

LES OCCLUSIONS NEONATALES DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A YAOUNDE (CAMEROUN)

TAKONGMO S.*, BINAM-F.**, MONEBENIMP F.***, SIMEU CH.**, MALONGA EE.*

RESUME

Cette étude rétrospective avait pour but d'évaluer la prise en charge des occlusions néonatales dans le Service de Chirurgie Générale du CHU de Yaoundé. L'analyse de 13 cas d'occlusion chez des nouveau-nés âgés de un à 30 jours a relevé un taux de mortalité de 53, 84 en rapport avec l'âge du malade à l'admission. Les anomalies anatomiques étaient dominées par les obstacles duodénaux (46,15 %). La durée moyenne de préparation à la chirurgie était de 3,8 jours, 9 malades (69,2 %) avaient été opérés après le 8e jour de vie avec 5 décès. L'amélioration de nos résultats impose une plus grande pratique de diagnostics anténataux des malformations congénitales associée à la création de plus de services de réanimation et de chirurgie pédiatrique dans notre pays.

Mots-clés : Occlusion, nouveau-né, réanimation, chirurgie.

INTRODUCTION

Fréquentes parmi les malformations congénitales, les occlusions néonatales sont définies comme celles ayant une expression clinique précoce ou avant le 15e jour de vie (10). Elles sont caractérisées par une mortalité encore élevée de nos Jours pour une pathologie souvent curable. Cette mortalité a été améliorée dans les pays développés par une meilleure prise en charge dans les services spécialisés de réanimation et de chirurgie pédiatrique (5). En Afrique tropicale la rareté voire l'inexistence de ces structures hospitalières est paradoxalement la règle dans un continent à forte natalité. Dans ce contexte les urgences chirurgicales néonatales sont plus souvent traitées dans les services de chirurgie générale. Le travail ci-dessous avait pour but l'analyse des facteurs pronostiques et l'évaluation de la prise en charge des occlusions néonatales par le service de Chirurgie Générale du CHU de Yaoundé en collaboration avec le Service Pédiatrie de la même formation hospitalière.

* Département de Chirurgie, Faculté de Médecine, Université de Yaoundé I.

** Département d'Anesthésie-Réanimation, Faculté de Médecine,

MATERIEL ET METHODES

Cadre de prise en charge

La prise en charge de nos occlusions néonatales se fait dans l'unité de néonatalogie du Service de Pédiatrie qui reçoit toutes les urgences néonatales. Cette unité est dirigée par une équipe médicale (un pédiatre, un médecin et deux résidents de pédiatrie) travaillant avec une équipe infirmière pour les soins et une surveillance continue. A l'arrivée, le malade est soumis à une évaluation clinique biologique et imagérique (radiologie et échographie) base d'une réanimation pré-opératoire ; il est fait une consultation pré-anesthésique en vue d'un traitement au bloc opératoire de chirurgie générale, suivi d'une réanimation dans le Service de Pédiatrie.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur tous les cas d'occlusion néonatale âgés de un à trente jours et traités par notre équipe du 1er janvier 1988 au 31 mars 1999. Les renseignements provenaient des dossiers cliniques et des comptes-rendus opératoires. Les variables d'étude retenues étaient les suivantes : la provenance du malade (domicile ou maternité), l'âge et le poids à l'admission, les délais entre l'admission et le traitement chirurgical, l'anomalie anatomique, son traitement et son évolution. Etaient inclus les occlusions de cause organique et ayant été traitées chirurgicalement. Les occlusions fonctionnelles n'ont pas été retenues.

RESULTATS

Population de l'étude

Pendant la période retenue, 13 cas d'occlusion néonatale ont été traités dans notre service. Il y avait 7 garçons et 6 filles soit un sex-ratio de 1,16 ; trois nouveau-nés (23,07 %) venaient d'une maternité contre 10 cas (76,92 %) venant de leur domicile.

Ces nouveau-nés étaient âgés de 2 à 30 jours de vie avec une moyenne de 9,15 jours. Leur poids variait de 1 800 à 3 350 g. avec une moyenne de 2 738 g.

