

PRISE EN CHARGE DES MALFORMATIONS CHIRURGICALES DIGESTIVES DE L'ENFANT DANS LE SERVICE POLYVALENT D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION

A.R. AGUEMON*, D. ATCHADE*, B.A. TCHAOU et PR. GOUDOTE**

RÉSUMÉ

Les malformations digestives de l'enfant sont souvent des urgences chirurgicales à la naissance avec une gravité préoccupante dans les suites opératoires.

Dans le but d'évaluer la fréquence et le pronostic de ces malformations, les auteurs analysent les observations de 38 enfants reçus en 5 ans dans le service polyvalent d'anesthésie réanimation du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou.

Les malformations congénitales sont essentiellement des imperforations anales, des atrésies et sténoses digestives, des omphalocèles et des maladies de Hirshprung. Elles représentent 1,08% des admissions du service et 5% des urgences chirurgicales digestives.

Excepté, tous les enfants sont opérés le jour de leur admission. Les suites opératoires ont été marquées par :

- 22 cas de décès soit 57,9%
- 7 cas de complications à type de péritonites, fistules et occlusions.

Le pronostic est lié à la spécificité du terrain du nouveau-né et au retard de diagnostic.

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant la période du 1er Janvier 1990 au 31 Décembre 1994 et concernant 38 enfants. Pour la même période, le Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation (SPAR) a reçu 3516 patients dont 758 urgences chirurgicales digestives.

La plupart des enfants proviennent de la chirurgie pédiatrique et parmi eux seuls les cas graves telles les polymalformations parviennent au SPAR. (Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation).

Les périodes préopératoire et per-opératoire, généralement se déroulent bien mais les suites post-opératoires sont des plus préoccupantes.

L'incidence est de 5% et vient en 3^è position après les péritonites et les occlusions intestinales.

Les malformations chirurgicales digestives de l'enfant sont d'emblée graves, le pronostic souvent réservé et la mortalité très élevée, près de 58%. Ce pronostic est multifactoriel et prend en compte le recours tardif aux structures hospitalières avec des moyens financiers limités des parents.

L'intérêt de notre étude est de faire part de la fréquence des malformations digestives de l'enfant par rapport aux urgences chirurgicales en général et de leur pronostic redoutable qui met en jeu la qualité des premiers soins reçus.

INTRODUCTION

Sous le terme d'urgences chirurgicales digestives de l'enfant, nous entendons toutes les malformations portant sur le tube digestif et motivant une consultation chirurgicale en urgence.

Certaines malformations, de diagnostic simple, sont constatées dès les 1ers jours de naissance. D'autres ne se manifestent qu'après un certain délai.

Ce sont :

- Les imperforations anales,
- Les atrésies et sténoses digestives,
- L'omphalocèle, et
- La maladie de HIRSHPRUNG.

* SPAR : Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation

** SCP : Service de chirurgie pédiatrique

PATIENTS ET MÉTHODE

Cadre d'étude

Le service polyvalent d'Anesthésie-Réanimation a servi de cadre à notre étude.

Choix des patients

38 enfants (27 garçons et 11 filles) sont entrés dans notre étude. Tous ces enfants répondaient aux critères suivants :

Critères d'inclusion

- Age 30 jours
- Provenance : chirurgie pédiatrique
- Diagnostic confirmé de malformation digestive congénitale
- Sanction chirurgicale dans un délai de 48 heures suivant l'admission
- Décès pré-opératoire avant ces 48 heures

Critères d'exclusion

- Age > 30 jours
- Sanction chirurgicale programmée
- Enfants admis en seconde urgence

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale portant sur des malformations congénitales aiguës (imperforation anale, atrésies et sténoses digestives, omphalocèle, etc...).

Cette étude s'étend du 1er Janvier 1990 au 31 Décembre 1994 et regroupe 38 enfants dont les dossiers ont fait l'objet d'un dépouillement manuel avec consigne sur des fiches préétablies.

Les données sont ensuite classées et comptées pour des constatations propres, le risque anesthésique, l'évolution et pour être comparées aux données de la littérature.

RÉSULTATS**Données épidémiologiques****Fréquence**

Du 1er Janvier 1990 au 31 Décembre 1994, le SPAR a admis 3516 patients parmi lesquels 758 urgences chirurgicales digestives dont 38 malformations congénitales. Ce qui représente 1,08% de l'ensemble des admissions et 5% des urgences chirurgicales digestives.

Age et sexe

L'âge moyen est de 7,6 jours avec des extrêmes de 1 jour et 30 jours. Il existe 11 filles et 27 garçons soit un sex-ratio de 1 fille pour 2,4 garçons.

