

# PRISE EN CHARGE DES URGENCES DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT : ASPECTS ACTUELS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

V. DAN\*, F.A. HAZOUME\*, B. AYIVI\*, S. KOUMAKPAI\*

## RESUME

Le drame quotidien que représente un enfant amené en détresse vitale par des parents affolés, l'indigence des structures d'accueil face au nombre et à la fréquence des cas d'urgence, l'insuffisance des moyens diagnostiques, voire thérapeutiques nécessaires pour sauver la vie de l'enfant en détresse vitale, amènent les auteurs à analyser dans leur service les dossiers des enfants âgés de 1 mois à 15 ans reçus en Urgence au cours de l'année 1988.

La place des urgences pédiatriques dans le service, les différents types d'urgences couramment rencontrés, et la conduite pratique tenue devant chaque type d'urgence sont ainsi en relief.

Sur 2818 enfants hospitalisés 184 l'ont été dans un tableau d'urgence soit 60 %.

Les détresses les plus fréquentes sont :

- l'anémie sévère (35 %)
- le neuropaludisme (21 %)
- les pneumopathies (11 %)
- la déshydratation (10 %)

83 % des urgences reçues ont été traitées uniquement sur une paillasse de fortune. Seuls 17 % ont séjourné à la salle d'urgence.

Les conduites pratiques reposent sur une attitude simple et adaptée à chaque cas malgré l'insuffisance des moyens techniques et thérapeutiques.

La mortalité due à ces détresses est de 10 %, les 2/3 des décès survenant au cours des quarante huit premières heures.

Ces résultats amènent les auteurs à considérer que la médecine d'urgence est encore une médecine de catastrophe dans nos régions.

Ils proposent :

- 1) La création d'une véritable salle de réception des

urgences pédiatriques au sein du Centre National et Universitaire de Cotonou et la création de satellites en périphérie.

- 2) La mise en œuvre d'une bonne technique de réanimation et surtout d'un comportement simple et bien codifié devant les causes connues des divers états de détresse.
- 3) Ces éléments permettront une meilleure prise en charge des urgences du nourrisson et de l'enfant en attendant un meilleur résultat des diverses stratégies préventives adoptées dans les soins de Santé primaire et l'initiative de BAMAKO.

## I - INTRODUCTION

Le drame quotidien que représente un enfant anémié en détresse vitale pour les parents affolés, l'indigence des structures d'accueil face au nombre et à la fréquence des cas d'urgence, l'insuffisance des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires pour sauver la vie de l'enfant en détresse, nous posent des problèmes assez irritants et justifient l'intérêt de l'étude des détresses vitales et de leur prise en charge.

Nos objectifs sont les suivants :

- 1 - Situer la place des urgences pédiatriques dans le Service
- 2 - Identifier les différentes étiologies des urgences pédiatriques courantes
- 3 - Analyser les aspects actuels de leur prise en charge
- 4 - Faire des propositions pour l'avenir en tenant compte des insuffisances rencontrées.

## II - CADRE ET METHODE DE TRAVAIL

Le présent travail porte sur une année d'étude (1er Janvier au 31 Décembre 1988). Il s'agit d'une enquête rétrospective réalisée dans le Service de Pédiatrie et Génétique médicale du Centre National Hospitalier et Universitaire de

Centre National Hospitalier de Cotonou  
B.P. 845 - COTONOU (BENIN)

\* SERVICE DE PEDIATRIE ET DE GENETIQUE MEDICALE  
(Pr. V. DAN)