Yaoundé.

*** Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Yaoundé.

Données cliniques

Les symptômes évocateurs étaient dominés par les vomissements dans 11 cas (84,61 %) ; 2 malades avaient un ballonnement abdominal isolé. Ces symptômes ont été à la base d'examens radiologiques dont une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) dans 13 cas, un ASP associé à un transit œso-gastro-duodénal (TOGD) dans 5 cas, un ASP associé à un lavement baryté dans 3 cas. Les examens biologiques systématiques comprenaient un hémogramme, un taux de prothrombine, un temps de céphaline kaolin, un ionogramme sanguin, un dosage de l'urée et du

glucose dans le sang ; la pratique de ces examens était en rapport avec le délai entre l'admission et le traitement chirurgical, le délai moyen étant de 3,8 jours avec des extrêmes de 2 et 8 jours. Aucun décès n'a été enregistré pendant cette période. L'âge des nouveau-nés au moment du traitement chirurgical était compris entre 5 et 33 jours de vie avec une moyenne de 13 jours ; 9 malades (69,2 %) ont été opérés après 8 jours de vie avec 5 décès, 71,4 % du nombre total des décès. Les lésions anatomiques découvertes en per-opératoire étaient pour la plupart soit duodénales, soit jéjunales (tableaux I et III).

Tableau I : Aspects cliniques de 13 cas d'occlusion néonatale

Malade	Sexe/Âge	Poids	Principaux symptômes	Imagerie	Durée de préparation	Anomalies	Traitement chirurgical	Evolution
1	F / 30 j.	1900 g	Vomissements Ictère	ASP-TOGD	3 j.	2 diaphragmes duodénaux	Destruction	Déshydratation Décès J4
2	M / 15 j.	2800 g	Vomissements	ASP-TOGD	4 j.	Sténose duodénale	Duodéno-jéjunostomie	Guérison
3	F / 6 j.	2400 g	Ballonnements Ictère	ASP-TOGD	3 j.	Pince mésentérique	Duodéno-jéjunostomie	Guérison
4	F / 8 j.	1800 g	Vomissements	Echographie obstétricale ASP-TOGD	4 j.	Sténose duodénale	Duodéno-jéjunostomie	Insuffisance respiratoire Décès J8
5	F / 3 j.	3350 g	Vomissements bilieux J1	ASP	3 j.	Diaphragme ileocecal	Cecostomie	Déshydratation Décès J10
6	M / 2 j.	2750 g	Vomissements Absence méconium	ASP-TOGD	5 j.	Diaphragme duodénal hiatus mésentérique	Intubation	Fistule - Guérison
7	M / 10 j.	2800 g	Vomissements	ASP	4 j.	Bride	Section	Décès J2 Déshydratation
8	M / 13 j.	3200 g	Vomissements Ballonnement	ASP	3 j.	Volvulus perforé	Stomie	Décès J12 pour sepsis
9	M / 7 j.	2900 g	Vomissements	ASP	2 j.	Atrésie grêle +++	Résection étendue	Décès J1
10	F / 15 j.	2300 g	Vomissements	ASP-LB	8 j.	Sténose jéjunale	Intubation	Ictère - Fistule - Guérison
11	F / 4 j.	3200 g	Ballonnements	ASP - LB	6 j.	Situs inversus + bride	Section bride	Guérison
12	M / 4 j.	2900 g	Vomissements	ASP	2 j.	Atrésie duodénale	Dérivation	Guérison
13	M / 2 j.	3300 g	Ballonnements Vomissements	ASP	3 j.	Imperforation anale	Colostomie	Décès J2 par déshydratation

ASP = Radiographie de l'abdomen sans préparation

TOGD = Transit œso-gastroduodénal

LB = Lavement baryté

Tableau III : Occlusions néonatales : répartition des anomalies anatomiques sur le tube digestif

