

MINISTERE DE L'EDUCATION  
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE

-----  
ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI

N° 21  
1992

ANNEE

LES PATHOLOGIES ACCIDENTELLES A LA  
PEDIATRIE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE

( à propos de 208 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE.....Fevrier 1993

DEVANT

L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

*PAR*

**FATOUMATA MAGUIRAGA**

*POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE*

**DIPLOME D'ETAT**

**JURY**

**PRESIDENT** - Pr Sidy Yaya SIMAGA

**MEMBRES** - Pr Mamadou M. KEITA  
- Dr Mamadou DEMBELE

**DIRECTEUR DE THESE** - *Pr Toumani SIDIBE*



**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 1991 - 1992**

**LISTE DES PROFESSEURS**

|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| Professeur ISSA TRAORE       | Doyen                |
| Professeur BOUBACAR S. CISSE | Premier Assesseur    |
| Professeur AMADOU DOLO       | Deuxième Assesseur   |
| Docteur BERNARD CHANFREAU    | Conseiller Technique |
| Professeur BAKARY M. CISSE   | Secrétaire Général   |

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS AGREGES.**

|                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| Professeur Abdel Karim KOUMARE   | Chef DER de chirurgie       |
| Professeur Mamadou Lamine TRAORE | Chirurgie Générale          |
| Professeur Aliou BA              | Ophtalmologie               |
| Professeur Bocar SALL            | Ortho. Traumat . Secourisme |
| Professeur Sambou SOUMARE        | Chirurgie générale          |
| Professeur Abdou Alassane TOURE  | Ortho. Traumato             |
| Professeur Amadou DOLO           | Gynéco - Obstétrique        |
| Professeur Djibril SANGARE       | Chirurgie Générale          |

**2. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE**

|                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| Docteur Madame SY Aida SOW     | Gynéco - Obstétrique  |
| Docteur Kalilou OUATTARA       | Urologie              |
| Docteur Mamadou L. DIOMBANA    | Odonto - Stomatologie |
| Docteur Djibril SANGARE        | Chirurgie générale    |
| Docteur Salif Diakité          | Gynéco - Obstétrique  |
| Docteur Abdoulaye DIALLO       | Ophtalmologie         |
| Docteur Alhousséini Ag MOHAMED | O.R.L.                |
| Docteur Mme DIANE F.S. DIABATE | Gynéco - Obstétrique  |
| Docteur Abdoulaye DIALLO       | Anesth - Réanimation  |
| Docteur Sidi Yaya TOURE        | Anesth - Réanimation  |
| Docteur Gangaly DIALLO         | Chirurgie Générale    |
| Docteur Sékou SIDIBE           | Ortho - Tramatologie  |
| Docteur A.K. TRAORE DIT DIOP   | Chirurgie Générale    |

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

**1. PROFESSEURS AGREGES**

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| Professeur Bréhima KOUMARE  | Microbiologie          |
| Professeur Siné BAYO        | Anatomie - Pathologie. |
| Professeur Gaoussou KANOUTE | Chimie Analytique      |
| Professeur Yaya FOFANA      | Hématologie            |
| Professeur Ogobara DOUMBO   | Parasitologie          |

**2. DOCTEURS D'ETAT**

|                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| Professeur Yéya Tiémoko TOURE | Biologie                   |
| Professeur Amadou Diallo      | Chef D.E.R. Sciences Fond. |

### 3. DOCTEUR 3° CYCLE

|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Professeur Moussa HARAMA      | Chimie Organique              |
| Professeur Massa SANOGO       | Chimie Analytique             |
| Professeur Bakary M. CISSE    | Biochimie                     |
| Professeur Mahamadou CISSE    | Biologie                      |
| Professeur Sekou F.M. TRAORE  | Entomologie médicale          |
| Professeur Abdoulaye DABO     | Malacologie, Biologie Animale |
| Professeur N'Yenigue S. KOITA | Chimie Organique              |

### 4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

|                              |                     |
|------------------------------|---------------------|
| Docteur Abderhamane S. MAIGA | Parasitologie       |
| Docteur Anatole TOUNKARA     | Immunologie         |
| Docteur Amadou TOURE         | Histo - Embryologie |

### 5. MAITRES ASSISTANTS

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Docteur Abdrahamane TOUNKARA | Biochimie     |
| Docteur Flabou BOUGODOGO     | Bactériologie |

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS AGREGES

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| Professeur Abdoulaye AG RHALY | Chef D.E.R. Médecine  |
| Professeur Souleymane SANGARE | Pneumo - phtisiologie |
| Professeur Aly GUINDO         | Gastro - Entérologie  |
| Professeur Mamadou K. TOURE   | Cardiologie           |
| Professeur Mahamane MAIGA     | Néphrologie           |
| Professeur Ali Nouhoum DIALLO | Médecine Interne      |
| Professeur Baba KOUMARE       | Psychiatrie           |
| Professeur Moussa TRAORE      | Neurologie            |
| Professeur Issa TRAORE        | Radiologie            |
| Professeur Mamadou M. KEITA   | Pédiatrie             |
| Professeur Eric PICHARD       | Médecine Interne      |
| Professeur Toumani SIDIBE     | Pédiatrie             |

#### 2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Docteur Abdel Kader TRAORE | Médecine Interne        |
| Docteur Moussa Y. MAIGA    | Gastro - Entérologie    |
| Docteur Balla COULIBALY    | Pédiatrie               |
| Docteur Boubacar DIALLO    | Cardiologie             |
| Docteur Dapa Ali DIALLO    | Hémato - Médec. Interne |
| Docteur Somita KEITA       | Dermato - Léprologie    |
| Docteur Bah KEITA          | Pneumo - Phtisiologie   |
| Docteur Hamar A TRAORE     | Médecine Interne        |

### D.E.R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

#### 1. PROFESSEURS AGREGES

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Professeur Boubacar CISSE | Toxicologie        |
| Professeur Arouna KEITA   | Matières Médicales |

#### 2. MAITRES ASSISTANTS

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| Docteur Boulkassoum HAIDARA | Législ. Gest. Pharm    |
| Docteur Elimane MARIKO      | Pharmacodynamie        |
| Docteur Ousmane DOUMBIA     | Chef D.E.R SCES PHARM. |
| Docteur Drissa DIALLO       | Matières Médicales     |

## D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEURS AGREGES

|                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Professeur Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique ( Chef D.E.R.) |
| Professeur Moussa A. MAIGA  | Santé Publique                |
| Docteur hubert BALIQUE      | Maitre de Conf. Santé Pub.    |

### 2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| Docteur Bernard CHANFREAU | Santé Publique |
| Docteur Bocar G. TOURE    | Santé Publique |
| Docteur Sory I. KABA      | Santé Publique |

### CHARGES DE COURS

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Docteur Mme CISSE A. GAKOU  | Galénique               |
| Professeur N'Golo DIARRA    | Botanique               |
| Professeur Bouba DIARRA     | Bactériologie           |
| Professeur Salikou SANOGO   | Physique                |
| Professeur Daouda DIALLO    | Chimie Générale et Min. |
| Professeur Bakary I. SACKO  | Biochimie               |
| Professeur Yoro DIAKITE     | Maths                   |
| Professeur Sidiki DIABATE   | Bibliographie           |
| Docteur Salikou Aliou KEITA | Galénique               |
| Docteur Boubacar KANTE.     | Galénique               |
| Docteur Souleymane GUINDO   | Gestion                 |
| Docteur Mrs Sira DEMBELE    | Maths                   |
| Mr Modibo DIARRA            | Nutrition               |
| Mrs MAIGA Fatoumata SOKONA  | Hygiène du Milieu       |

### ASSISTANTS

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Docteur Nouhoum ONGOIBA    | Chirurgie         |
| Docteur Saharé FONGORO     | Néphrologie       |
| Docteur Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie       |
| Docteur Benoît KOUMARE     | Chimie Analytique |
| Docteur Ababacar I. MAIGA  | Toxicologie       |
| Docteur Mamadou DEMBELE    | Médecine Interne  |

### CES

|                                     |                    |
|-------------------------------------|--------------------|
| Docteur Daba SOGODOGO               | Chirurgie Générale |
| Docteur Georges YAYA (centrafrique) | Ophtalmologie      |
| Docteur Abdou ISSA (NIGER)          | Ophtalmologie      |
| Docteur Amadou DIALLO (Sénégal)     | Ophtalmologie      |
| Docteur Askia Mohamed (NIGER)       | Ophtalmologie      |
| Docteur Oumar BORE                  | Ophtalmologie      |
| Docteur N'DJIKAM jonas (Cameroun)   | Ophtalmologie      |
| Docteur DEZOUNBE Djoro (Tchad)      | Ophtalmologie      |
| Docteur Aboubacrine A. MAIGA        | Santé Publique     |
| Docteur Dababou SIMPARA             | Chirurgie Générale |
| Docteur Mahamane TRAORE             | Chirurgie Générale |
| Docteur Mohamed Ag BENDECH          | Santé Publique     |
| Docteur Mamadou MAIGA               | Dermatologie       |

### **PROFESSEURS MISSIONNAIRES**

|                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| Professeur J. P. BISSET    | Biophysique        |
| Professeur F. ROUX         | Biophysique        |
| Professeur G. FARNARIER    | Physiologie        |
| Professeur G. GRAS         | Hydrologie         |
| Professeur E. A YAPO       | Biochimie          |
| Professeur Babacar FAYE    | Pharmacodynamie    |
| Professeur Mamadou BADIANE | Pharmacie Chimique |
| Professeur Issa LO         | Législation        |