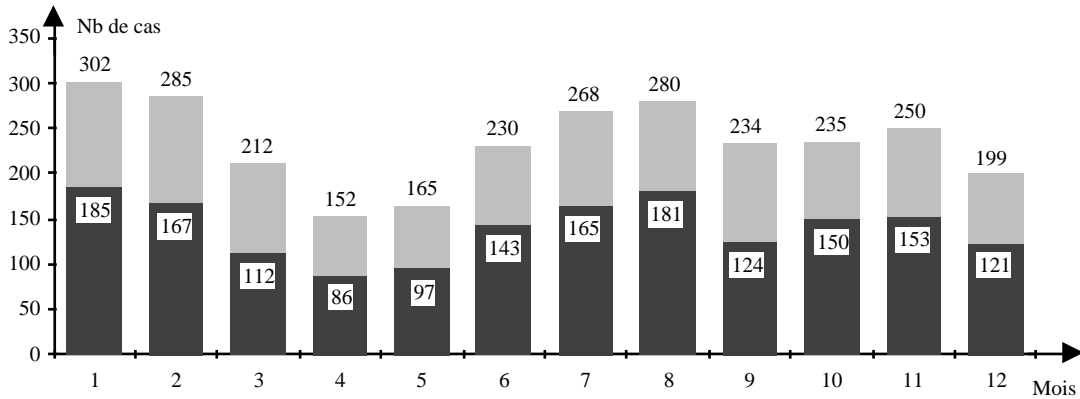
Cotonou. Elle porte sur 1684 dossiers d'enfants âgés de 1 mois à 15 ans admis en état de détresse vitale c'est à dire les enfants dont la vie était immédiatement menacée.

Les nouveau-nés ont été volontairement exclus de la présente étude parce qu'ils font l'objet d'une autre enquête.

**III - RÉSULTATS**

**3.1. Place des urgences**

**REPARTITION MENSUELLE DES URGENCES  
HISTOGRAMME N° 1**



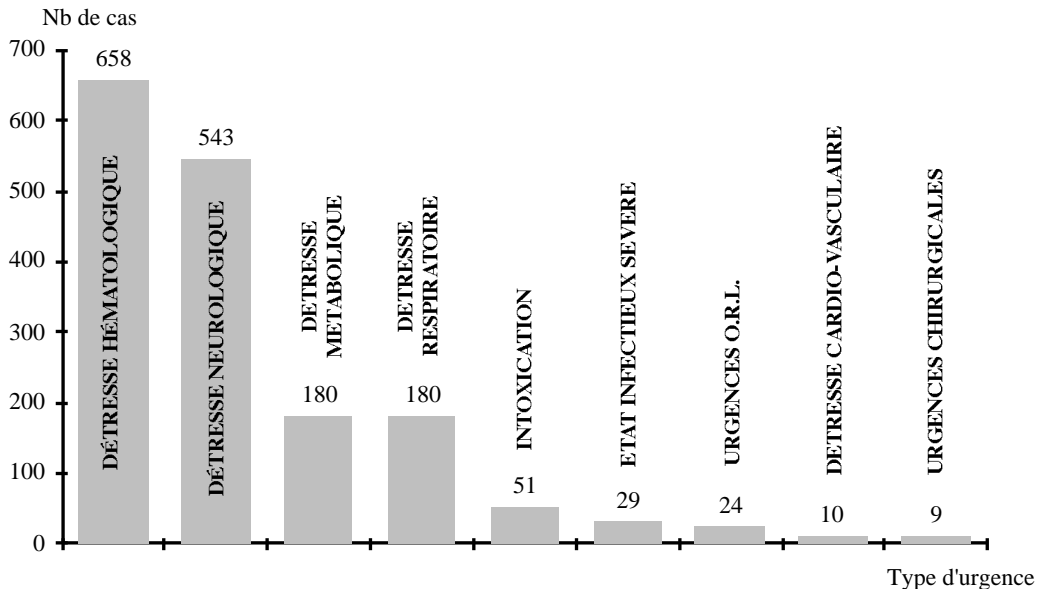
L'histogramme n°1 fait ressortir que la fréquence des urgences par rapport aux admissions est stable au cours de l'année. Les urgences représentent 60 % des 2818 admissions, elles connaissent un pic à partir du mois d'Avril et baissent de Janvier à Mars.

- La tranche d'âge la plus touchée est celle du nourrisson (1 à 30 mois) 63 %.

- 99 % des urgences proviennent à la classe socio-professionnelle défavorisée.

**3.2. Principales étiologies des urgences**

**REPARTITION GENERALE DES TYPES  
D'URGENCE  
HISTOGRAMME N° 2**



L'histogramme n° 2 montre les différents types d'urgence. Les étiologies proprement dites.

