



Communication Brève

Épidémiologie Clinique des Urgences Chirurgicales Néonatales Viscérales et de la Paroi Abdominale à Maroua : À Propos de 163 Cas

Clinical Epidemiology of Neonatal Visceral and Abdominal Wall Surgical Emergencies at the Maroua Regional Hospital : A report of 163 Cases

Salihou Aminou Sadjo¹, Gacelle Fossi Kamga², Aristide Gilles Kuitchet Njeunji³, Palma Haoua Abouamé⁴, Souraya Haman⁴, Fadi Salihou¹, Faustin Félicien Mouafo Tambo².

RÉSUMÉ

1. Service de chirurgie pédiatrique, Hôpital Régional de Maroua (HRM).
 2. Service de chirurgie pédiatrique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).
 3. Service d'anesthésie réanimation, Hôpital Général de Garoua.
 4. Service de pédiatrie, Hôpital Régional de Maroua.

Auteur correspondant

Salihou AMINOU SADJO
 Chirurgien pédiatrique
 Hôpital Régional de Maroua,
 Extrême-Nord Cameroun.
 E.mail: sas.amine2@yahoo.fr
 Téléphone : (+237) 6 53 14 38 54.
 ORCID : 0000-0001-9357-4625

Mots-clés : Epidémiologie, Urgence Chirurgicale, Viscérale, Paroi Abdominale, Nouveau-Né, Maroua.

Keywords: Epidemiology, Surgical Emergency, Visceral, Abdominal Wall, Newborn, Maroua.

Introduction. Les urgences chirurgicales néonatales viscérales et de la paroi abdominale sont fréquentes en pratique chirurgicale pédiatrique courante et elles sont dominées par les malformations congénitales du tube digestif. Le but de notre étude était de décrire l'épidémiologie clinique des urgences chirurgicales néonatales viscérales et de la paroi abdominale dans le service de chirurgie pédiatrique de l'HRM. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude observationnelle, prospective et descriptive allant du 1er novembre 2021 au 31 octobre 2023, soit une durée de 2 ans. Ont été inclus, tous les dossiers de nouveau-né âgé de J0 à J21 admis à l'HRM, porteurs d'une pathologie chirurgicale viscérale ou de la paroi abdominale urgente (n=163). Les variables étudiées étaient : âge au moment de la présentation, sexe, poids de naissance, terme, modalité de transport, diagnostic anténatal, diagnostic étiologique. **Résultats.** Au total 163 dossiers ont été colligés soit une fréquence de 6,8 cas par mois. L'âge moyen au moment de la présentation était de 5,4 jours (extrême J0 et J21), le sexe masculin prédominait avec 52% des cas, et le poids de naissance moyen était de 2900g (1800g et 4200g). Le diagnostic étiologique était dominé par le laparoschisis et la maladie de Hirschsprung (18,4%). **Conclusion.** Le laparoschisis et la maladie de Hirschsprung dominent le diagnostic étiologique des urgences chirurgicales néonatales viscérales et de la paroi abdominale dans notre contexte. La connaissance de cette donnée est un préalable pour identifier les actions à mener à brève échéance.

ABSTRACT

Introduction. Neonatal visceral and abdominal wall surgical emergencies are common in routine pediatric surgical practice and are dominated by congenital malformations of the digestive tract. The aim of our study was to describe the clinical epidemiology of neonatal visceral and abdominal wall surgical emergencies in the pediatric surgery department of MRH. **Methods.** We conducted an observational, prospective and descriptive study from November 1, 2021 to October 31, 2023, i.e. a duration of 2 years. All files of newborns aged from D0 to D21 admitted to the MRH, with urgent visceral or abdominal wall surgical pathology (n=163) were included. The variables studied were: age at presentation, sex, birth weight, term, mode of transport, antenatal diagnosis, etiological diagnosis. **Results.** A total of 163 files were collected, representing a frequency of 6.8 cases per month. The average age at presentation was 5.4 days (extreme D0 and D21), the male gender predominated with 52% of cases, and the average birth weight was 2900g (1800g and 4200g). The etiological diagnosis was dominated by laparoschisis and Hirschsprung's disease (18.4%). **Conclusion.** Laparoschisis and Hirschsprung's disease dominate the etiological diagnosis of neonatal visceral and abdominal wall surgical emergencies in our context. Knowledge of this data is a prerequisite for identifying the actions to be taken in the short term.

