

## LES URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU DE COCODY/ SURGICAL EMERGENCIES AT PAEDIATRIC UNIT OF CHU COCODY

MIDÉKOR-GONÉBO KOKOÉ A<sup>1</sup>, KOUASSI DASL<sup>1</sup>, AKÉ YL<sup>2</sup>, KOUAO J-P<sup>3</sup>, BONNY R<sup>4</sup>, MOH EN<sup>5</sup>.

1- Assistant chef de clinique ; 2- Maître assistant ; 3- Interne des hôpitaux ; 4- Ancien interne des hôpitaux  
5- Maître de Conférences agrégé,

Service de chirurgie pédiatrique du CHU de Cocody, Abidjan.

**Correspondant :** Midékor-Gonébo Kokoé A.  
22 BP 1178 Abidjan 22  
E-mail : kokoemidekor@hotmail.com

---

### RÉSUMÉ

**Contexte.** Le nouveau né présentant une affection chirurgicale est exposé au risque de morbidité et de mortalité commune à tout nouveau né. La sévérité de l'affection chirurgicale et le traitement chirurgical sont des risques supplémentaires. Notre objectif était de rapporter la morbidité et la mortalité des affections chirurgicales du nouveau né dans le service.

**Méthode.** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur 109 nouveaux nés admis d'octobre 2009 à octobre 2015. Les variables étudiées étaient : les antécédents néonataux, le délai d'admission, la nature de l'affection, les modalités thérapeutiques, l'évolution ainsi que les facteurs pronostiques.

**Résultats.** Les nouveaux nés représentaient 5,45% des patients du service. Le sexe ratio était de 1,4. Les nouveaux nés étaient admis dans 65,14% des cas dans les 3 premiers jours de vie. Les grossesses étaient mal suivies avec un bilan prénatal incomplet ou non réalisé chez 65% des mères. Deux patients étaient porteurs d'un diagnostic anténatal. Le délai moyen de consultation est de 4 jours avec des extrêmes de 1 et 19 jours. Nous avons noté 61 affections digestives, 22 affections des membres, 12 affections neurologiques, 8 affections urogénitales. Le traitement a été chirurgical chez 49 patients. Les suites opératoires ont été compliquées chez 33% des patients. Le taux de décès est de 17,43 % est dû essentiellement aux malformations digestives. Le décès est survenu dans 68% des cas en post opératoire.

**Conclusion.** Les malformations en générale et celles digestives sont les plus pourvoyeuses de décès. La survie du nouveau né présentant une affection chirurgicale passe par la mise en place d'unité de réanimation néonatale et la promotion du diagnostic anténatal.

**Mots clés :** Chirurgie néonatale, Mortalité, Pronostic.

### ABSTRACT

**Background.** The new infants with surgical disease is at common risks of morbidity and mortality but more risks related to its condition and treatment. Our objective was to report the morbidity and mortality of surgical diseases of the newborn during the last 6 years.

**Method.** This was a retrospective descriptive study of 109 newborns admitted from October 2009 to October 2015. The variables studied were: neonatal history, the admission period, the nature of the condition, treatment, evolution and prognostic factors.

**Results.** Newborns represent 5.45% of patients in the service. The sex ratio was 1.4. Newborns were admitted in 65.14% of cases within 3 days of life. The pregnancy was poorly followed with incomplete prenatal check or not performed in 65% of mothers. Two patients had prenatal diagnosis. Patients were hypotrophic in 20.19% of cases. The average period for consultation is 4 days with extremes of 1 and 19 days. We noted 61 digestive diseases, 22 affections of the limbs, 12 neurological disorders, urogenital disorders 8. The treatment was surgical in 49 patients. The postoperative course was complicated in 33% of patients. The death rate is 17.43% due to digestive malformations. The death occurred in 68% of cases after surgery.

**Conclusion.** Malformations in general and digestive those are the purveyors of death. The survival of the newborn with a surgical disease through the development of neonatal intensive care unit and the promoting of prenatal diagnosis.

**Keywords:** Infant mortality, General surgery, Prognosis

## INTRODUCTION

Les causes majeures de décès néonatal sont l'asphyxie périnatale, la prématurité et l'infection sévère<sup>1</sup>. Le nouveau né présentant une affection chirurgicale est exposé au même risque de morbidité et de mortalité que tout autre nouveau né. La nature de l'affection et les risques liés au traitement sont des facteurs de risque supplémentaires. Réduire la morbidité et la mortalité du nouveau né dans un contexte d'urgence chirurgicale passe par l'identification des difficultés de prise en charge. Les objectifs de cette étude étaient : de décrire les aspects cliniques, le protocole thérapeutique, l'évolution et les facteurs pronostiques.