Siège/Anomalie	Duodénum	Jéjunum-Iléum	Rectum	Total
Diaphragme	2	1	0	3
Sténose	2	1	0	3
Atrésie	1	1	0	2
Volvulus	0	1	0	1
Bride	0	1	0	1
Situs inversus	0	1	0	1
Pince mésentérique	1	0	0	1
Imperforation anale	0	0	1	1
Total (%)	6 (46,15 %)	6 (46,15 %)	1	13

Les résultats thérapeutiques (tableaux II et IV) montraient une mortalité de 7 cas (53,84 %) dont 4 cas par déshydratation, un cas de sepsis, un cas par insuffisance respiratoire aiguë. Dans un cas de résection étendue, le décès en post-opératoire était inévitable. [Observation n°9].

Tableau II : Répartition des décès par occlusion néonatale en fonction de l'âge au moment du traitement chirurgical

Tranche d'âge	Fréquence (%)	Nb de décès
5-7 jours	4 (30,7 %)	3
8-15 j.	5 (38,4 %)	2
Plus de 15 j.	4 (30,7 %)	2
Total	13	7

Tableau IV : Evolution des occlusions néonatales traitées selon le siège de l'obstacle

Siège de l'obstacle	Fréquence (%)	Décès (%)
Duodénum	6	2 (33,3 %)
Jéjunum - Iléon	6	4 (66,6 %)
Rectum	1	
Total	13	7 (53,84 %)

COMMENTAIRES

Il ressort de cette analyse que la prise en charge des occlusions néonatales dans notre service de Chirurgie Générale est grevée d'un taux de mortalité moyen de 53,84 %. Cette mortalité semble d'autant plus élevée que l'âge au moment du traitement chirurgical est avancé et que le niveau de l'obstacle est bas, situé sur le tube digestif. Cette mortalité est nettement supérieure à celle des séries occidentales, 20 à 40 % pour les atrésies jéjuno-iléales dans des services spécialisés de Chirurgie Pédiatrique (5, 7) ; dans ces services, les progrès réalisés dans le diagnostic prénatal des malformations congénitales permettent une prise en charge précoce parfois avant la naissance (4, 7, 10, 12) ; dans notre série un seul cas d'occlusion avait été prévu à l'examen échographique fait à 27 semaines de grossesse [observation n°4], mais aucune mesure n'avait été prise après l'accouchement. Le taux de mortalité trouvé dans notre étude se rapproche de celui des séries africaines, variant entre 50 et 70 % (1, 2, 6) ; toutes ces études relèvent comme mauvais facteur pronostique le retard constant du diagnostic (6, 8) ; dans notre pratique ce retard est un argument imposant une

appréciation et une correction des conséquences physiologiques, ceci avant le traitement chirurgical. Plusieurs auteurs préfèrent traiter ces occlusions néonatales en urgence dans les 24 heures qui suivent l'admission (2) ; une telle attitude n'était pas possible dans notre contexte, la préférence allant à la pratique d'un bilan radiologique et biologique, parallèlement à une réanimation préopératoire ; la conséquence d'un tel choix est l'âge avancé des nouveau-nés au moment du traitement chirurgical. Ce délai de préparation systématique chez tous nos malades explique le traitement chirurgical de 9 nouveau-nés (69,2 %) après le 8ème jour de vie avec 5 décès, 71,4 % de la mortalité globale.

Sur le plan clinique, en l'absence de particularités symptomatiques, la radiographie de l'abdomen sans préparation demeure l'examen diagnostique principal (9, 10, 11) ; cet examen orientait la demande des examens radiologiques après opacification (lavement aux hydrosolubles ou transit oeso-gastro-duodénal), examens faits souvent avec retard pour des raisons financières. Dans tous les cas le diagnostic de la lésion anatomique en per-opératoire confirmait la prédominance des obstacles proximaux par rapport aux obstacles distaux (tableau III), les atrésies distales du grêle étant extrêmement rares (5). L'étude montre également la grande fréquence des diaphragmes par rapport aux atrésies ; si aucun cas d'iléus méconial n'a été signalé, il a été diagnostiqué un cas de péritonite méconiale dans sa forme occlusive avec perforation en amont d'un diaphragme iléo-cæcal ; ALLOUIS et Coll. ont souligné la rareté de cette complication et son pronostic sévère avec une mortalité de 75 %. (3).