Tableau I : Répartition selon les différents types anatomiques des malformations digestives

Type anatomique	Nb de cas	%
Imperforation anale	21	55,26
. Oesophage	3	/
Atrésies et . Pylore	5	/
Sténoses . Duodénum	1 10	26,32%
digestives . Jéjunum	1	/
Omphalocèle	5	13,16%
Maladie de HIRSHPRUNG	2	5,26%
Total	38	100%

Prises en charge en anesthésie - réanimation

A l'admission, tous les enfants ont fait l'objet d'une réanimation préopératoire qui a consisté en une prise de voie veineuse périphérique ou ombilicale et en une réanimation hydroélectrolytique.

Un bilan préopératoire est demandé ainsi qu'un bilan d'extension lésionnelle. Ce qui a permis d'écarter 3 enfants nés avec des lésions incompatibles avec la vie.

Tous les enfants exceptés 2 ont été opérés le jour même de leur admission. Les deux autres, pour des difficultés liées à leur lésion anatomique, l'ont été après 24 heures.

Tous les enfants opérés n'ont pas été prémédiqués. L'halothane a servi comme agent d'induction et d'entretien. Tous ont fait l'objet d'une intubation orotrachéale et d'une ventilation assistée.

La durée moyenne d'intervention est de 60 minutes avec des extrêmes de 45 mn et 90 mn. Un seul cas d'atrésie de l'oesophage a nécessité 3 heures d'intervention. Le réveil est obtenu sur table avant toute extubation. On ne déplore aucun décès sur table.

ÉVOLUTION

La durée de séjour des enfants hospitalisés dans le SPAR oscille entre 1 jour et 9 jours avec une moyenne de 3,5 jours.

Dans les suites post-opératoires, nous avons observé :

- 3 péritonites,
- 2 fistules digestives,
- 2 syndromes occlusifs,

Soit au total 7 reprises dont 6 vont décéder, 5 en moins de 24 heures après l'intervention et

- 25 enfants qui ont présenté des phases d'hypothermie allant jusqu'à 34° 7C.

La durée moyenne de séjour des enfants décédés est de 2,50 jours avec des extrêmes de 1 jour et 8 jours.

Le taux de mortalité reste très élevé. Sur les 38 enfants admis, nous avons observé 22 décès dont les 6 reprises soit un taux de 57,9%

Tableau II : Répartition en fonction de l'évolution et du type anatomique

Type anatomique	Nb de cas	Décès	%
Imperforation anale	21	11	52,4%
. Oesophage	3	3	/
Atrésies et .Pylore	5	2	/
Sténoses Duodénum	1 10	0	60%
digestives . Jéjunum	1	1	/
Omphalocèle	5	4	80%
Maladie de HIRSHPRUNG	2	1	50%
Total	38	22	57,9%

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Le CNHU est le seul centre médical de référence qui draine toutes les urgences digestives de la ville de Cotonou et de ses environs.

Les urgences chirurgicales digestives de l'enfant sont d'abord dirigées en consultation externe de chirurgie pédiatrique et/ou transférées dans le service de chirurgie pédiatrique.

Les cas graves de malformations digestives de l'enfant sont transférés en réanimation (SPAR) pour une réanimation préopératoire, puis une anesthésie et une prise en charge post-opératoire.

Les urgences chirurgicales digestives constituent des motifs fréquents d'admission en réanimation. Elles représentent 17,51% des admissions dans le SPAR. Dans ce groupe, l'incidence des malformations digestives de l'en-

fant est de 5% et vient en 3^e position après deux grandes affections chirurgicales qui dominent par leur forte fréquence : les péritonites (60%) et les occlusions intestinales (29,76%). C'est aussi le constat fait par B. TCHAOU et à Lomé (7,10).

L'incidence des malformations digestives de l'enfant reste donc faible mais la proportion des cas enregistrés dans le SPAR est due au fait qu'une partie de ces affections est traitée dans le service de chirurgie pédiatrique.

L'âge de nos enfants oscille entre 1 jour et 30 jours avec une moyenne de 7,6 jours. Ce qui dénote un retard à la consultation en dépit d'un diagnostic qui se doit d'être précoce pour une meilleure prise en charge.

Ce retard est signalé à Lomé (7), par A. KOURA (9) et par V. DAN et Collaborateurs (4).

Il y a eu 11 filles et 27 garçons soit un sex-ratio d'une fille pour 2,4 garçons. Cette prédominance masculine est observée par S. ISSIFOU (11) et est encore plus élevée dans les pays développés de l'ordre de 1/3 ou 1/4 (6,10).

Les transferts effectués dans le SPAR sont des cas graves d'emblée. Il est très fréquent que la malformation digestive diagnostiquée soit un élément d'une polymalformation congénitale parfois incompatible avec la vie (3).