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales néonatales, peuvent se définir comme un ensemble de pathologies survenant entre J0 et J21 de vie, nécessitant une prise en charge chirurgicale dans les premières heures de vie, en l'absence de laquelle, le pronostic vital ou fonctionnel du tube digestif est en jeu[1]. Si dans les pays développés, leur prise en charge a bénéficié largement des progrès du diagnostic anténatal,

de l'anesthésié-réanimation néonatale, de la nutrition parentérale, et d'un système de protection sociale, dans les pays en voie de développement, leur prise en charge se heurte à de nombreux écueils, au premier rang desquels la méconnaissance de leur épidémiologie aussi bien descriptive qu'analytique.

MESSAGE CLÉ

Le laparoschisis et la maladie de Hirschsprung sont les premières étiologies des urgences chirurgicales néonatales digestives et de la paroi abdominale à Maroua.

Il nous a semblé opportun comme base de réflexion de mener ce travail dont le but était de décrire l'épidémiologie clinique des urgences chirurgicales néonatales viscérales et de la paroi abdominale dans le service de chirurgie pédiatrique de l'HRM.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Notre étude a été observationnelle, prospective et descriptive, sur une période allant du 1er novembre 2021 au 31 octobre 2023, soit une durée de 2 ans. Elle a porté sur tous les dossiers de nouveau-né âgé de J0 à J21 admis dans le service de chirurgie Pédiatrique de l'HRM pendant la période d'étude et porteurs d'une pathologie chirurgicale viscérale ou de la paroi abdominale urgente (n=163). Ont été exclus de ce travail, les dossiers de nouveau-né dont les parents n'avaient pas donné leur consentement (n'=3). Les paramètres étudiés étaient : âge au moment de la présentation, sexe, poids de naissance, terme, mode de transport, diagnostic anténatal, diagnostic étiologique. Pour chaque patient, le délai diagnostique post-natal était considéré comme le temps écoulé entre la consultation et le diagnostic précis.

Tableau I : répartition des nouveaux nés selon le diagnostic

| Diagnostic | n | % |
|--|----|------|
| Affections viscérales | | |
| Atrésie de l'œsophage | 02 | 1,2 |
| Anomalie de la rotation intestinale | 04 | 2,4 |
| Atrésie jéjuno-iléale | 08 | 4,9 |
| Laparoschisis | 30 | 18,4 |
| Maladie de Hirschsprung | 30 | 18,4 |
| Entérococolite ulcéronécrosante | 10 | 6,1 |
| Malformation ano-rectale | 29 | 17,8 |
| Affections de la paroi abdominale | | |
| Omphalocèle | 18 | 11 |
| Hernie du cordon ombilicale | 01 | 0,6 |
| Hernie ombilicale incarcerated | 03 | 1,8 |
| Exstrophie vésicale | 09 | 5,5 |
| Hernie inguino-scrotale incarcerated | 06 | 3,6 |
| Abcès ombilical | 07 | 4,2 |
| Cellulite | 02 | 1,2 |
| Brûlure thermique | 04 | 2,4 |

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 163 dossiers de nouveau-nés présentant une urgence chirurgicale néonatale viscérale et de la paroi abdominale ont été colligés soit une fréquence hospitalière de 6,8 cas par mois. L'âge moyen à l'admission était de 5,4 jours (J1 et J21). La prédominance masculine était notée avec 52% des cas soit 85 cas ; et le poids de naissance moyen était de 2900g (1800g et 5000g). La prématurité était notée dans 7,5% des cas soit

12 cas. Le transport médicalisé ne représentait que 1,8% soit 3 cas. Le diagnostic anténatal avait été posé dans 2 cas représentant 1,2% de notre série. Le diagnostic étiologique était dominé par le laparoschisis et la maladie de Hirschsprung dans 29 cas chacun. Les pathologies infectieuses et traumatiques ne représentaient que 4,9% de notre casuistique (tableau I).