Du point de vue thérapeutique la pratique d'une cathétérisation de la veine ombilicale en pré-opératoire encore possible au-delà du 15e jour a permis d'avoir une voie veineuse de bonne qualité pour la réanimation parentérale post-opératoire. Les gestes thérapeutiques restaient variables avec l'anomalie anatomique ; la pratique des stomies a été décevante dans cette série comme chez HAROUNA et Coll. (6) ; leurs indications devraient être exceptionnelles.

En conclusion l'amélioration attendue dans le pronostic des occlusions néonatales passe par la mise en place de moyens pour plus de diagnostics anténataux des malformations congénitales. En aval s'impose la création de plus de services spécialisés de réanimation et de chirurgie pédiatrique. Dans l'attente de cet objectif idéal, il peut être préconisé l'introduction d'un module théorique et pratique de chirurgie pédiatrique et d'anesthésie pédiatrique dans la formation de nos chirurgiens généralistes et de nos médecins anesthésistes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AGUEHOUNDE C, DICK R, BROUH Y. et al.
Bilan de deux années et demie d'activité du Service de Chirurgie Pédiatrique en collaboration avec le Service de Réanimation Pédiatrique au CHU de YOPOUGON.
Méd. Afr. Noire, 1995, 42 : 344-49.
- 2 - AGUEMON AR, ATCHADE D, TCHAOU BA, GOUDOTE E.
Prise en charge des malformations chirurgicales digestives de l'enfant dans le service polyvalent d'anesthésie-réanimation.
Méd. Afr. Noire, 1996, 43 : 160-63.
- 3 - ALLOUIS M, BRACQ H, DEFAWE G, BABUT JM.
Les péritonites méconiales anténatales. Réflexions à propos de 12 observations.
Ann. Pediat. 1981, 28 : 635-39.
- 4 - BAXI VL, YEH M, BLANC AW, SCHULLINGER NJ.
Antepartum diagnosis and management of an utero intestinal volvulus with perforation.
N. Engl J. med. 1983, 308 : 1519-21.
- 5 - GRUNER M, CHAOUACHI B, GOUTET JM, NAVARRO J.
Les atrésies jéjuno-iléales.
Rev Prat. 1981, 31 : 1191-205.
- 6 - HAROUNA Y, TARDIVEL O, BIA M, ABDOU I, GAMATIE Y.
Occlusion intestinale néonatale. Notre expérience à propos de 10 cas.
Méd. Afr. Noire, 1997, 144 : 648-51.
- 7 - HECKER Ch, WALDEMAR, NAEGELE S.
Ileus in newborn. A study a decreasing mortality.
Eur. J. Pediatr. Surg. 1991, 1 : 151.
- 8 - KOURA A, HONNOU GM, VOYEME AKA, GOUDOTE E.
Mortalité à la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique du CNHU de Cotonou du 1er juillet 1989 au 31 décembre 1993.
Méd. Afr. Noire, 1995,(8-9) : 460-65.
- 9 - RAVITCH MM.
Néonatal intestinal obstruction.
In. BARNETT HL. Eds : PEDIATRICS, 14th edition. New York : MEREDITH Corporation, 1968 :1541-56.
- 10 - REVILLON Y, JAN D.
Occlusions néonatales.
In : FAGNIEZ PL, HOUSSIN D. eds. Pathologie Chirurgicale - Tome 2 - Chirurgie Digestive et Thoracique - Paris, MASSON, 1991:239-245.
- 11 - SANTULI TV, BLANC WA.
Congenital atresia of the intestine, pathogenesis and treatment.
Ann. Surg., 1961, 154 : 939-48.
- 12 - TOULOUKIAN RJ, HOBBS JC.
Maternal ultrasonography in the antenatal diagnosis of surgical correctable fetal abnormalities.
J. Pediatr. Surg. 1980 ; 1 : 373.