### **PERSONNELS RESSOURCES**

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Docteur Madani TOURE       | H.G.T.           |
| Docteur Tahirou BA         | H.G.T.           |
| Docteur Amadou MARIKO      | H.G.T.           |
| Docteur Badi KEITA         | H.G.T.           |
| Docteur Antoine NIANTAO    | H.G.T.           |
| Docteur Kassim SANOGO      | H.G.T.           |
| Docteur Yéya I. MAIGA      | I.N.R.S.P.       |
| Docteur Chompere KONE      | I.N.R.S.P.       |
| Docteur Adama SANOGO       | I.N.R.S.P.       |
| Docteur BA Marie P. DIALLO | I.N.R.S.P.       |
| Docteur Almahdy DICKO      | P.M.I. SOGONINKO |
| Docteur Mohamed TRAORE     | KATI             |
| Docteur Arkia DIALLO       | P.M.I. CENTRALE  |
| Docteur REZNIKOFF          | I.O.T.A.         |
| Docteur TRAORE J. THOMAS   | I.O.T.A.         |
| Docteur P. BOBIN           | I. Marchoux      |
| Docteur A. DELAYE          | H.P. G.          |
| Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE | I.O.T.A.         |
| Docteur Hamidou B. SACKO   | HGT              |

# SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I- INTRODUCTION.....</b>                          | <b>1</b>  |
| <b>II- OBJECTIFS.....</b>                            | <b>4</b>  |
| 1- Objectif général.....                             | 4         |
| 2- Objectifs spécifiques.....                        | 4         |
| <b>III- GENERALITES.....</b>                         | <b>5</b>  |
| 1- Les Intoxications.....                            | 5         |
| 1- 1 Les intoxications Alimentaires.....             | 5         |
| 1- 2 Les intoxications médicamenteuses.....          | 6         |
| 1- 3 les intoxications aux produits industriels..... | 10        |
| 1- 4 Traitements des intoxications .....             | 13        |
| 2- Les Morsures.....                                 | 17        |
| 3- Les piqûres d'insecte.....                        | 19        |
| 4- Les noyades .....                                 | 19        |
| 5- L'electrocution.....                              | 22        |
| 6- Les brulûres Thermiques.....                      | 23        |
| 7- Les corps Etrangers.....                          | 25        |
| <b>IV- METHODOLOGIE.....</b>                         | <b>27</b> |
| 1- Lieu.....   | 27        |
| 2- Echantillon.....                                  | 27        |
| 2 - 1- Critères d'Inclusion.....                     | 27        |
| 2 - 2 Critères d'Exclusion.....                      | 28        |

|   |           |
|---|-----------|
| 3- Matériel.....  | 28        |
| <b>V- RESULTATS.....</b>  | <b>29</b> |
| 1- Résultats Descriptifs:.....  | 29        |
| 1 - 1 Caractéristiques de l'enfant.....                               | 29        |
| 1 - 2 Caractéristiques de l'habitat.....                              | 31        |
| 1 - 3 Caractéristiques de parents.....                                | 32        |
| 1 - 4 Caractéristiques de la famille.....                             | 34        |
| 1 - 5 Caractéristiques de l'accident.....                             | 36        |
| 1 - 6 Caractéristiques du traitement.....                             | 40        |
| 1 - 7 Devenir des accidentés.....                                     | 41        |
| 1 - 8 Pavillon d'accueil .....  | 42        |
| 2- Résultats Analytiques.....   | 43        |
| 2 - 1 L'âge des accidentés en fonction du lieu de l'accident.....     | 43        |
| 2 - 2 Heures d'accidents en fonction du type de garde.....            | 44        |
| 2 - 3 Types d'accidents en fonction de la modalité du traitement..... | 45        |
| 2 - 4 Types d'accidents en fonction de l'évolution .....              | 46        |
| 2 - 5 Types d'accidents en fonction des signes cliniques.....         | 47        |
| 2 - 6 Types d'accidents en fonction de l'heures d'accidents.....      | 49        |
| 2 - 7 Types d'accidents en fonction du coût des soins.....            | 50        |
| 2 - 8 Evolution en fonction de la modalité du traitement.....         | 51        |
| <b>VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>                           | <b>52</b> |
| 1- Fréquence.....   | 52        |
| 2- Etude Etiologique.....   | 52        |
| 3- Etude Clinique.....  | 53        |
| 4- Examens Complémentaires.....                                       | 57        |

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>VII- CONCLUSION.....</b>       | <b>58</b> |
| <b>VIII- RECOMMANDATIONS.....</b> | <b>60</b> |
| <b>IX- RESUME.....</b>            | <b>61</b> |
| <b>X- BIBLIOGRAPHIE.....</b>      | <b>62</b> |
| <b>XI- ANNEXES.....</b>           | <b>67</b> |
| 1- Abréviation.....               | 67        |
| 2- Questionnaire.....             | 68        |



# DEDICACES

## **A mes Parents**

Aucun mot ne saurait exprimer ce que je ressens pour vous,  
votre persévérance m'a orientée vers ce noble métier de médecin  
votre souci constant pour la réussite de vos enfants, et votre générosité font de  
vous des parents exemplaires.

Vos prières sont en fin exaucées et à mon tour, je prie Dieu pour qu'il vous prête  
longue vie afin que vous puissiez jouir de votre œuvre.

- **A ma mère** , que son âme repose en paix

## - **A mes frères et sœurs**

Tout mon attachement. Vous avez partagé tous mes soucis et vous n'avez épargné  
aucun effort pour me voir réussir. la cordiale atmosphère familiale que vous avez  
toujours entretenu restera gravée à jamais dans ma mémoire. Puisse ce travail  
servir de récompense pour les aînés et d'exemple pour les cadets.

## - **A mes oncles et tantes**

Puisse ce travail représente le témoignage de ma profonde affection.

## - **A mes cousins et cousines**

en témoignage à ce qui nous lie

## - **A toutes les familles Maguiraga et Sylla.**

- Puisse ce travail faire votre fierté

## - **A Mr. Sidi Lamine SIDIBE**

toute ma tendresse et mon profond amour

- **A mes camarades et amis** Hawa COULIBALY , Modibo KANE DIALLO, Ibrahim  
TRAORE je vous souhaite bon courage.

- **A tous mes amis.**

Je m'abstiens de citer des noms par crainte d'en oublier certains. Trouvez ici ma profonde amitié.

- **Aux familles** : SIMAGA, DIAKITE, CISSE, OUATTARA, MAIGA, SANGARE, N'DIAYE et SIDIBE.

- **A mes collègues** de la promotion 1985-1991 de l'E.N.M.P. en particuliers mes amis et collègues de la Pédiatrie, Adama Balla COULIBALY, Drissa OUATTARA, Mme DOUMBIA Fatoumata DIALLO, Mme DAO Binta TRAORE, Drissa DIAKITE et Mahamane TOURE courage et bonne chance.

- A Guediouma DEMBELE, Boubacar DEMBELE, Mlle Safiatou Ag RHALY et Belco POUDJOUYOU pour votre Collaboration positive.

- **A tout le personnel** de la pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE, Merci pour votre constante amitié et votre dévouement.

- **Au Major** Youssouf SIDIBE pour sa disponibilité.

- **Aux infirmières**, Mme TRAORE Ami Dagnogo et Mme TRAORE Tenin KAMISSOKO.

- A Mr. Kalédou DOUMBIA du service de la Division Epidémiologie pour son dévouement .

## **AUX MEMBRES DU JURY**

**Notre maître et Président du Jury**

**Professeur Sidi yaya SIMAGA**

Nous avons trouvé en vous un maître plein de connaissance et d'expérience. Avec gentillesse et sans condition; vous avez accepté la Présidence de notre jury; vous nous faite un grand honneur. Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et concis.

Puisse ce travail être le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect;

**Notre maître et membre du jury**

**Professeur Mamadou Marouf KEITA**

Nous avons apprécié le plaisir avec laquelle vous avez accepté de faire partie de nos juges.

Vos qualités intellectuelles et humaines, votre disponibilité de tous les instants nous ont toujours émerveillés.

Votre présence parmi nos juges aujourd'hui réhausse le niveau de notre travail.

Veillez accepter Monsieur le Professeur nos remerciements et notre profonde gratitude

**Notre maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Toumani SIDIBE**

Vous avez bien voulu guider ce travail malgré vos multiples occupations

Notre séjour dans votre service a été l'occasion pour nous de comprendre votre très grande détermination à améliorer l'état de santé de nos populations.

Homme honnête et responsable, vous avez été pour nous, un bon exemple à suivre.

Vos qualités scientifiques et votre bon sens du travail bien fait font de vous un maître modèle.

Veillez accepter Monsieur le Professeur nos remerciements les plus reconnaissants et toute notre gratitude.

**Notre maître et membre du jury**

**Dr Mamadou DEMBELE**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

Trouvez ici l'expression de notre plus haute considération.

# I- INTRODUCTION

## **DEFINITION**

L'accident est défini selon Larousse comme "un événement fortuit, inattendu, involontaire, brutal. Il est extérieur à l'enfant et est responsable ou non de lésion".

Les pathologies accidentelles en pédiatrie existent partout dans le monde. Elles sont particulièrement fréquentes et diversifiées dans les pays en voie de développement.

Malgré les progrès scientifiques et techniques (utilisation de courant, réfrigérateur, bouchon de sécurité, technique moderne de réanimation), les pathologies accidentelles restent un problème de santé publique aussi bien pour les pays développés que pour les pays en voie de développement :

Certains de ces accidents mettent en jeu le pronostic vital de l'enfant. Les accidents sont le plus souvent dus à une négligence de la part des parents (relâchement en un certain moment de la journée de la surveillance des enfants au profit des occupations ménagères; rangement moins sécurisant des produits dangereux) ou le fait d'une hygiène de vie déplorable (aliment mal conservé, mal cuit ou contaminé) ou une faute technique (erreur d'utilisation ou d'exécution par les parents, plus rarement une erreur de prescription de la part du médecin) (37).