## PATIENTS ET MÉTHODE

### Patients

Ont été inclus dans l'étude tous les patients ayant un dossier médical complet.

### Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 6 ans (octobre 2009 à octobre 2015) menée dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU de Cocody. Les variables étudiées étaient : les antécédents néonataux, le délai d'admission, la nature de l'affection, les modalités thérapeutiques, l'évolution ainsi que les facteurs pronostiques.

Les données ont été analysées par stata 10.0 et le test de  $\chi^2$  de Pearson au seuil de 5% a été utilisé pour l'analyse statistique.

## RÉSULTATS

Cent neuf dossiers ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 8 jours, avec des extrêmes allant de 2 heures de vie à 28 jours. Le sexe ratio 1,4 et 7 patients étaient nés prématurés.

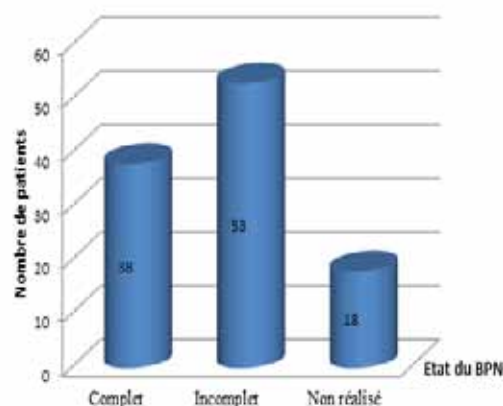


Fig. 1 : Réalisation du bilan prénatal

Le bilan prénatal était incomplet ou non réalisé dans 65% des cas. Pour deux (2) patients un diagnostic anténatal a été fait, un cas d'urétéro-hydronephrose et un cas d'hydrocéphalie.

L'accouchement par césarienne a été pratiqué chez 18% des patients. La proportion de patients hypotrophes était de 20,18 %. Le délai moyen d'admission est de 4 jours.

Tableau I : Distribution selon le délai d'admission

Délai d'admission	n	%
1- 3j	71	65,14
4-7j	26	23,85
8-14j	8	7,3
> 14 j	4	3,6
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Le retard à la consultation était du fait d'un traitement non adapté dans 19% des cas, du traitement traditionnel dans 12% des cas, de l'erreur diagnostique chez 10% des patients et des problèmes financiers chez 5% des parents.

Les pathologies congénitales dominaient la série avec 56,8% et l'appareil le plus concerné était l'appareil digestif.

Tableau II : Distribution selon la nature de l'affection

Appareil concerné	Affection congénitale	Affection acquise
		Ostéo-artrite n=7
Appareil locomoteur N=22		Fracture obstétricale du fémur n=4
		Ostéomyélite n=1
		Myosite n= 10
	Atrésie intestinale n=6	Bouchon méconial n=3
	Atrésie de l'œsophage n=1	Entérocolite n=7
Appareil digestif N=61	Syndrome de prune belly n=1	Occlusion fonctionnelle n=2
	Extrophie du cloaque n=1	Perforation iléale n=1
	Laparoschisis n=8	Sténose hypertrophique du pylore n=1
	Malposition cardiotubérositaire n=1	Tumeur du plancher buccal n=1
	Omphalocèle n=9	
	MAR n=19	
	Hydrocéphalie n=1	
Appareil neuro-méningé N=12		Myéломéningocèle n=11

Appareil urogénital N=8	Kyste dermoïde de l'ovaire n=1	Hématome vaginal n=1
	Désordre du développement sexuel n=1	Hémorragie post circoncision n=1
	Hypospadias n=1	Torsion du cordon spermatique n=1
	Valve de l'urètre postérieur n=1	Hernie inguino-scrotale n=1
Appareil cutanéomuqueux N= 6	H é m a n g i o m e congénital 1	Fascite nécrosante n=5
	<b>Total</b>	<b>62</b>

Les suites opératoires se sont compliquées chez 33% des patients.

Dix neuf patients sont décédés soit un taux de mortalité de 17,43%. Soixante huit pour cent des décès sont survenus en post opératoire.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours avec des extrêmes allant de 1 et 37 jours.

**Tableau III :** Distribution selon la nature de l'affection et l'évolution

Appareil concerné	Exéat	SCAM	Décès
Digestif	39	2	19
Locomoteur	19	3	0
Neuro-méningé	10	0	0
Urogénital	6	1	0
Cutanéo-muqueux	6	0	0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>6</b>	<b>19</b>

Appareil concerné	Evasion	Transfert	Total
Digestif	1	0	61
Locomoteur	0	0	22
Neuro-méningé	0	2	12
Urogénital	1	0	8
Cutanéo-muqueux	0	0	6
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>109</b>

p=0,0002 la nature de l'affection influencerait l'évolution

**Tableau IV :** Distribution selon les variables analysées

Variable analysée	p-value
Délai d'admission	0,016
Réalisation du BPN	0,002
Poids de naissance	0,002
Terme	0,0024

Les facteurs comme le délai d'admission, la réalisation du BPN, le poids de naissance et le terme influencerait la survenue de complications.

## DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer les pathologies d'urgence néonatales dans le service et les difficultés de la prise en charge. Les limites de cette étude sont inhérentes à son caractère rétrospectif. Ainsi, des variables comme la qualification du chirurgien pédiatre, la qualification du médecin anesthésiste, les produits utilisés pour l'induction n'ont pas pu être étudiées.

Le manque d'homogénéité de la population d'étude ont pu être à l'origine de biais. Néanmoins les variables étudiées ont permis de mettre en évidence des facteurs de risque de la prise en charge du nouveau né dans notre contexte. Le délai d'admission dans notre étude est long, un délai moyen de 4 jours.

Ce retard à l'admission était dû à la méconnaissance des tableaux cliniques chirurgicaux par les praticiens dans les formations sanitaires périphériques. Or ces centres de niveau I sont des centres de premier contact pour la population, d'où la proportion élevée des erreurs diagnostiques et des traitements inadaptés (respectivement 10% et 19%) dans notre série.

Un accès aisé à un chirurgien pédiatre serait une solution pour un diagnostic rapide et correct. Dans une étude menée en 2012<sup>2</sup> on recensait seulement 38 chirurgiens pédiatres en fonction dans 11 pays d'Afrique noire francophone.

Les grossesses ne sont pas assurées convenablement chez 65,3% des patients. La non réalisation d'au moins 3 échographies obstétricales favorise l'absence de diagnostic anténatal même dans le cas des affections évidentes comme les coelosomes moyennes.

Ce constat est retrouvé au Nigéria avec 57,4% grossesse bien suivie et 8,8% de diagnostic anténatal<sup>3</sup>. Le traitement chirurgical institué était lié aux malformations digestives.

Ces affections digestives entraînaient une forte mortalité :

- dans 33 % des cas, ces décès étaient les conséquences des difficultés de réanimation néonatale et des limites de l'anesthésie des prématurés.
- à cause du déficit en personnel qualifié (anesthésistes pédiatres)<sup>4,5,6</sup>.

En occident la mortalité néonatale a significativement diminué grâce au progrès de la réanimation et de la nutrition parentérale<sup>7</sup>.

## CONCLUSION

La prise en charge du nouveau né demeure laborieuse. Les malformations en générale et celles digestives sont les plus pourvoyeuses de décès. La survie du nouveau né présentant une affection chirurgicale passe par la mise en place d'unité de réanimation néonatale et le diagnostic anténatal.

## RÉFÉRENCES

- 1- **Chelo D, Monebenimp F, Npanguepko FRT, Tietche F.** Mortalité néonatale précoce et ses déterminants dans une maternité de niveau I à Yaoundé, Cameroun. *Pan African Medical Journal* 2012;13:67
- 2- **Gnassingbé K, Tekou H, da Silva-Anoma S, Akakpo-Numado G K, Aguehoude C, Dick R, Bankole R et al .** The paediatric surgeon and his working conditions in Francophone sub-Saharan Africa. *Afr J Paediatr Surg* [serial online] 2011 [cited 2016 May 30];8:298-300. Available from: <http://www.afrijaedsurg.org/text.asp?2011/8/3/298/91677>
- 3- **Ugwu RO, Okoro PE.** Pattern, outcome and challenges of neonatal surgical cases in a tertiary teaching hospital. *Afr J Paediatr Surg* 2013;10:226-30
- 4- **Amponsah G.** Challenges of anaesthesia in the management of the surgical neonates in Africa. *Afr J Paediatr Surg* 2010;7:134-9
- 5- **Ouedraogo I, Kabore R, Napon Madinab A, Ouedraogo F, Ouangre E, Bandre E,** Epidémiologie des urgences chirurgicales néonatales à Ouagadougou *Archives de Pédiatrie* 2015;22:130-134
- 6- **Lohfa B. Chirdan.** Neonatal surgery in Africa *Seminars in Pediatric Surgery* (2012) 21, 151-159
- 7- **A Lapillonne, A Benachi, P de Lagausie , M Mokthari, L. Storme, M. Granier.** Actualités sur les pathologies chirurgicales thoraco- abdominales néonatales. Neonatal thoracic and abdominal wall surgery: an update. *Archives de Pédiatrie* 2013;20: S1-S4.