**Tableau n° I - DETRESSES HEMATOLOGIQUES**

	Etiologies	Nbre	% de Cas
Anémie sévère	Paludisme	308	46,8
	Autre parasite	83	
	Malnutrition	96	14,5
	Non classée	23	3,5
Anémie Hémolytique	FBH	56	8,5
	Deficit G6 PD	16	2,4
	Infection	8	1,2
Anémie Drépanocytaire	SS	42	6,3
	SC	26	3,9
Total		658	100,0

**Tableau n° II : Détresses métaboliques  
DETRESSES NEUROLOGIQUES**

Etiologies	Nbre de cas	%
Neuropaludisme	356	65,6
Convulsions hyperpyretiques	127	23,4
Méningites	48	8,8
Coma de cause inconnue	8	1,5
Encéphalite	2	0,3
Abcès du cerveau	1	0,2
Hypertension intracranienne	1	0,2
Total	543	100

**Tableau n° III - DETRESSES RESPIRATOIRES**

Etiologies	Nbre de cas	%
Pneumopathies	67	37,2
Asthme	36	20
Bronchite	34	19
Staphylococcie pleuropulmonaire	20	15
Pleurésie	7	4
Fausse route	4	2,3
Dyspnée sine-materia	4	2,3

**Tableau n° IV - INTOXICATIONS**

Etiologies	Nbre de cas	%
Intoxication pétrole	18	35,3
Divers médicaments	10	19,6
Produits ménagers	10	19,6
Alcool (Sodabi)	7	13,7
Aliment (Manioc)	4	7,8
Permanganate de potassium	2	4
Total	51	100

**Tableau n° V - INFECTIONS SEVERES**

Etiologies	Nbre de cas	%
Salmonelloses	9	31
Tétanos	9	31
Septicémies	6	20,8
Rougeole	5	17,2
Total	29	100

En résumé, les anémies sévères occupent la première place (35 %) suivie du neuropaludisme (21 %) des broncho-pneumopathies infectieuses (13 %) des déshydratations (10 %) et des convulsions hyperpyrétiques (7,5 %).

### 3.3 Prise en charge des urgences dans le service de pédiatrie

#### 3.3.1 Infrastructure et moyen de réanimation

- L'absence d'une unité de réception des urgences a entraîné l'aménagement d'une paillasse dans le hall du service. Il s'agit d'une planche de 4 mètres de long et de 0,50 m de large.

En cas de débordement, des chariots de transport servent aussi de table de réanimation et de surveillance.

Tout enfant admis en urgence reçoit ses premiers soins et reste sous surveillance pendant les premières heures avant d'être orienté vers la salle de soins intensifs ou les autres salles d'hospitalisation selon l'état de l'enfant.

83 % des urgences reçues ont été traitées uniquement sur cette paillasse. 17 % seulement passent à la salle d'urgence.

- L'équipe soignante très réduite dispose de peu d'instruments de réanimation et parfois presque pas de médicaments.

3.3.2 Conduite pratique tenue devant les quatre principales causes de détresses vitales dans le service. Nous avons mis en œuvre des moyens thérapeutiques simples.

#### 3.3.2.1 Anémies sévères

Notre conduite consiste après un prélèvement de sang pour hémocrite, hémoglobine, groupage, test d'Emmel, frottis et goutte épaisse.

- à mettre l'enfant sous oxygène par sonde nasale,
- à transfuser avec du sang total ou du culot globulaire (si disponible) iso groupe, iso rhésus ou à défaut du sang 0 rhésus négatif à la dose de 20 ml/kg
- à associer une malariathérapie systématique.

### 3.3.2.2 Neuropaludisme

- Arrêt des crises convulsives lorsqu'elles existent par l'administration de diazépan 0,3 mg par kilo par voie intra rectale renouvelable en cas de récurrence. (Les états de mal convulsif sont transférés en réanimation médicale).
- Prélèvements sanguins pour les mêmes examens que plus haut,
- Ponction lombaire systématique pour éliminer une méningite,
- Perfusion de sels de quinine 30 mg/kg/24 h dans du sérum glucosé 10 % (50 ml/kg),
- A la quinine est associé systématiquement de l'ACTH (0,3 mg/kg) pour prévenir l'œdème cérébral,
- Oxygénothérapie,
- du phénobarbital 0,5 cg/kg pour prévenir les crises convulsives,
- Une antibiothérapie (Ampicilline ou Amoxicilline ou Pénicilline G) pour prévenir les surinfections,
- Antipyrétique (de l'acide acétyl salicylique ou du paracétamol 50 mg/kg) associé à un enveloppement froid en cas de fièvre.