- la prévention de ces accidents chez l'enfant a fait l'objet de deux colloques de l'OMS à GENEVE en 1956 et à SPA en 1958 (36) ;

- en France les accidents domestiques à eux seuls sont à l'origine de 5000 décès annuels (21) ;
- en 1985 le centre antipoison de Rennes a reçu plus de 1100 appels dont 50 % concernaient les enfants (9) ;
- à Mayotte en 1989 les pathologies accidentelles représentaient 12 % des hospitalisations en pédiatrie (21) ;
- à Douala sur une période d'une année 165 cas d'ingestion de produits toxiques ont été enregistrés à la clinique mère ; (8)
- à Abidjan au CHU de Cocody en 1988 il ya eu 202 cas d'intoxication aigue chez les enfants (7);
- Emmanuel TRAORE au Mali en 1988 a trouvé que l'accident se classe parmi les 5 premières causes des urgences pédiatriques avec un effectif de 3318 accidents d'enfants. Le taux global d'hospitalisation était de 8,2 % et le taux de letalité de 15 pour 1000 ;(38)
- d'après une étude menée au service de pédiatrie de l'HGT sur 36 mois la fréquence des intoxications s'élevait à 127 cas sur 4182 hospitalisations, soit 3,3 %. La durée d'hospitalisation variait de 1 à 3 jours ; (35)

L'importance du problème des accidents en pédiatrie serait sous estimée si on ne s'intéressait qu'aux seuls taux de mortalité. Mais l'importance qu'on lui accorde pourrait se justifier par sa fréquence et la gravité des conséquences qu'il peut entraîner par insuffisance d'infrastructure sanitaire dans un pays comme le notre.

Ces premières études menées au Mali avaient pour but de faire une étude épidémiologique descriptive de la pathologie accidentelle chez l'enfant sans tenir compte de certaines variables entre autres la situation

socio-économique, l'heure de survenue des accidents, le coût de la prise en charge de ces accidents.

Parmi ces différentes pathologies accidentelles au MALI, nous nous intéresserons aux : intoxications (alimentaire, médicamenteuse et produits industriels), piqûre d'insectes, morsures, noyades, corps étrangers et brûlures.



## II - OBJECTIFS

## **1- OBJECTIF GENERAL**

La présente étude vise les objectifs suivants:

- faire une étude descriptive des pathologies accidentelles en pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE.

## **2- OBJECTIFS SPECIFIQUES:**

Les objectifs spécifiques que nous nous sommes fixés sont les suivants :

- déterminer la nature des accidents chez l'enfant ;
- repertorier les facteurs favorisant la survenue de ces accidents ;
- identifier les facteurs socio-économiques qui influent sur ces pathologies ;
- évaluer le coût de la prise en charge d'une pathologie accidentelle en pédiatrie
- proposer les mesures à prendre pour prévenir ces pathologies accidentelles.

### **III - GENERALITES**

## **1- LES INTOXICATIONS:**

L'intoxication est l'ensemble des phénomènes consécutifs à l'ingestion de produits ou d'aliments se comportant comme un poison pour l'organisme. L'enfant jusqu'à un certain âge a tendance à tout porter à sa bouche. En général il est attiré soit par le goût et par la couleur fascinante du produit, soit a tendance à prendre un produit pour un autre.

Le produit toxique emprunte le tube digestif, les voies lymphatiques et sanguines, le foie, la circulation générale et le rein. A chaque étape le toxique absorbé ou ses produits de dégradation peuvent exercer un effet toxique. Cet effet dépend de leur nature, leur concentration et parfois de la susceptibilité individuelle des sujets. Les lésions touchent souvent plusieurs organes. L'atteinte toxique d'un tissu ou d'un organe entraîne des conséquences métaboliques; par exemple l'anurie d'origine hémolytique.

L'évolution des intoxications se fait avec un certain délai. Très généralement l'atteinte nerveuse centrale apparaît rapidement. Cependant les troubles renaux et hépatiques apparaissent plus tard (26).

Les intoxication généralement rencontrées sont:

### **1- 1 LES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES:**

Elles viennent au premier plan. Elles ont pour caractère commun d'être aiguës, collectives, d'évolution rapide et bénigne.

L'intoxication peut être occasionnée soit par des aliments naturellement toxiques (entre autres les champignons et les plantes), soit par des aliments sains mais devenus toxiques par contamination bactérienne ou par transformation toxique. L'intoxication peut aussi provenir d'un aliment du fait de la susceptibilité particulière du sujet vis à vis de l'aliment.

Les germes généralement en cause sont :

Le staphylocoque, les salmonelles, le schigelle<sup>et</sup> le colibacille (1).

La guérison des intoxications alimentaires dans presque 100 % des cas fait qu'elles viennent rarement en milieu hospitalier (20).

Le diagnostic peut être posé devant l'apparition des signes digestifs (diarrhées, vomissements, nausées) après ingestion d'un produit suspect. Le délai entre l'ingestion de l'aliment et l'apparition des symptômes permet de poser le diagnostic ou même de préciser la nature du germe responsable. Parfois on a recours à des examens complémentaires tel la coproculture (selles, reste d'aliments), le sero diagnostic de widal pour déterminer le germe en cause.

## 1- 2 LES INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES:

Leur fréquence élevée s'explique chez les enfants par le fait qu'ils ont tendance à tout porter à la bouche. Dans leur majorité les intoxications médicamenteuses restent sans gravité . Ces intoxications peuvent être imputable parfois aux médecins a cause de l'imprécision et de la mauvaise lisibilité de l'ordonnance .

Les circonstances de découverte sont très nombreuses. Le plus souvent la mère trouve son enfant entrain d'avaler le médicament ou elle constate une diminution de la quantité du médicament, ou encore trouve son enfant dans un état pathologique (coma, agitation, ebriété).

Bien que les signes cliniques retrouvés soit fonction de la nature du produit, de la quantité, et du délai entre l'ingestion et l'apparition des symptômes, l'examen physique reste important, car il permet d'évaluer l'état de l'enfant, et peut souvent renseigner sur la nature du toxique.

Ainsi on peut suspecter devant :

- une cyanose une méthémoglobinémie.
- une rougeur cutanée un anti-histaminique, un atropinique
- une bouche sèche un atropinique
- une mydriase une cocaïne, nicotine, atropine, amphetamine, anti-histaminique, LSD
- une myosis les opiacés, barbiturique, parathium
- une bradycardie les digitaliques, muscarine
- une tachycardie à l'atropine
- une respiration ample et profonde aux salicylés, amphetamines.

Il semble que ces intoxications médicamenteuses entraînent rarement des accidents graves. Les hospitalisations ne sont justifiées que par crainte légitime des conséquences éventuelles.

Parmi ces intoxications quelques unes méritent une mention spéciale, il s'agit de

a) L'Aspirine : (Salicylés) 3

\* Clinique:

Chez l'enfant le maître symptôme de l'intoxication aux salicylés est l'hyperpnée, respiration ample et profonde.

Les troubles évoluent en 3 phases qui sont :

- Phase d'alcalose respiratoire pure ;
- Phase d'alcalose plus acidose mixte;
- Phase d'acidose pure respiratoire et métabolique On peut avoir d'autres signes comme les troubles digestifs (nausée, vomissement, épigastralgie, hématemèse), fièvre, déshydratation globale (intra et extra cellulaire), baisse du taux de prothrombine, l'insuffisance renale, rarement un OAP.

Chez l'enfant on note une altération rapide de la conscience, des convulsions. Tous ces risques apparaissent dès que la dose quotidienne dépasse 100 mg/kg.

\* Traitement:

On procède au lavage gastrique, à l'administration de charbon activé, à la surveillance de l'équilibre acido-basique et de la glycémie.

- Il faut induire une bonne diurèse et corriger la déshydratation par la perfusion;

- L'alcalinisation doit être continue car elle permet au niveau des urines, d'augmenter l'excrétion renale et au niveau du sang, elle permet au salicylate de rester sous forme ionisée. L'apparition de trouble de la coagulation nécessite l'administration de la vitamine K1. Chez les malades gravement intoxiqués l'hémodialyse ou la dialyse péritoneale s'impose (10).

b)- Les Benzodiazepines :

L'intoxication par les benzodiazepines entraîne un coma calme, hypotonique sans signe de localisation. L'aggravation de l'état neurologique et respiratoire peut être très rapide avec les benzodiazepines d'action rapide comme le valium.

Le flumazenil est un antagoniste spécifique des benzodiazepines. Il peut être utilisé dans un but diagnostique et thérapeutique (3).

c) La Chloroquine :

\* Clinique:

L'intoxication aiguë est à l'origine de manifestation neuro-sensorielle qui a une valeur d'alarme. Les manifestations neuro-sensorielles généralement retrouvées sont : flou visuel, diplopie, agitation, bourdonnement d'oreille, hypo-acousie. Les convulsions traduisent le plus souvent une défaillance respiratoire. Un fond d'œil recherchera un spasme de l'artère centrale de la rétine.

Les troubles cardiaques sont fréquemment mortels. En l'absence de traitement, la dose à risque est de l'ordre de 3 grammes et elle serait fatale ↗

aux environs de 5 grammes. Les manifestations cardio-vasculaires apparaissent sous forme de trouble du rythme à l'ECG, collapsus. A dose toxique, elles sont brutales et précoces, et apparaissent en moins de trois heures après ingestion .

\* Traitement :



Pour les intoxications à risque vital, il convient d'associer l'intubation à la respiration assistée. Lorsque la dose est supérieure à 3 g le diazepam présente un effet protecteur de mécanisme mal élucidé. (15)

L'adrenaline est le médicament de choix lorsqu'il existe un collapsus (3).

### 1- 3 LES INTOXICATIONS AUX PRODUITS INDUSTRIELS:

Les intoxications par agents chimiques, notamment les produits à usage ménager, est fréquentes de nos jours. Ces produits se présentent sous différentes formes (granulé, poudre, liquide, ). Le nombre de produits à usage domestique ou agricole contenant des toxiques est considérable et la diversité des noms commerciaux encore plus.

Le conditionnement de certains produits indique clairement les risques d'absorption ; il n'en reste pas moins qu'un grand nombre de produits domestiques ne donnent aucune précision sur leur composition.

