tableau I. La prise en charge chirurgicale a concerné 26 nouveau-nés (27,1%). Le délai thérapeutique moyen était de 6 jours (extrêmes de 2 et 17 jours).

La mortalité globale dans notre série était de 53 cas (58,2%). La mortalité préopératoire était de 45 cas (49,4%). Ces décès avaient un délai moyen de 5 jours (extrêmes: 1 jour et 13 jours). La mortalité post opératoire était de 8 cas (8,79%) avec un délai moyen de survenue de 5,2 jours (extrêmes: 1 jour et 13 jours). Les pathologies de la paroi abdominales antérieures étaient responsables de 29 cas (54,7%) de décès. Ces décès étaient survenus dans un tableau d'anémie sévère, de déshydratation et dénutrition, d'infection, d'hypoglycémie, de choc septique. La distribution de la mortalité selon les pathologies est résumée dans le tableau II.

DISCUSSION

La prise en charge des nouveau-nés présentant une urgence chirurgicale reste problématique dans les PVD où les moyens diagnostiques et thérapeutiques sont considérablement limités [4,5]. Ces difficultés sont à la base d'une mortalité néonatale préoccupante. Plusieurs études Africaines [6] en Guinée, [4] au Nigeria, [7] à Madagascar ont trouvé respectivement 29,28%, 30% et 40% des cas de décès. Les causes de cette lourde mortalité sont communes dans les PVD. Il s'agit du retard de consultation, du retard thérapeutique, de l'insuffisance du plateau technique, de l'absence de nutrition parentérale et d'unité de réanimation pédiatrique. Notre taux, semblable à celui de Dieth et al [8] pourrait trouver une explication dans la crise civilo-militaire. Si le diagnostic de certaines UCN nécessite un examen rigoureux d'autres comme la malformation ano-rectale, l'omphalocèle et le laparoschisis visibles en salle d'accouchement ne devraient pas bénéficier d'un retard de prise en charge. Dans notre série, l'âge moyen qui se révélait tardif à l'admission, est semblable à celui retrouvé par Gbenou et al [9] au Benin. Dans les PVD, les UCN sont caractérisées par un retard diagnostique qui pourrait s'expliquer par l'absence de diagnostic anténatal, la méconnaissance de ces pathologies dans les structures primaires et secondaires, l'automédication et les facteurs culturels (croyances et coutumes). Cela conduit à la dégradation de l'état général qui grève le pronostic vital. A l'inverse, dans les pays développés, le diagnostic anténatal permet un accouchement dans les structures adaptées et une prise en charge précoce [1]. Dans notre série, les pathologies de la paroi abdominale antérieure étaient responsables de plus de la moitié des décès (54,7%). La rupture de l'omphalo-

çèle, et le laparschisis, facteurs de mauvais pronostic rapporté par plusieurs auteurs études [4, 8, 10], entraînent une exposition des anses au milieu extérieur favorisant l'infection et l'hypothermie. Les pathologies digestives étaient responsables de 45,3% des décès et elles occupaient la deuxième position après les affections de la paroi abdominale antérieure. Les atrésies de l'œsophage constituent une cause fréquente de décès en période néonatale. Elles représentent 100% de décès comme le montre la série de Dieth [8]. C'est une affection qui nécessite une bonne réanimation pré et post opératoire. En effet, les nouveau-nés présentant une malformation ano-rectale ou une maladie de Hirschsprung étaient admis dans un tableau d'occlusion comme le soulignent Ndour et al [10] et Keita et al [6].

La prise en charge chirurgicale des UCN doit s'accompagner d'une réanimation néonatale qui reste difficile dans les hôpitaux des PVD. Le retard à la chirurgie était rapporté par Takongmo et al [2] à Yaoundé qui ont observé 9 nouveaux nés opérés à 8

jours de vie sur une série de 13 patients. Le long délai thérapeutique pourrait s'expliquer dans notre contexte par le manque récurrent de produits sanguins, les difficultés d'achat des kits chirurgicaux en raison des contraintes financières des parents et les dysfonctionnements itératifs du bloc opératoire.

