

LES MYELOMENINGOCELES EN AFRIQUE : CAS DE LA COTE D'IVOIRE

O. OUATTARA(1), A. DIETH(1), B. KOUAME(2), N. MOH(2), R. DICK(3),
S. DA SILVA-ANOMA(4), C. AGUEHOUNDE(4), C. ROUX(5).

RESUME

A partir d'une série de 132 observations colligées en 12 ans les auteurs exposent les difficultés de la prise en charge des myéломéningocèles en Côte d'Ivoire. La mortalité postopératoire est élevée (16,25%), la morbidité est élevée (50%) les résultats tardifs sont médiocres. Ils proposent un modèle de prise en charge pour réduire cette morbidité et mortalité et permettre une bonne insertion sociale des patients.

Mots clés : Myéломéningocèle - Mortalité - Morbidité.

SUMMARY

Myelomeningocele in Africa : Case of Côte d'Ivoire

The authors present their experience with myelomeningocele based upon a series of 132 cases collected in 12 years. Post operative mortality is high (16,25%) morbidity is high (50%) and long terme results are poor. They suggest a pattern of management to reduce mortality and morbidity and allow a good social integration.

Key words : Myelomeningocele - Mortality - Morbidity.

I. INTRODUCTION

Les problèmes posés par les myéломéningocèles sont nombreux et complexes. D'abord le type anatomique avec l'extrême gravité des myéломéningocèles à aire médullaire nue, ensuite les lésions associées ainsi que leur traitement, et enfin et surtout les difficultés d'insertion familiale et sociale de ces enfants qui en Afrique sont considérés comme un mauvais sort et voués à la mort.

Devant ce concept social, notre étude s'est donné comme objectif d'exposer nos difficultés thérapeutiques et de proposer un modèle de prise en charge en vue de réduire la mortalité et la morbidité élevées de cette pathologie afin de permettre leur insertion dans la société traditionnelle et moderne.

1. Chef de Clinique
2. Interne des Hôpitaux
3. Maître Assistant
4. Professeur Agrégé

II. MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 132 myéломéningocèles colligées dans les services de Chirurgie Pédiatrique des C.H.U. de Cocody et Yopougon de 1980 à 1992.

Le diagnostic a toujours été évident et porté sur le caractère anatomique de la lésion. Après un bilan préopératoire, nous utilisons la technique de WATSON pour la cure avec les différents temps de dissection et résection fermeture médullaire, durale, aponévrotique puis cutanée.

Les paramètres que nous avons étudiés sont les suivants :

- L'âge des patients à la première consultation selon qu'ils ont été reçus avant la 6e heure, entre la 6e heure et le 7e jour, après le 7e jour.
- Le type anatomique avec les formes ulcérées, rompues ou épidermisées.
- Les lésions associées qui sont neurologiques orthopédiques ou urologiques.
- Les résultats post-opératoires.

III. RÉSULTATS

Age à la première consultation

Aucun patient n'a été reçu avant la 6e heure de vie, par contre nous avons enregistré 61 cas dans la première semaine, et 70 cas après la première semaine ; 1 cas est resté sans précision.

Type anatomique

Sur les 60 cas précisés 24 sont des formes ulcérées, 19 sont rompues et 17 épidermisées.

Lésions associées

Les troubles sphinctériens patents, incontinenances anale et vésicale, sont retrouvés dans 46 cas ; le pied bot varus équin bilatéral congénital dans 20 cas, l'hydrocéphalie dans 18 cas.

5. Professeur Chef de Service
Service de Chirurgie Pédiatrique CHU de Yopougon
21 B.P. 632 Abidjan 21 Côte d'Ivoire

Des anomalies orthopédiques autres que le pied bot varus équin congénital sont retrouvées dans 24 cas.

Résultats post-opératoires

Sur les 80 patients opérés, 32 l'ont été au cours de la première semaine de vie et 48 après la première semaine de vie. Nous avons enregistré 13 décès des suites immédiates de l'intervention, 26 lâchages de suture après suppuration, 11 hydrocéphalies, 3 troubles sphinctériens. L'évolution immédiate a été jugée satisfaisante dans 27 cas (sans aucune complication).

Les résultats tardifs appréciés chez 27 patients avec un recul de 4 mois à 24 mois (recul moyen de 8 mois) révèlent 5 retards psychomoteurs isolés, 7 paraplégies avec troubles sphinctériens, 13 hydrocéphalies dont 6 opérées par dérivation ventriculo péritonéale et 2 récidives de pieds bots varus équins opérés.

COMMENTAIRE

1. Nous recevons les patients très tard, l'âge à la première consultation varie entre J0 et 2 mois contrairement à BETEX (1) et DIMEGLIO (2) qui les reçoivent tous à J0.