En général après ingestion de ces produits le premier geste accompli à domicile est le vomissement provoqué ou la consommation de produits jugés anti-dote comme : le lait, l'huile, les œufs.

Le produit le plus souvent responsable de l'intoxication ressemble à un aliment Exemple: la poudre D.D.T. et le lait en poudre; l'eau et le pétrole.

L'intoxication par produits industriels entraîne des troubles digestifs, ou neuro psychiques (Angoisse, excitation, convulsion). Parfois elle peut se compliquer d'OAP qu'il s'agisse d'acide fort (detartran pour WC) de base forte (lave vaisselle, déboucheur de canalisation) d'un produit oxydant (eau de Javel, permanganate de potassium) d'insecticide (organo phosphoré ou organo chloré) de pétrole et dérivés. L'intoxication par ces produits nécessite une consultation médicale rapide et la mise en place d'une thérapeutique médico-chirurgicale appropriée.

- L'ingestion massive de produits caustiques peut entraîner une mort rapide dans un tableau de choc, avec perforation digestive et acidose métabolique profonde.

a) L'eau de javel:

- l'eau de javel mérite une place à part. Il en existe deux formes: l'une concentrée à 48°; c'est la forme la plus redoutable et l'autre concentrée à 12°; prête à l'emploi. Cette dernière n'entraîne habituellement que des lésions minimales sans conséquences ultérieures (13).

b) Les insecticides:

- le principal responsable dans l'intoxication des enfants est la poudre DDT. Elle est liposoluble et rapidement absorbée par toutes les voies; et est à tropisme neurologique et hépatique. Son ingestion est suivie de signes digestifs comme la diarrhée, le vomissement, une douleur abdominale. Quelques heures après ingestion apparaissent des troubles

neurologiques irritatifs: céphalée, anxiété, agitation désorientation, tremblement plus la convulsion précédant un coma convulsif. Une hyperexcitabilité myocardique et un OAP sont possibles.

- Pour le traitement, il convient de procéder à un lavage gastrique associé à l'administration de charbon activé. S'il y a un contact cutané, il requiert de mettre le patient à nu et le laver à grande eau. Par ailleurs en cas de convulsion l'usage du Diazepam et du phénobarbital est nécessaire. L'usage de l'adrenaline pourrait entraîner une fibrillation ventriculaire. Le gluconate de calcium peut être utilisé (10).

c) Le pétrole Lampant:

L'intoxication au pétrole et aux dérivés pétroliers entraîne un tableau clinique particulier se manifestant par des troubles digestifs au début, aux quels s'ajoute plus tard une dépression nerveuse centrale (pseudo-ébriété, agitation, torpeur, coma, parfois convulsion). La complication majeure est la pneumopathie pétrolique causée par l'élimination alvéolaire du toxique. une toux persistante plus dyspnée, nécessite une mise en observation. Une véritable pneumopathie clinique et radiologique d'apparition souvent retardée est justiciable d'une antibiothérapie.

## 1 - 4 TRAITEMENT DES INTOXICATIONS :

### a°) Vomissement provoqué :

Il est indiqué à la phase initiale de l'intoxication. Les moyens utilisés sont :

- l'attouchement pharyngé;
- le sirop IPECA qui a une action retardée pouvant se prolonger;
- l'apomorphine en IM ou s/c qui a une action rapide et un effet prolongé.

L'utilisation de ces produits est dangereuse chez les patients dont l'évolution de l'état de conscience n'est pas toujours prévisible. Le vomissement provoqué est contre indiqué en cas d'intoxication aux produits pétroliers, ~~de~~<sup>avec</sup> savon ~~ou~~<sup>ou avec</sup> de produits caustiques .

### b°) Le lavage gastrique:

C'est la mesure systématique dans les 1<sup>eres</sup> heures qui suivent l'ingestion pour éliminer une bonne partie du produit. Le lavage gastrique est contre-indiqué dans les intoxications aux produits caustiques, l'essence et les produits pétroliers. Chez les comateux le lavage gastrique impose une intubation.

Le lavage gastrique peut être pratiqué plus tardivement, pour les produits qui ralentissent l'évacuation gastrique comme l'aspirine (anticholinergique) (14).

Pour faire le lavage gastrique, l'enfant est couché en position déclive. On utilise des gros tubes, tout en vérifiant que l'on est dans l'estomac et non dans la trachée. On injecte plusieurs fois 200 cm<sup>3</sup> de liquide adapté (eau, serum physiologique) souvent associé à un purgatif.

c °) Élimination du toxique absorbé :

Si la fonction rénale n'est pas touchée, on fait une diurèse provoquée par perfusion abondante de soluté adapté. cela, suppose une élimination importante du toxique sous forme active par accroissement de la diurèse. Lorsque le rein est atteint on utilise 3 méthodes d'épuration extra-rénale qui sont :

- le rein artificiel,
- la dialyse péritoneale
- l'exsanguino-transfusion.

d °) Traitement symptomatique :

- En ce qui concerne la déshydratation, on procède à la réhydratation équilibrée par voie intra-veineuse ou orale en fonction de l'ionogramme et du PH sanguin.
- Les chocs et les collapsus sont traités par les corticoïdes, les amines pressives (la nor-adrenaline), le massage cardiaque ou la transfusion.
- Pour la défaillance respiratoire on procède aux manoeuvres externes (bouche à bouche, bouche-nez) ou même à l'utilisation d'une ventilation assistée.
- Le traitement de la convulsion fait appel à l'oxygénation si elle dépend d'une anoxie ; le gluconate de calcium en cas d'hypocalcémie, le sérum

glucosé hypertonique en IV en cas d'hypoglycémie. Si elle persiste on peut recourir aux benzodiazépines ou aux barbituriques.

- Devant une défaillance rénale on passe à l'épuration extra-rénale. L'hémolyse aiguë nécessite une transfusion. Chez les comateux, il convient de prévenir ou de traiter les surinfections, notamment des voies respiratoires (26).

#### e °) Les Antidotes :

La gamme de ces antidotes est peu étendue. Parmi eux, on a les antidotes souffrés: Dithiocarb, dithizone, et BAL qui est le plus utilisé. Il est actif sur les métaux lourds et l'arsenic. C'est un liquide visqueux soluble dans les solvants organiques. Il doit être injecté par voie IM à la dose de 2,5 à 3 mg/kg. Ce traitement doit être renouvelé toutes les 4 à 6 heures.

Les antidotes non souffrés, dont le plus important, l'EDTA calcique, est administré à la dose 0,5 g en perfusion IV dans 250 CC de sérum glucosé au rythme de 1 à 2 perfusion par jour et par cure de 4 à 5 jours espacée d'une semaine (18).

Certaines intoxications et leurs antidotes sont résumés dans le tableau suivant:

**Tableau n°1: Quelques intoxications et leurs antidotes.**

| <b>Produits Toxiques</b>  | <b>Antidotes + Traitement</b>               |
|---------------------------|---|
| Ethylène glycol           | Ethanol                                     |
| Poison Methglobinisant    | Bleu de méthylène,                          |
| Arsenicaux - Mercure      | BAL   |
| Cyanure                   | Kelocyanor                                  |
| Fluorure                  | Gluconate de Ca                             |
| Heroïne (opiacé, codéine) | Nalorphine 10 mg IV ou IM                   |
| Insuline                  | Glucagon IM ou IV, sérum glucosé 10 %<br>IV |
| Isoniazide                | Vitamine B6 500 mg IM ou IV                 |
| Atropine                  | Salicylate de prostigmine                   |
| Narcotique                | Naloxone                                    |
| Quinidine                 | Lactate de Na                               |
| Oxycarboné                | Oxygène                                     |
| Anti vitamine K           | Vitamine K                                  |
| Antifolique               | Acide folique                               |

## 2- LES MORSURES:

### \* clinique:

Les morsures sont généralement causées par les animaux domestiques (chien, chat) et par les serpents dans les zones enclavées ou les zones privées d'une grande activité humaine.

Ces morsures provoquent les signes locaux comme la douleur, l'œdème, d'installation rapide qui s'étendent progressivement et évoluent en tâche echymotique de plaque livide. On assiste souvent à une necrose de la zone mordue.

Des signes généraux peuvent s'associer comme la fièvre, les troubles digestifs, une tendance lypothimique et même des troubles de la coagulation pouvant aboutir au collapsus. Le danger de la morsure du serpent dépend du type de serpent, de la quantité de venin injectée, du site de la morsure, de l'âge de l'enfant et de la précocité du traitement. Les venins contiennent des neurotoxines, des hémolysines, des fibrionolysines et des cytolysines.

Les morsures de chien surviennent le plus souvent chez les enfants de 0 à 4 ans et chez les adolescents aussi bien de la part d'un chien connu que d'un chien inconnu (27).



\* Traitement :

Il faut rassurer le malade et l'évacuer dans un centre médicalisé. En ce qui concerne les morsures de serpent, l'utilisation de garrot augmente l'ischémie de la partie mordue. L'incision locale ou l'excision de la zone mordue augmente la surface de contact entre le venin et les tissus, les risques de nécrose, et de surinfection (10,36).

Les gestes les plus conseillés en cas de morsure sont :

- le lavage et la désinfection de la plaie avec un antiseptique et l'administration de SAT Sous cutané.

- pour la morsure de serpent ,on peut injecter un serum anti vénémeux ; mais il y a eu des cas d'allergie à ces sérums. L'efficacité de cette serotherapie dans les morsures moderées n'a pas été démontrée (36). Dans certains cas on a recourt à la pierre noire.

- pour la morsure de chien, on à recours souvent à un traitement chirurgical et parfois à une exploration sous anesthésie. Il est nécessaire de prevenir les complications infectieuses du tétanos et de la rage.

Le traitement symptomatique concerne la douleur, l'angoisse et les signes inflammatoires.