DISCUSSION

Dans notre travail, la fréquence hospitalière était de 6,8 cas par mois. Cette fréquence élevée s'expliquerait par le fait que notre service est la seule structure pouvant accueillir ces nouveau-nés dans une région d'environ 5 millions d'habitant. L'âge moyen à la présentation de 5,4 jours rapportés dans notre série se rapproche des 5 jours de Ouédraogo et al. au Burkina-Faso [2]. Ce retard à la présentation s'expliquerait d'une part par la méconnaissance de ces affections par certains praticiens et d'autre part, par le faible niveau socio-économique de nos populations qui font des thérapeutes traditionnels les premiers recours devant la maladie. La prédominance masculine dans notre série a déjà été rapportée par d'autres auteurs, sans explication précise et nous pensons qu'il s'agit simplement de données statistiques [3,4,5]. La majorité des nouveau-nés de notre série avait un poids de naissance supérieur à 2,5Kg et était née à terme. La plupart des auteurs considèrent ces paramètres comme des facteurs de bon pronostic [5,6,7]. La faible place du transport médicalisé dans notre étude ne saurait être dissociée du bas niveau socio-économique de nos populations, mais aussi de l'absence d'un système de transport médicalisé organisé dans notre milieu. L'absence de diagnostic anténatal dans notre travail, est également une donnée propre à notre environnement et elle a pour conséquence l'absence de formes attendues. On comprend mieux la nécessaire confrontation entre l'obstétricien, le chirurgien pédiatrique et le spécialiste de l'imagerie pour un diagnostic précoce. Le diagnostic étiologique a mis en relief dans ce travail, la primauté du laparoschisis et de la maladie de Hirschsprung. Ce résultat avait également été retrouvé dans la série de Dicko-Traoré F et al. à Bamako [8]. Quant à Ugwu R et al au Nigeria, l'occlusion néonatale avait occupé le premier rang de sa série [9]. Ainsi, le laparoschisis et la maladie de Hirschsprung doivent rester présentes à l'esprit du clinicien en ce qui concerne le diagnostic étiologique des urgences chirurgicales néonatales.

CONCLUSION

Le laparoschisis et la maladie de Hirschsprung sont les étiologies les plus fréquentes des urgences chirurgicales néonatales digestives et de la paroi abdominale dans notre contexte d'exercice. La connaissance de cette donnée est un préalable pour identifier les actions à mener à brève échéance.

Déclaration de conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Financements

Aucun

Remerciements

J'adresse toute ma gratitude à mes collaborateurs.

Contributions des auteurs

Kuitchet Aristide, Palma Haoua Abouamé, Souraya Haman, Fadi Salihou : collecte des données.

Salihou Aminou Sadjo, Gacelle Fossi Kamga : rédaction du travail

Faustin Félicien Mouafo Tambo : supervision du travail

RÉFÉRENCES

1. Bargy F, Beaudoins. Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson. In : EMC-Pédiatrie _ Maladie infectieuses. 2006 ; 1-12 [Article 4-002-S-75].
2. Ouédraogo I, Kaboré R, Napon Madina A et al. Epidémiologie des urgences chirurgicales néonatales à Ouagadougou. Arch Pédiatrie 2015(22) : 130-4.
3. Ekenze OS, Ajuzieogu VO, Nwomeh CB. Challenges of management and outcome of neonatal surgery in Africa. Pediatr Surg Int 2016.
4. Ralahy MF, Rakotoarivonsy ST, Rakotovao MA et al. La mortalité néonatale au service des urgences du CHUA-JRA

Antananarivo Madagascar. Rev Anesth Reanim Med Urgence 2010 ; 2 :15-7.

5. Moustapha H, Ali Ada MO, Sidi Mansour IH. Les atrésies intestinales au Niger : présentation clinique, traitement et pronostic. Health Sci. Dis: 2023 ;24 (4) : 19-22

6. Ndour O, Faye Fall A, Alumeti D, et al. Facteurs de mortalité néonatale dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Mali Med 2009 ; 24 : 33-8.

7. Osifo DO, Oriafio IA. Factors affecting the management and outcome of neonatal surgery in Benin city, Nigeria. Eur J Pediatr Surg 2008 ; 18 : 107-10.

8. Dicko-Traoré F, Diall H, Kone I et al. Neonatal Surgical Emergencies in Gabriel Touré Teaching Hospital in Bamako : Epidemiological and Clinical Aspects. Pediatr Neonatal biol 2019, 4 (1) : 000133.

9. Ugwu RO, Okoro PE pattern, outcome and challenges of neonatal surgical cases in a tertiary teaching hospital. Afr J Paediatr Surg 2013 ; 10 (3) : 226-30.