Nous avons reçu :

- 21 imperforations anales,
- 10 atrésies et sténoses digestives,
- 5 omphalocèles, et
- 2 maladies de HIRSHPRUNG

Six enfants ne feront pas l'objet d'une intervention, le décès étant intervenu moins de 48 heures après leur admission.

84,2% des enfants seront donc opérés. Dans ce groupe la réanimation préopératoire par la mise en condition ainsi que la prise en charge anesthésique se sont bien passées. La période post-opératoire reste la hantise du médecin et la source de toutes les difficultés :

Difficultés liées à la spécificité du terrain :

- enfants aux organes immatures,
- difficultés d'alimentation parentérale,

- risque anesthésique par l'halothane : notamment cardiaque, respiratoire et/ou hépatique,
- l'Hypothermie per et post-opératoire où l'effet anesthésique vasculaire périphérique vient aggraver l'immaturation des centres thermorégulateurs (5,8)
- crainte d'une reprise de l'intervention (7 reprises dont 1 seul rescapé),
- tout facteur qui concoure à alourdir le pronostic.

Difficultés liées au retard de diagnostic

et aux moyens financiers limités des parents qui diminuent nos moyens d'intervention thérapeutique.

Nombreux sont les parents qui n'honorent pas les ordonnances délivrées.

La durée moyenne de séjour des enfants dans le SPAR est de 3,5 jours. La survenue de complications post-opératoires prolonge la durée de séjour.

Parmi ces complications, nous avons observé :

- 3 péritonites post-opératoires,
- 2 fistules digestives et
- 2 occlusions post-opératoires

6 parmi eux vont décéder après la reprise qui est aussi un facteur aggravant le pronostic.

Le taux de mortalité est en effet très élevé : 57,9%, beaucoup plus élevé que dans les pays développés et plus

important que la proportion trouvée par A. KOURA en 1978 : 48%.

Le taux de mortalité chez les enfants non opérés dans notre série est de 100%. Ils étaient d'emblée classés ASA III et IV.

Plusieurs facteurs expliquent notre taux élevé de mortalité (1) parmi lesquels :

- . l'attente (4)
- . la dextérité du chirurgien
- . la durée de l'intervention

CONCLUSION

Les malformations chirurgicales digestives de l'enfant occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale digestive. Elles sont d'emblée graves et le pronostic souvent réservé.

Le diagnostic est habituellement simple mais le retard observé appelle un changement de mentalité et une rééducation de la famille et de la société dont l'ignorance des premiers signes de gravité et le recours tardif aux structures hospitalières avec des moyens financiers limités expliquent les taux de mortalité élevés dans les premières heures d'hospitalisation mettant en cause la qualité des premiers soins aux enfants.

BIBLIOGRAPHIE

1 - B.O. AGUEMON

Contribution à l'étude des suppurations pariétales post-opératoires dans le service de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou.

Thèse Médecine Cotonou. 1994. n°584.

2 - J.P. AUFRAY, V. FULACHIER, Y. HEMON et F. GOUIN

Anesthésie-Réanimation dans la chirurgie du tube digestif. Encycl. Médico-Chir.(Paris - France)

Anesthésie Réanimation 36 501 A 10,6 -1985, 18p.

3 - F. BAHLOUL et Coll

Facteurs pronostiques en réanimation.

La presse Médicale, 1988, 17, (34) : 1741-1744

4 - V. DAN, F.A. HAZOUME, B. AYIVI et S. KOUMAKPAI

Prise en charge des urgences du nourrisson et de l'enfant : aspects actuels et perspectives d'avenir.

In Médecine d'Afrique Noire 1991, 38 (11).

5 - H. DERIAZ, LIENHART

Quel Matériel pour surveiller la température au bloc opératoire ?

In MAPAR 1993. MAPAR Ed. p. 127-139.

6 - C. ECOFFEY

Anesthésie - Réanimation des urgences chirurgicales néonatales.

In Congrès National d'Anesthésie et Réanimation - SFAR 1989 p. 231-246.

7 - S. ISSIFOU

Pathologies chirurgicales aiguës et décès. Réflexion à propos de la morbidité et de la mortalité dans l'unité de réanimation chirurgicale.

Thèse Médecine. Cotonou, 1987, n°351, 76p.

8 - B. JUST

Hypothermie : prévention, traitement peropératoire.

In MAPAR 1993. MAPAR Ed. p. 141-152.

9 - A. KOURA

Contribution à l'étude étiologique et statistique de l'abdomen aigu chirurgical au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (à propos de 659 cas).

Thèse Médecine. Cotonou. 1978. n°29.

10 - B.A. TCHAOU

Prise en charge des Urgences chirurgicales digestives dans le service Polyvalent d'Anesthésie et de Réanimation du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou.

Thèse Médecine : Cotonou. 1994. n°616.