### 3 -LES PIQUEURES D'INSECTE :

#### \* Clinique:

Les cas les plus fréquemment rencontrés sont la piqûre de guêpe, d'abeilles, de scorpions et de fourmis. Habituellement elles provoquent des réactions locales, des signes inflammatoires comme la chaleur, la douleur et la rougeur, souvent des oedèmes et très rarement des signes de necrose, des états de choc.

#### \* Traitement :

Les cas non sévères peuvent avoir leur solution par application de compresses froides locales avec administration d'un anti histaminique.

Des réactions plus importantes imposent l'utilisation de médicaments plus spécifiques comme les corticoïdes ou l'atropine. Un benzodiazepine est préféré pour le cas du scorpion. Dans les piqûres très importantes, un traitement d'urgence s'impose. Le malade est allongé tête en bas en faisant une injection s/c d'adrenaline. Dans certains cas, on fait appel à l'assistance respiratoire associée au remplissage vasculaire et à l'administration du SAT. (36).

### 4 LES NOYADES:

#### \* Clinique:

Elles resultent le plus souvent des naufrages, des inondations et des catastrophes maritimes . Actuellement on distingue 3 types de noyade (36) .

1- La noyade vraie : elle évolue en 3 phases qui sont :

- + La phase d'inondation de l'arbre bronchique avec syncope vagale passagère (quelques secondes) .
- + La phase de polypnée due à l' hypercapnie et augmentation de l'inondation broncho- alveolaire. (quelques minutes).
- + La phase d'apnée terminale suivie d'une syncope cardiaque avec ou sans fibrillation.

Les phénomènes entraînés par l'eau douce sont différents de ceux entraînés par l'eau de mer .

L' eau douce traverse plus rapidement la paroi alvéolaire et provoque en quelques minutes l' hypervolemie qui augmente la tension veineuse, plus l' hypertension pulmonaire; d'où la surcharge ventriculaire droite.

L'hémodilution se complique d'anémie par hémolyse, ce qui augmente l'anoxie. L'hémolyse peut aussi entraîner l'hyperkaliémie et une anurie par hémoglobinurie aboutissant finalement à une acidose métabolique.

- La noyade à l'eau douce laisse les alvéoles relativement libres mais peut entraîner une fibrillation ventriculaire par hyperkaliémie ou une insuffisance cardiaque par surcharge ventriculaire droite.

- La noyade à l'eau de mer entraîne un passage du liquide plasmatique dans les alvéoles d'où l'hemoconcentration provoquant l'hypovolemie plus un OAP. Elle est plus asphyxiante et peut entraîner un

collapsus. En l'absence d'hyperkaliémie l'activité cardiaque se prolongera plus longtemps.

2- L'hydrocution : Elle entraîne une syncope brutale. La plus fréquemment rencontrée est la différence de température entre la peau surchauffée par le soleil, donc vasodilatée et l'eau froide, d'où la syncope thermique.

3- La noyade en plongée : La complication couramment rencontrée est l'embolie gazeuse chez ces plongeurs.

\* Conduite à tenir :

Le traitement de la noyade est une urgence et doit commencer dès le lieu de l'accident et se poursuivre en milieu hospitalier.

- Sur le lieu il faut :

+ Libérer les voies aériennes (desobstruction du pharynx, par le doigt, drainage postural).

+ Oxygéner par le bouche à bouche ou mieux le bouche à nez .

+ Procéder au massage cardiaque. Si la réanimation reste inefficace au bout de 20 minutes, le désordre cérébral devient irréversible.

- En milieu hospitalier il faut :

+ Continuer l'oxygénation et l'élimination alvéolo-bronchique par le claping surveiller la tension artérielle et la tension veineuse pour le dépistage d'un OAP éventuel.

. En cas de noyade à l'eau douce il faut :

+ Procéder à un saignement contre l'hypervolemie

+ Transfuser des hématies déplasmatisées.

## 5 - L'ELECTROCUTION :

### \* Clinique:

Les progrès scientifiques et techniques ne restent pas sans conséquences nefaste. L'utilisation du courant électrique comme moyen d'éclairage et autres, expose l'homme à un certain danger comme l'électrocution qu'on peut encore appeler électrisation.

L'électrocution peut entraîner des accidents dont la gravité dépend de la tension de la ligne, de la durée d'électrisation et de la résistance du courant à travers sa victime. On peut avoir un désordre dans les centres cardio-respiratoires qui se prolonge après interruption du courant et entraîner un arrêt cardiaque et respiratoire. Il peut s'agir de:

- Soit d'une téτανisation des muscles respiratoires associés à un blocage des muscles bronchiques qui disparaissent avec l'interruption du courant.

- Soit d'une fibrillation ventriculaire qui entraîne une anoxie cérébrale pouvant aboutir à l'exetus .

L'électrocution peut aussi provoquer une petite plaie cutanée mais souvent importante par sa profondeur. L'excision d'une plaie par brûlure est déconseillée.

### \* Conduite à tenir :

La coupure du courant est le geste primordial. On procédera à la mise en place d'une assistance respiratoire pour les arrêts respiratoires, oxygénation par bouche à bouche, ou bouche-nez. En cas d'arrêt cardiaque, un massage cardiaque externe devient une nécessité. Dans quelques rares

cas on utilise la défibrillation électrique; une surveillance prolongée est nécessaire chez les électrocutes. La désinfection plus pansement avec tulle gras seront de mise pour les plaies.

## 6 - LES BRULURES THERMIQUES :

### \* Clinique:

La brûlure entraîne une thrombose vasculaire qui, par anoxie, provoque une destruction cutanée. On distingue trois degrés de brûlure (10)

- Le premier degré : Brûlure superficielle qui n'atteint pas la membrane basale (Erythème)
- Le deuxième degré : Provoque une atteinte de la membrane basale (phlyctène) et la partie superficielle du derme.
- Le troisième degré entraîne une destruction plus profonde avec insensibilité de la plaie.

La gravité de la brûlure est fonction de la surface brûlée, de sa profondeur et de l'agent responsable.

Au niveau de la surface brûlée on observe une perte de liquide et de plasma. Dans les tissus avoisinants, on remarque une extravasation de liquide (œdème) avec l'hypovolémie consécutive responsable de choc et de la mortalité.

Les complications secondaires sont liées à l'infection des plaies et à leur cicatrisation. Les brûlures peuvent parfois laisser des séquelles fonctionnelles ou esthétiques.

\* Traitement :

- brûlure légère :

Un traitement local associé à une réhydratation pourrait résoudre le problème.

- brûlure du visage :

Elle doit être exposée à l'air, on fait souvent appel à une antibiothérapie et une vaccination anti-tétanique.

- Brûlure grave :

C'est à dire avec atteinte de plus de 10 % de surface corporelle avant 1 an, et plus de 15 % de la surface corporelle après 2 ans, nécessite une hospitalisation.

- en Milieu Hospitalier :

. calmer la douleur, mettre en place un catheter plus une sonde vesicale ;  
. traiter les plaies par nettoyage, parage, pansement selon la nécessité en tenant compte de la surinfection possible par les germes saprophytes.

Dans les brûlures graves nécessitant une greffe, celle-ci sera faite précocement au 4<sup>ème</sup> jour ou tardivement à la 3<sup>ème</sup> semaine afin d'éviter les risques (cheloïdes) (10).

- Traitement des sequelles :

. Les cheloïdes hypertrophiques d'aspect inesthétique qui limitent souvent les mouvements de l'articulation (gène fonctionnelle).

L'application des vêtements compressifs jour et nuit pendant 1 à 2 ans permet d'éviter ou de faire disparaître les cheloïdes.

Les brides fixant les articulations imposent un traitement chirurgical (10).

## 7 -LES CORPS ETRANGERS :

Cette pathologie est fréquente chez les enfants surtout entre 1 et 6 ans. Ces corps étrangers sont des plus variés. Parmi eux les graines végétales sont plus fréquentes. Selon leur Localisation ces corps étrangers peuvent entraîner différentes réactions.

- Au niveau des fosses nasales, du conduit auditif externe si l'introduction est récente, il est en général aisément visible. Lorsqu'elle est ancienne, elle se traduit par une suppuration chronique, unilatérale, durable, souvent fétide et résistant au traitement .

Lorsque l'élément se situe au carrefour pharyngo-laryngé on assiste à une gêne à la déglutition.

La localisation au niveau du larynx et de la trachée provoque une secousse de toux, une dyspnée le plus souvent inspiratoire, cornage, cyanose, et des accès asphyxiques posant un problème d'urgence.

L'insertion intra-bronchique est la plus redoutable et la plus aisément méconnue. La notion de fausse route est rarement signalée. En général le diagnostic est posé par la notion d'un épisode de toux brutale et passagère chez un enfant non tousseur. L'auscultation a peu de valeur d'orientation. La radiographie pose le diagnostic s'il s'agit d'un corps Radio-opaque. Pour les corps radio-transparents on passe à la bronchoscopie.



\*Conduite à tenir:

Pour les corps étrangers de la fosse nasale et des conduits auditifs l'extraction doit être confiée aux spécialistes. Pour les voies aériennes principales l'endoscopie permet de réperer et de retirer le corps étranger. Souvent on a recours à la bronchoscopie.

Pour les bronches, on procède à la bronchoscopie qui permet de retirer le corps étranger.

En cas de retard de diagnostic le corps étranger peut entrainer une suppuration pulmonaire, voire une bronchectasie.

## **IV - METHODOLOGIE**

## 1- LIEU:

L'étude a eu lieu à l'HGT dans le service de Pédiatrie. L'HGT est le seul hôpital national doté d'un service de pédiatrie. Il est situé au centre de Bamako donc d'accès facile.

Le service de pédiatrie est divisé en quatre pavillons numérotés de I à IV. La capacité d'hospitalisation est d'environ 100 lits. Il est doté d'un petit laboratoire, une salle de réanimation, une salle de perfusion ou tranfusion, une salle de Rehydratation par voie orale (R.V.O.), une salle d'accueil pour peser, mesurer et prendre la température des enfants et les orienter vers les différents bureaux de consultation au nombre de huit.