### 3.3.2.3 Déshydratation grave

- Perfusion de sérum glucosé comportant par litre 3 g de NaCl, 1,5 KCl et 1 g de Ca-en attendant les résultats de l'ionogramme sanguin pour corriger les troubles électrolytiques.
- Relais par la réhydratation orale,
- Perfusion de sérum bicarbonaté 14 % 10 ml/kg en 2 heures en cas d'acidose traduite cliniquement par une polypnée superficielle,
- Perfusion de macromolécules en cas de collapsus. A défaut on transfuse l'enfant.

### 3.3.2.4 Détresses respiratoires

- Aspiration répétée pour libérer les voies aériennes supérieures,

- Oxygénothérapie par sonde nasale,
- Perfusion de sérum bicarbonaté à 14 ‰ en cas d'acidose appréciée uniquement sur la clinique,
- Les bronchites dyspnéisantes et les laryngites justifient l'emploi de dexaméthasone 0,3 mg/kg/prise,
- Antibiothérapie systématique. Ampicilline ou Amoxicilline 50 à 100 mg/kg en 2 prises.
- Si malgré ce traitement la détresse respiratoire s'aggrave, l'enfant est transféré en réanimation médicale pour intervention et ventilation assistée.
- En cas d'amélioration la surveillance clinique se poursuit et une radiographie du thorax est demandée dès que l'état clinique de l'enfant permet le déplacement vers le service de radiologie.

## EVOLUTION

- Nous avons déploré 182 décès sur les 1684 enfants admis en urgence soit 10,8 %. Les 2/3 des décès sont survenus au cours des premières heures.
- Les détresses les plus mortelles sont la déshydratation grave (22 %), les bronchopneumopathies (18 %), le neuropaludisme (7 %).
- L'exiguïté de la salle d'urgence ne nous permet pas d'accueillir tous les enfants auxquels elle est normalement destinée, seulement 17 % des enfants admis en détresse sont transférés en salle d'urgence qui n'a qu'une capacité de 8 lits.
- 18 enfants ont été transférés dans d'autres services (Chirurgie ORL, réanimation médicale).

## COMMENTAIRES

- 4.1 Sur les 2818 enfants âgés de 1 mois à 15 ans admis dans le service, 1684 l'ont été en urgence soit 60 %.

Pratiquement 6 enfants sur 10 le plus souvent âgés de moins de 30 mois arrivent en détresse vitale. Cette fréquence élevée témoigne du recours tardif des parents à faire consulter et hospitaliser les enfants malades (1).

A Lomé, les urgences pédiatriques représentaient en 1980, 56 % des admissions, ce taux quasi identique au nôtre évoque que les urgences pédiatriques posent les mêmes problèmes dans la sous-région (5).

4.2 Pour mieux lutter contre l'état de détresse nous avons préféré cerner l'étiologie proprement dite aux symptômes tels que convulsion, coma, collapsus, asphyxie, arrêt cardiaque ou respiratoire amenant en urgence et pour lesquels notre action risque d'être vaine.

En 1976, les déshydratations occupaient la première place et les anémies sévères la 4ème place (8). Les 1ères places occupées actuellement par les anémies sévères et le neuropaludisme peuvent s'expliquer par deux faits :

- la recrudescence du paludisme depuis 1986 (2), (3), (4), (7), (9),
- une meilleure prise en charge des diarrhées aiguës en périphérie (2).

4.3 La prise en charge des détresses vitales posent de réels problèmes à cause de :

- l'indigence des structures d'accueil (réanimation sur une paillasse de fortune avec tous les inconvénients que cela comporte).
- l'insuffisance des ressources humaines en vue d'une surveillance étroite,
- l'insuffisance des moyens diagnostiques et thérapeutiques avec rupture fréquente du stock de médicaments et de petits matériels.

Tous ces facteurs contribuent à élever le taux de mortalité particulièrement au cours des 48 premières heures d'hospitalisation (10,8 % dans notre service contre 9,2 % à Lomé). (5), (10).