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales néonatales sont relativement fréquentes dans notre contexte. Elles sont caractérisées par un retard diagnostique et de prise en charge. Elles sont grevées d'une mortalité élevée dans les pays en voie de développement. L'amélioration du pronostic des urgences chirurgicales du nouveau-né passe par un diagnostic anténatal et une prise en charge précoces ; le plateau technique adéquat et la création d'unité de soins intensifs néonataux permettraient de réduire ce taux de mortalité.

REFERENCES

1. Banguy F, Baeudoin S. Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson. *Encycl Med Chir Ped* 4-002-S-75;1999:10P
2. Takongmo S, Binam F, Monebenimp F, Simeu CH, Malonga EE. Les occlusions néonatales dans le service de chirurgie générale à Yaoundé (Cameroun). *Med Afrique Noire* 2000;47(3):153-6
3. Keita M, Magassouba DF. Les urgences chirurgicales néonatales dans le service chirurgie pédiatrique à propos de 96 observations. *Guinée Médical Conakry* n°34, 2001
4. Amed EA, Dogo PM, Nmadu PT. Emergency neonatal surgery in a developing. *Country Pediatr surg Int* 2001;17:448-451
5. Ekenze SO, Ikechuk WURN, Oparaocha DC Surgically correctable congenital anomalies: prospective analysis of management problems and outcome in a developing country. *Journal of tropical pediatrics* 2006;52(2):126-31
6. Keita M, Diallo MSA, Keita AK, Diallo AF, Balde I Urgences chirurgicales néonatales dans le service de chirurgie pédiatrique CHU Donka. *Mali médical* 2006;4:16-20
7. Ralahy MF, Rakotoarivoni ST, Rakotovao MA, Hunaald FA, Rabenasolo M, Andriamanarivo ML. La mortalité néonatale au service des urgences du CHUA-JA Antananarivo-Madagascar. *Revue d'Anesth Réa et de Med d'Urgence* 2010;2(1):15-17
8. Dieth AG, Fiogbe M, Moh EN, Yaokreh JB, Tembely S, Dick R et al. La mortalité péri-opératoire en chirurgie viscérale chez l'enfant au CHU de Yopougon. *Afrique Biomédicale* 2008;13(2):28-33
9. Gbenou AS, Zoumenou E, Koura A, Fiogbe M, Hounnou GM, Agossou-Voyenne AK et al. Urgences chirurgicales néonatales digestives d'origine malformatives à l'hôpital Mère-enfant Lamel (Homel) à Cotonou. *J Afr Fr Chir Ped* 2008;0 (0):21-27
10. Ndour O, Faye FA, Alumeti D, Gueye K, Amadou I, Fall M et al. Facteurs de mortalité néonatale dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Aristide Le dantec de Dakar. *Mali Médical* 2009;23(1):33-38.

Tableau I : Répartition des différentes pathologies

Pathologies	Effectif	Pourcentage (%)
Pathologies du tube digestif	56	58,3
Atrésie de l'œsophage	2	2,1
Sténose du pylore	2	2,1
Maladie de Hirschsprung	26	27,1
Péritonite néonatale	3	3,1
Atrésie du grêle	3	3,1
Malformation ano rectale	9	9,3
Occlusion néonatale	8	8,3
Hernie étranglée	3	3,1
Pathologies de la paroi abdominale	40	41,7
Omphalocèle rompue	4	4,2
Omphalocèle non rompue	32	33,3
Laparoschisis	4	4,2
Total	96	100

Tableau II : Répartition de la mortalité selon la pathologie

Diagnostic	Effectif	Mortalité		Pourcentage (%)	
		Pré op	Post op	Total	
Omphalocèle non rompue	32	21	0	21	65,6
Omphalocèle rompue	4	0	4	4	100
Maladie de Hirschsprung	26	11	0	11	42,3
Malformation ano-rectale	9	4	0	4	44,4
Occlusion néonatale	8	3	1	4	50
Péritonite néonatale	3	1	1	2	66,7
Laparoschisis	4	3	1	4	100
Atrésie de l'œsophage	2	1	1	2	100
Atrésie iléale	3	1	0	1	3,3
Total	91	45	8	53	58,2