Le personnel il est composé de 9 médecins dont 3 pédiatres et 6 généralistes , 9 Infirmiers d'Etats , une surveillante, 5 Infirmiers du 1<sup>er</sup> cycle et ~~des~~<sup>des</sup> aides soignantes

## 2- ECHANTILLON :

L'étude a été longitudinale . Elle s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Avril 1991 au 31 Mars 1992.

### 2 - 1 Critères d'inclusion :

Tous les cas de pathologies accidentelles ont été enregistrés systématiquement chez les enfants de 0 à 15 ans consultant en pédiatrie de l'H.G.T. Le recrutement a lieu tous les jours même pendant les gardes ( et les jours fériés).

## 2 - 2 Critères d'exclusion :

Sont exclus de l'étude: les suicides, les accidents volontaires, les infanticides . Au cours du recrutement, on constatera une sous représentation concernant les pathologies accidentelles suivantes : les accidents de la circulation, les brûlures, les corps étrangers, les traumatismes oculaires, et les morsures. Ces quelques cas ont été adressés à la pédiatrie par méconnaissance des parents . Les cas de brûlure et les accidents traumatiques doivent être directement adressés à la chirurgie infantile; les corps étrangers à l'ORL et les morsures d'animaux aux grandes endemies.

Dès leur admission dans l'étude, les malades sont soumis à un examen clinique complet comprenant une anamnèse aussi fouillée que possible (selon questionnaire porté en annexe).

Les modalités du traitement et la demande des examens complémentaires sont subordonnées à la nature de l'accident et à l'état du malade.

## 3 - MATERIEL:

- Des balances (pèse bébé pour enfants de poids inférieur à 20 Kgs et un pèse personne pour les enfants de poids supérieur à 20 Kgs)
- Des thermomètres médicaux pour la prise de la température
- Des abaisse langues pour l'examen de la bouche et de la gorge.
- Un stéthoscope pour l'auscultation cardiaque et pulmonaire.

Pour les examens complémentaires nous avons souvent utilisé:

- La radiographie, l'examen des selles, la NFS, le sero-diagnostic de widal selon les besoins.

## V - RESULTATS

## **1.- RESULTATS DESCRIPTIFS:**

La pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE a effectué au cours de l'année d'étude 26227 consultations d'enfants de 0 à 15 ans avec 284 pathologies accidentelles. Parmi ces accidents 208 ont pu être enregistrés soit 73,23 %.

L'analyse de ces accidents portera sur les points suivants:

### **1 - 1 Caractéristiques de l'enfant**

- Age:

#### **Tableau n° 2:**

**Repartition des accidents selon l'âge.**

| <b>Age</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------|------------------------|--------------------|
| 0- 1an     | 23                     | 11                 |
| +1-2ans    | 55                     | 26,4               |
| +2-3ans    | 28                     | 13,5               |
| +3-4ans    | 27                     | 13,0               |
| +4-5ans    | 21                     | 10,1               |
| +5-6ans    | 17                     | 8,2                |
| +6-7ans    | 7                      | 3,4                |
| +7-8ans    | 4                      | 1,9                |
| +8-10ans   | 7                      | 3,4                |
| +10-15ans  | 19                     | 9,1                |
| Total      | 208                    | 100                |

La classe d'âge la plus touchée est celle de +1 à 2 ans avec une fréquence de 26,4 % (55/208) et la moins touchée a été celle de 7 à 8 ans avec un taux de 1,9 % soit (4/208).

- Le sexe:

44,2 % (99/208) sont de sexe féminin et 55,8 % (116/208) sont de sexe Masculin.

- Le poids :

Le poids moyen est de 15,16 kg avec IC de 14,15-16,18.

- Notion d'accident :

98,1 % (204/208) ont répondu négativement à la notion d'accident antérieur et 1,9 % par l'affirmative.

- L'ethnie:

**Tableau n°3:**

**Repartition des accidents selon l'ethnie.**

| <b>Ethnie</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------|------------------------|--------------------|
| Bambara       | 69                     | 33,2               |
| Peulh         | 20                     | 9,6                |
| Maure         | 6                      | 3                  |
| Malinké       | 21                     | 10,1               |
| Sarakolé      | 45                     | 21,6               |
| Sonraï        | 8                      | 3,8                |
| Bobo          | 5                      | 2,4                |
| Autres        | 34                     | 16,3               |
| Total         | 208                    | 100                |

L'ethnie la plus représentée est le Bambara avec une fréquence de 33,2% (69/208). Les Sarakolés occupent la deuxième place 21,6% (45/208) suivi par les Malinkés 10,1% (21/208). autres (Sénoufo, Bozo, Dogon, Mossi, Dafing, Toucouleur, Samogo, Baoulé) prise isolément donne une fréquence négligeable.

## 1 - 2 Caractéristiques de l'habitat

### - La résidence:

98,6 % (204/207) de nos malades sont venus de Bamako et 1,4 (3/207) sont venus d'ailleurs.

### - Habitat:

Parmi les 208 malades 47,1 % (98/208) vivent dans des maisons en banco, 11,1 % (23/208) dans des semi-dures et 41,8 % (27/208) dans des maisons en dur.

### - Nombre de pièces par habitat:

Nous avons en moyenne 5 pièces par habitat avec un I.C. de 5,05 - 5,89

### - Moyen d'éclairage:

47,6 % (99/208) des moyens d'éclairage sont l'électricité et 52,4 % (109/208) utilisent la lampe à pétrole.

### - Eau courante:

52,2 % (121/208) utilisent l'eau du puits, 39,9 % (83/208) l'eau de robinet et 1,9 (4/208) d'autres sources (fleuve, marre, rivière).



1 - 3 Caractéristiques des parents

- fonction du Père:

Le père est non fonctionnaire dans 64,3 % (133/207) et fonctionnaire dans 35,7% (74/207) cas.

- Niveau d'instruction du père:

**Tableau n°4:**

**Repartition des accidents selon le niveau d'instruction du père:**

| <b>Niveau</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------|------------------------|--------------------|
| Primaire      | 40                     | 19,3               |
| Secondaire    | 51                     | 24,6               |
| Superieur     | 21                     | 10,1               |
| Coranique     | 60                     | 29,0               |
| Analphabète   | 35                     | 17,0               |
| Total         | 207                    | 100                |

54% (102/207) des enfants sont de père scolarisé, 29% (60/207) de père arabisan et 17% (35/207) de père analphabète.

- Père vivant:

Sur 208 malades 96,6 % (201/208) ont leurs pères vivants et 3,4 % (7/208) sont de père décédé.

- Age du Père:

L'âge moyen des pères des malades est de 40,53 ans avec un IC de 39,24 - 41,82.

- Profession de la mère:

89,4 % (186/208) des mères de nos malades sont ménagères, 8,2 % (15/208) fonctionnaires et 3,4 % (7/208) exercent d'autres métiers comme la couture, le petit commerce entre autres.

- Niveau d'instruction de la mère.

Tableau n°5:

**Repartition des accidents selon le niveau d'instruction de la mère**

| <b>Niveau</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------|------------------------|--------------------|
| Primaire      | 64                     | 30,8               |
| Secondaire    | 25                     | 12,0               |
| Superieur     | 1                      | 0,5                |
| Coranique     | 55                     | 26,4               |
| Analphabète   | 63                     | 30,3               |
| Total         | 208                    | 100                |

Les enfants de mères de niveaux primaire et analphabète font respectivement 30,8% (64/208) et 30,3% (63/208). 0,5% (1/208) a été enregistré chez les mères de niveau d'études supérieures .

- Age mère:

L'âge moyen des mamans est de 29,08 ans avec un IC de 28,11 -30,06.

1 - 4 Caractéristiques de la famille

- Situation matrimoniale:

**Tableau n°6:**

**Repartition des accidents selon la situation matrimoniale des parents.**

| <b>Situation<br/>Matrimoniale</b> | <b>Effectif<br/>absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Marié                             | 190                        | 91,3               |
| Celibataire                       | 13                         | 6,3                |
| Divorcé                           | 2                          | 1                  |
| Veufs                             | 3                          | 1,4                |
| Total                             | 208                        | 100 %              |

91,3% (190/208) de nos patients ont leurs parents mariés tandis que ceux ayant leurs parents divorcés représentent 1% (2/208).

-Nombre de personne vivant dans la famille:

Le nombre moyen de personnes au foyer est d'environ 13 personnes avec un IC de 12,01-14,35).

- La Garde de l'enfant:

**Tableau n°7:**

**Repartition de l'accident selon la garde de l'enfant.**

| <b>Garde</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------|------------------------|--------------------|
| Mère         | 174                    | 83,7               |
| Grand-mère   | 26                     | 12,5               |
| Autres       | 8                      | 3,8                |
| Total        | 208                    | 100                |

83,7% (17/208) de nos enfants accidentés étaient sous la garde de leurs mamans, 12,5% (26/208) sous la garde de la grand-mère et 3,8% (8/208) sous surveillance d'autres personnes .

1 - 5 Caractéristiques de l'accident

- Heure d'arrivée de l'accidenté à l'hôpital :

**Tableau N° 8:**

**Repartition des accidents selon l'heure d'arrivée à l'hôpital.**

| <b>Heures</b>                       | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------|
| 0-7 <sup>h</sup> 30                 | 9                      | 4,3                |
| +7 <sup>h</sup> 30-10 <sup>h</sup>  | 41                     | 19,7               |
| +10 <sup>h</sup> -12 <sup>h</sup>   | 47                     | 22,6               |
| +12 <sup>h</sup> -14 <sup>h</sup> 3 | 27                     | 13,0               |
| +14 <sup>h</sup> 30-16 <sup>h</sup> | 12                     | 5,8                |
| +16 <sup>h</sup> -19 <sup>h</sup>   | 42                     | 20,2               |
| +19 <sup>h</sup> -0 <sup>h</sup>    | 30                     | 14,4               |
| Total                               | 208                    | 100                |

On remarque ci-dessus que le nombre de malades reçus à l'hôpital est plus élevé entre +10h et 12h; soit 22,6% (47/208). Ce taux passe à 20,2% (42/208) entre + 16h et 19h et demeure progressivement de + 14h30 mn à 16h; soit 5,8% (12/208).