Ces facteurs nous conduisent devant l'enfant en détresse vitale à adopter une attitude thérapeutique simple et adaptée à chaque cas.

Ces facteurs amènent à une situation de catastrophe où la sécurité sanitaire n'est pas tout à fait garantie.

Que faire dans un tel contexte ?

Les soins de santé primaires peuvent réduire dans un avenir que nous souhaitons proche la morbidité et la mortalité chez l'enfant.

En attendant que les stratégies préventives adoptées par les soins de santé primaires et l'initiative de Bamako évitent l'engorgement des structures d'accueil envahies par les

détresses vitales il faut développer les structures d'urgence et de réanimation.

Nous proposons :

1. La création d'une véritable salle de réception des urgences,
2. A moyen terme la création d'une unité de réanimation pédiatrique attendant au service de Pédiatrie. Cette unité disposera de matériels complets (6),
3. Devant l'urgence, la mise en œuvre d'une attitude thérapeutique simple et bien codifiée qui doit être connue de tout le corps médical et paramédical exerçant en zone tropicale,
4. Enfin l'information et l'éducation des parents sur la notion d'urgence et de gravité pour éviter le recours tardif à nos unités de soins.

L'éducation portera également sur la prévention des principales causes des détresses vitales.

### CONCLUSION

Les urgences pédiatriques demeurent fréquentes dans nos régions (6 enfants sur 10 admis souffrent d'une détresse vitale).

Les principales étiologies sont l'anémie sévère, le neuropaludisme, les pneumopathies et la déshydratation.

L'insuffisance de moyens diagnostiques, thérapeutiques et en personnels qualifiés ne nous permet pas une prise en charge adéquate.

Aussi la mortalité reste-t-elle élevée.

La création d'une véritable salle de réception des urgences pédiatrique au sein du Centre National Hospitalier et Universitaire, la création des satellites en périphérie, la mise en œuvre d'une bonne technique de réanimation et surtout d'une attitude thérapeutique simple et bien codifiée devant les causes des états de détresse permettront une meilleure prise en charge du nourrisson et de l'enfant en attendant un meilleur résultat des diverses stratégies préventives adoptées dans les soins de santé primaires.

**BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - AYIVI B.  
Prise en charge de l'enfant au Centre Hospitalier.  
La Pédiatrie Béninoise : bilan et perspectives.  
Paris - Rhône Poulenc Santé Ed. 1986.
- 2 - AYIVI B., DAN V., HAZOUME F.A.  
Mortalité au Bénin : statistique du Service de Pédiatrie pour l'année 1986.  
Publ. Méd. Afr. 1988, 18, 49-59.
- 3 - AYIVI B., DAN V., DOUMAKPAI S., HAZOUME F.  
Morbidity et mortalité du paludisme au C.N.H.U. de COTONOU  
Etude sur 3 ans (1986 - 1987 - 1988) Journée béninoise sur le paludisme -  
COTONOU 17 avril 1989.
- 4 - BEAUFORT L.  
Le paludisme chez nous.  
Afrique Pharma. 1989, n°17, page 3-16.
- 5 - BLIMPO E.  
Les urgences pédiatriques à Lomé.  
Thèse Med. Lomé, 1984, n°133.
- 6 - BONDURANT A.  
Réanimation en milieu tropical.  
population et santé tropicale : 1987, 27, 1-3.
- 7 - EKUE K.  
Contribution à l'étude de l'anémie au cours du paludisme chez l'enfant  
béninois. Thèse Med. COTONOU, 1988, n°390.
- 8 - HAZOUME F.A., POHLMANN A., BABA MOUSSA A.  
Les urgences pédiatriques à Cotonou.  
Afr. Med. 1977 16/148 143-153.
- 9 - KOUMAKPAI S., DAN V., ZOHOUN T., AYIVI B., F. HAZOUME  
Resurgence des fièvres bilieuses hémoglobinuriques en milieu pédiatrique  
à Cotonou. Journée Béninoise sur le paludisme Cotonou 17 avril 1989.
- 10 - RAHIMY C.D.  
Contribution à l'étude de la mortalité précoce.  
Thèse Med. Cotonou 1982, n°32.