Ce fait augmente énormément le risque infectieux (3) et s'explique par 2 raisons :

- a) Le manque de structure spécialisée d'accueil à l'intérieur du pays faisant des centres hospitaliers Universitaires d'Abidjan les seuls hôpitaux pouvant s'occuper des myéломéningocèles.
- b) L'ignorance de la majorité de la population pour une pathologie aussi grave, et le fait que tous les enfants ne sont pas nés à la maternité, amènent les parents à consulter aux stades de rupture, d'ulcération ou d'infection.

2. Selon le type anatomique, les myéломéningocèles à aire médullaire nue sont les plus fréquentes soit 71% dont 40% d'ulcérée et 31% de rompue. Ce type anatomique est exposé à la dessiccation qui altère les cellules nerveuses, et à l'infection (3) ; raisons pour lesquelles BETEX (1) et JAN (4) les considèrent comme des extrêmes urgences et les opèrent avant la 6e heure de vie.

3. Devant le nombre élevé des lésions associées tous les auteurs (1, 2, 3, 4, 5) préconisent une prise en charge multi-

disciplinaire. Si le traitement du pied bot varus équin ne nous a pas posé de problème pratique, celui de l'hydrocéphalie a été tout le contraire car le prix de revient de la pose d'une valve ventriculopéritonéale est très élevé du fait que la valve doit être spécialement commandée en France et est estimé à 500 000 FCFA.

4. Pour les 80 myéломéningocèles opérées le taux de mortalité est de 16,25%.

93% des patients décédés présentaient une forme rompue associée à une hydrocéphalie et des troubles sphinctériens majeurs avant l'intervention. Nous avons des taux de mortalité légèrement en dessous de la littérature, mais il faut remarquer que le suivi de nombreux patients nous échappe à moyen terme. La morbidité est élevée avec 650% de lâchage et suppuration dus au fait que les patients ont été adressés très tard. Nous avons néanmoins réussi à tarir cette infection post-opératoire immédiate par des soins locaux et une antibiothérapie par voie générale. L'évolution post-opératoire immédiate a été jugée satisfaisante pour 33% des patients exécutés à J8 post-opératoire sans lâchage ni suppuration, sans hydrocéphalie et sans troubles sphinctériens patents ou aggravés par l'intervention. Par contre avec un recul moyen de 8 mois pour 27 patients, 48% ont présenté une hydrocéphalie avec retard psychomoteur, et 26% une paraplégie.

A vrai dire le suivi à long terme de nos malades pose d'énormes problèmes : coût élevé des frais, refus de continuer le traitement par découragement des parents.

5. Devant toutes ces difficultés rencontrées pour la prise en charge et devant un taux de mortalité élevé, une morbidité élevée et des résultats tardifs médiocres, un suivi irrégulier, nous nous sommes posés la question de savoir s'il fallait continuer à opérer tous ces patients. Nous avons alors proposé une attitude prudente à savoir : le choix des patients à opérer en tenant compte des facteurs morbides qui sont :

- L'hydrocéphalie
- L'infection de la plaque médullaire ou une septicémie
- La rupture de la poche
- Les malformations viscérales majeures
- Les troubles neurologiques majeurs.

Ne seront opérées que les formes associées à au plus deux de ces facteurs.

Un choix douloureux mais qui peut-être modulé en fonction de nos possibilités techniques.

CONCLUSION

Une meilleure prise en charge des myéломéningocèles dans nos pays Africains doit passer par :

- La vulgarisation de l'échographie obstétricale et si possible le dosage de l'alfatoeto-protéine du liquide amniotique pour dépister les sujets fortement suspects, et poser le problème de l'interruption de la grossesse ou non.

- L'organisation d'une campagne de sensibilisation dans tous les hôpitaux et tous les centres sociaux du pays afin que ces patients soient adressés dans des services appropriés le plus tôt possible.
- La prise en charge des patients par la société toute entière par la création d'une structure spécialisée médicale et une structure para médicale pour les soins comme en Europe (O.N.G.) pour aider à l'insertion sociale et familiale.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. BETEX.
Symposium sur les myéломéningocèles et leurs complications.
Annales de Chirurgie infantile Jan, Fev. 69 ; 10, 5-6.
2. A. DIMEGLIO.
La rééducation du spina bifida.
Pour quel bénéfice ? Pour quel avenir social ?
Actualités Rééducation 7e sem. 1982, 115-122.
3. I. DIOP, A. SOW, M.C. SW.
Méningite purulente et spina bifida.
Bull. Soc. Méd. Afrique Noire Langue Française, 1977, 22 (4) : 421-425.
4. MS. JAN, B.K. FISHER.
Squamous cell, Carcinoma arising in myéломéningocèle.
CMA. Journal, October 1978, 7, 119-741.
5. R.B. ZACHARY.
Problèmes moraux et sociaux du traitement intensif de la myéломéningocèle.
Annales de Chirurgie Infantile Paris, 1969, 10, (1) : 7-14.