- Types d'accidents:

**Tableau n° 9:**

**Repartition des différents types d'accidents.**

| <b>Types d'Accident</b>       | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-------------------------------|------------------------|--------------------|
| Intoxication Alimentaire      | 88                     | 42,3               |
| Intoxication Médicamenteuse   | 26                     | 12,5               |
| Produits industriels          | 57                     | 27,4               |
| Produits cosmétiques          | 4                      | 1,9                |
| Plantes et Produits agricoles | 6                      | 2,9                |
| Corps étrangers               | 4                      | 1,9                |
| Brûlure + électrocution       | 4                      | 1,9                |
| Noyade                        | 3                      | 1,4                |
| Morsures                      | 10                     | 4,9                |
| Piqûres                       | 3                      | 1,4                |
| Autres                        | 3                      | 1,4                |
| Total                         | 208                    | 100                |

Les intoxications alimentaires viennent en tête avec 42,3% (88/208) suivies de celles des produits industriels et médicamenteux avec respectivement 27,4 % (57/280) et 10,6% (26/280). Les piqûres et les noyades viennent en dernière position avec 1,4 % (3/208).

- Lieu d'accident:

87,4 % (181/208) des accidents ont eu lieu à domicile; 1,9 % (4/208) à l'école; 2,9 % (6/208) aux champs et 7,7 % (16/208) ailleurs (voisinage, mariage, bord du fleuve, lieu de sacrifice).

- Moyen d'évacuation:

89,9 % (187/208) sont venus en automobile, 5,8 % (20/208) par moto, 3,8 % (8/208) à pied et 0,5 % (1/208) autres ( charette).

- Le delai de consultation:

Chez les 208 malades le delai moyen entre l'accident et la consultation pédiatrique etait d'environ 3 à 5 heures.

- La Période de survenue de l'accident:

**Tableau n° 10:**

**Repartition des accidents selon la saison.**

| Période | A    | M    | J    | Jlet | A   | S  | O   | N   | D  | J   | F   | M    | T   |
|---------|------|------|------|------|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|------|-----|
| nombre  | 30   | 50   | 31   | 17   | 13  | 17 | 18  | 16  | 17 | 24  | 21  | 30   | 284 |
| %       | 10,6 | 17,6 | 10,9 | 6    | 4,5 | 6  | 6,3 | 5,6 | 6  | 8,5 | 7,4 | 10,6 | 100 |

Dans cette répartition des accidents selon la saison. Il apparait une prédominance des accidents aux mois de Mars Avril Mai et Juin.

- Signes cliniques.

**Tableau n° 11:**

**Repartition des signes cliniques des accidents selon les malades**

| Malades                   | Malades avec signes |      | Malades sans signes |      |
|---------------------------|---------------------|------|---------------------|------|
|                           | Effectif            | %    | Effectif            | %    |
| Signes Cliniques          |                     |      |                     |      |
| Troubles Digestifs        | 145                 | 70,7 | 63                  | 30,3 |
| Troubles Respiratoires    | 43                  | 21   | 165                 | 79   |
| Troubles Vasculaires      | 20                  | 9,6  | 88                  | 82,4 |
| Troubles de la Conscience | 41                  | 20   | 162                 | 80   |
| Convulsion                | 3                   | 1,4  | 205                 | 98,6 |
| Troubles du Tonus         | 70                  | 33,6 | 138                 | 76,4 |
| Autres                    | 36                  | 17,3 | 172                 | 80,7 |

Les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés dans les accidents sont des troubles digestifs 70,7% ( 145/208); les troubles respiratoires 21% (43/208) et les troubles de la conscience 20% (41/208).  
Les manifestations



cliniques les moins rencontrées ont été la convulsion 1,4% (3/208) et les troubles cardio-vasculaires 9,6% (20/208).

- La température.

La moyenne des températures est de 37,5 °C avec un IC de 37,17 - 37,6.

1 - 6 Caractéristiques du traitement

- Modalité du traitement :

**Tableau N° 12:**

**Repartition des accidents selon les modalités du traitement .**

| <b>Modalités</b>       | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------|------------------------|--------------------|
| Hospitalisation        | 37                     | 17,9               |
| Mise en observation    | 111                    | 53,6               |
| Traitement ambulatoire | 49                     | 23,6               |
| Sans Traitement        | 8                      | 3,9                |
| non déterminés         | 2                      | 1                  |
| Total                  | 207                    | 100                |

53,6% des cas (111/207) ont été mis en observation; 17,9% (37/207) ont été hospitalisés et 3,9% (8/207) n'ont bénéficié d'aucun soin médical.

- Examens complémentaires:

Seuls 11,6 % (24/208) de nos malades ont été soumis à des examens complémentaires.

- Coût du traitement.

Le coût moyen du traitement est de 1872,51 avec un IC de (1611,36-2133,64).

- Durée d'hospitalisation :

La durée d'hospitalisation varie de 1 à 3 jours. La durée moyenne d'hospitalisation est de 0,63 jours avec un intervalle de confiance (0,46-0,81).

1 - 7 Devenir des accidentés

- Evolution :

**Tableau n° 13:**

**Repartition des accidents selon l'évolution :**

| <b>Evolution</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------|------------------------|--------------------|
| Guerison         | 175                    | 84,1               |
| Sequelles        | 1                      | 0,5                |
| Décès            | 13                     | 6,3                |
| Autres           | 7                      | 9,1                |
| Total            | 208                    | 100                |

L'évolution a été favorable dans 84,1% (175/208) avec un cas de sequelle. Le taux de létalité est de 6,3% (13/208). Dans 9,1% (7/208) des cas l'évolution n'a pas pu être précisée (évasion, rendez-vous non respecté).

1- 8 Pavillon d'accueil:

**Tableau n°14:**

**Repartition des accidents par pavillon**

| <b>Pédiatrie</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------|------------------------|--------------------|
| Pédiatrie I      | 29                     | 13,9               |
| Pédiatrie II     | 28                     | 13,5               |
| Pédiatrie III    | 58                     | 27,9               |
| Pédiatrie IV     | 93                     | 44,7               |
| Total            | 208                    | 100 %              |

Le Pavillon qui a enregistré plus d'accidents est la Pédiatrie IV avec une fréquence de 44,7 % (93/208).

## 2 - RESULTATS ANALYTIQUES:

### 2-1 L'âge des accidentés en fonction du lieu de l'accident

Tableau N° 15:

**Répartition de l'âge des accidentés en fonction du lieu de l'accident :**

| Age      | Lieu Domicile |      | Ecole    |     | Champs   |     | Autres   |      | Total |
|----------|---------------|------|----------|-----|----------|-----|----------|------|-------|
|          | Effectif      | %    | Effectif | %   | Effectif | %   | Effectif | %    |       |
| 1-3 ans  | 122           | 91,7 | 0        | 0   | 1        | 0,8 | 10       | 7,5  | 133   |
| 4-8 ans  | 40            | 83   | 3        | 6,3 | 3        | 6,6 | 2        | 4,1  | 48    |
| 8-15 ans | 19            | 73,1 | 1        | 3,8 | 2        | 7,7 | 4        | 15,4 | 26    |

Il semblerait que le lieu de l'accident dépend de l'âge de l'accidenté. La fréquence des accidents survenus à domicile diminue lorsque l'âge augmente; par contre les cas survenus à l'école augmentent de fréquence avec l'âge. Cependant on constate une baisse de fréquence des accidents de 8 à 15 ans aussi bien à l'école qu'au domicile.

2-2 L'heure de l'accident en fonction du type de garde de l'enfant :

**Tableau N°16:**

**Repartition de l'heure de l'accident selon le type de garde de l'enfant :**

| Type de garde<br>Heure accident | Mère     |      | Grande-mère |      | Servante |     | Autres   |      | Total |
|---------------------------------|----------|------|-------------|------|----------|-----|----------|------|-------|
|                                 | Effectif | %    | Effectif    | %    | Effectif | %   | Effectif | %    |       |
| 0h-7h30                         | 8        | 88,9 | 1           | 11,1 | 0        | 0   | 0        | 0    | 9     |
| +7h-10h                         | 38       | 92,7 | 2           | 4,9  | 1        | 2,4 | 0        | 0    | 41    |
| +10h-12h30                      | 38       | 80,9 | 7           | 14,9 | 0        | 0   | 2        | 4,2  | 47    |
| +12h14h30                       | 25       | 92,6 | 1           | 3,7  | 1        | 3,7 | 0        | 0    | 27    |
| +14h30-16h                      | 8        | 66,6 | 2           | 16,7 | 0        | 0   | 2        | 16,7 | 12    |
| +16h-19h                        | 34       | 77,3 | 8           | 18,2 | 0        | 0   | 2        | 4,5  | 44    |
| +19h-00h                        | 23       | 76,7 | 5           | 16,7 | 2        | 6,7 | 0        | 0    | 30    |

La plupart des accidents des enfants sous la garde de leurs mères ont été enregistrés aux heures suivantes :

+7 heures -10 heures; +10 heures -12 heures 30mn; et +12heures 30mn - 14heures 30mn, avec des fréquences respectives de 92,7% (38/41); 80,9% (38/47); 92,6% (25/27). Les accidents survenus chez les enfants sous la garde de leurs grand-mères sont 18,2 % des cas.

2-3 Type d'accident en fonction des modalités du traitement:

**Tableau N° 17:**

**Répartition du type d'accident selon les modalités du traitement**

| Modalité<br>Accident  | Hospitalisation |      | Mise en observation |      | Traitement Ambulatoire |      | Sans traitement |      | Total |
|---|-----------------|------|---------------------|------|------------------------|------|-----------------|------|-------|
|   | Effectif        | %    | Effectif            | %    | Effectif               | %    | Effectif        | %    |       |
| Intoxication Alimentaire                                    | 4               | 4,5  | 66                  | 77,3 | 14                     | 15,9 | 2               | 2,3  | 88    |
| Intoxication (Plante Médicament)                            | 4               | 16   | 8                   | 32   | 11                     | 44   | 2               | 8    | 25    |
| Intoxication (Produits, industriels et cosmétiques)         | 21              | 36,2 | 19                  | 32,8 | 17                     | 29,3 | 1               | 1,7  | 58    |
| Autres (C.E. Brûlure noyade morsure, piquûre électrocution) | 7               | 24,1 | 6                   | 20,7 | 10                     | 34,5 | 6               | 20,7 | 29    |

Les intoxications étaient le plus souvent soumises à une observation dans 54,4% des cas (93/171) ou à un traitement ambulatoire dans 24,6% des cas (42/171); et les victimes étaient hospitalisés dans 17% (29/171) des cas.

Les autres accidents faisaient l'objet d'une observation, ou restaient sans traitement dans 20,7% des cas (6/29). 34,5% (10/29) suivaient un traitement ambulatoire et 24,1% (7/29) étaient hospitalisés.

2-4 Type d'accident en fonction de l'évolution des accidentés

**Tableau N° 18:**

**Répartition du type d'accident en fonction de l'évolution des accidentés**

| Evolution<br>Accident  | Guérisons |      | Séquelles |     | Décès    |      | Autres   |      | Total |
|--|-----------|------|-----------|-----|----------|------|----------|------|-------|
|  | Effectif  | %    | Effectif  | %   | Effectif | %    | Effectif | %    |       |
| Intoxication<br>Alimentaire  | 84        | 95,4 | 0         | 0   | 2        | 2,3  | 2        | 2,3  | 88    |
| Intoxication<br>(Plante<br>Médicament)                                 | 23        | 71,9 | 0         | 0   | 5        | 15,6 | 4        | 12,5 | 32    |
| Intoxication<br>(Produits,<br>industriels et<br>cosmétiques)           | 46        | 80,7 | 1         | 1,8 | 7        | 12,3 | 3        | 5,2  | 57    |
| Autres (C.E.<br>Brûlure noyade<br>morsure,<br>piqûre<br>électrocution) | 18        | 64,3 | 0         | 0   | 6        | 21,4 | 4        | 14,3 | 28    |

Les intoxications alimentaires évoluent vers la guérison dans 95,4 % des cas avec un taux de létalité de 2,3 %. Le même tableau permet de voir que les autres accidents (morsures , noyade, brûlure, corps étrangers, electrocution) presentent le plus fort taux de létalité 21,4 %.

2-5 Type d'accident en fonction des signes cliniques.

**Tableau N° 19 :**

**Repartition du type d'accident selon les signes cliniques.**

| Types accidents                                     | Signes cliniques |      | Troubles digestifs |      | Troubles respiratoires |      | Troubles du tonus |      | Troubles cardio-vasculaire |      | Troubles la conscience |      | Autres   |   | Total |
|---|------------------|------|--------------------|------|------------------------|------|-------------------|------|----------------------------|------|------------------------|------|----------|---|-------|
|   | Effectif         | %    | Effectif           | %    | Effectif               | %    | Effectif          | %    | Effectif                   | %    | Effectif               | %    | Effectif | % |       |
| Intoxication Alimentaire                            | 86               | 58,9 | 5                  | 3,4  | 35                     | 24,1 | 6                 | 4,1  | 14                         | 9,6  | 2                      | 1,4  | 146      |   |       |
| Intoxication (Plante Médicament)                    | 9                | 24,3 | 6                  | 16,2 | 14                     | 37,8 | 3                 | 8,1  | 4                          | 10,8 | 1                      | 2,7  | 37       |   |       |
| Intoxication (Produits, industriels et cosmétiques) | 39               | 36,8 | 27                 | 25,5 | 15                     | 14,5 | 10                | 9,4  | 14                         | 18,2 | 1                      | 0,9  | 106      |   |       |
| Autres (C.E. Brûlure noyade morsure, piqûre)        | 4                | 12,5 | 2                  | 6,3  | 2                      | 11,1 | 4                 | 12,5 | 2                          | 6,3  | 18                     | 56,3 | 32       |   |       |



Dans ce tableau chaque accident semble avoir un signe clinique dominant, ainsi les intoxications alimentaires et les intoxications aux produits industriels sont dominées par les troubles digestifs avec respectivement 58,9% des cas (86/146) et 36,8% des cas (39/106) les intoxications médicamenteuses ont entraîné les troubles du tonus dans 37,8% des cas (14/37) et les autres accidents se sont caractérisés par des signes comme les troubles cardio-vasculaires 12,5% (4/32), les plaies, les hémorragies entre autres dans 56,3% des cas (18/32).

2-6 Types d'accidents en fonction de l'heure d'accident.

**Tableau croisé n°20:**

**Répartition des types d'accidents selon l'heure d'accident.**

| Heures Accidents   | + 7h30-12h |      | + 12h-19h |      | + 19h-7h30 |      | Total |
|--|------------|------|-----------|------|------------|------|-------|
|  | Effectif   | %    | Effectif  | %    | Effectif   | %    |       |
| Intoxication Alimentaire                                   | 43         | 48,9 | 34        | 38,6 | 11         | 12,5 | 88    |
| Intoxication (Plante Médicament)                           | 12         | 42,8 | 9         | 32,2 | 7          | 25   | 28    |
| Intoxication (Produits, industriels et cosmétiques)        | 20         | 32,8 | 26        | 42,6 | 15         | 24,6 | 61    |
| Autres (C.E. Brûlure noyade morsure, piqûre électrocution) | 10         | 38,4 | 8         | 30,8 | 8          | 30,8 | 26    |

Les intoxications survenaient dans 42,4% (75/177) des cas le matin, 43% (77/177) dans l'après-midi et 18,6% la nuit.

Les autres accidents survenaient dans 38,4% (10/26) des cas le matin; 30,8% (8/26) dans l'après-midi et la nuit.

2 - 7 Types d'accidents en fonction du coût des soins:

**Tableau N° 21:**

**Repartition des types d'accidents selon le coût des soins.**

| Coût<br>Accidents  | 0-500F   |      | 500F-1000F |      | 1000F-2000F |      | 2000F-5000F |      | > 5000F  |      | Total |
|--|----------|------|------------|------|-------------|------|-------------|------|----------|------|-------|
|  | Effectif | %    | Effectif   | %    | Effectif    | %    | Effectif    | %    | Effectif | %    |       |
| Intoxication Alimentaire                                   | 2        | 2,8  | 7          | 10,1 | 42          | 60,8 | 18          | 26,1 | 0        | 0    | 69    |
| Intoxication (Plante Médicament)                           | 8        | 28,6 | 4          | 14,3 | 11          | 39,3 | 5           | 17,8 | 0        | 0    | 28    |
| Intoxication (Produits, industriels et cosmétiques)        | 8        | 13,7 | 7          | 11,5 | 14          | 22,9 | 27          | 44,3 | 5        | 8,2  | 61    |
| Autres (C.E. Brûlure noyade morsure, piqûre électrocution) | 8        | 33,3 | 2          | 8,3  | 3           | 12,5 | 6           | 25   | 5        | 20,8 | 24    |

Le coût moyen de la prise en charge a été de 1.870 F CFA. Pour la plupart des accidents le coût variait de 1000 à 5000 F, à l'exception des intoxications aux produits industriels et cosmétiques, et d'autres cas tels les morsures, brûlures et piqûres qui vont souvent au delà.

2- 8 Evolution en fonction des Modalités du Traitement.

**Tableau N° 22:**

**Relation entre Evolution et Modalité du Traitement.**

| Modalité  | Hospitalisation |      | Mise en observation |      | Traitement Ambulatoire |      | Sans Traitement |    | Total |
|-----------|-----------------|------|---------------------|------|------------------------|------|-----------------|----|-------|
|           | Effectif        | %    | Effectif            | %    | Effectif               | %    | Effectif        | %  |       |
| Guérison  | 28              | 16   | 101                 | 57,7 | 39                     | 22,3 | 7               | 4  | 175   |
| Séquelles | 0               | 0    | 0                   | 0    | 1                      | 100  | 0               | 0  | 1     |
| Décès     | 8               | 67   | 1                   | 8    | 0                      | 0    | 3               | 25 | 12    |
| Autres    | 1               | 14,3 | 4                   | 57,1 | 2                      | 28,6 | 0               | 0  | 7     |

L'étude retrouvait 101 guérisons et un cas de décès sur 106 accidentés mise en observation. Parmi les 42 malades soumis au traitement ambulatoire 32 sont guéris et un a présenté une séquelle.

Sur 37 malades accidentés hospitalisés il y a eu 28 guérisons et 8 décès. Par ailleurs, parmi les 10 malades n'ayant reçu aucun traitement 3 sont décédés avant même d'arriver à l'hôpital.

## VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

## **1 - FREQUENCE :**

L'accident représente la 1<sup>ère</sup> cause de décès de l'enfant à partir de un an dans tous les pays où sont contrôlés les problèmes d'infection et de nutrition.

Notre étude denombre 284 pathologies accidentelles (soit 1,2% des pathologies pédiatriques).

Emmanuel TRAORE (38) en 1988 a trouvé 3318 accidents d'enfant et 58% ont été pris en charge par l'hôpital Gabriel TOURE. Cette étude concernait l'Hôpital Gabriel Touré (en général), l'I.O.T.A. et la Division Epidémiologie tandis que la nôtre s'est limitée à la Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

Les études déjà menées prouvent que la pathologie accidentelle de l'enfant, est dominée par les accidents domestiques ( 21, 9, 11). Ils représentent 72% des accidents à Mayotte et 50% en France. Nous avons pour notre part recensé 87,4% à la Pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE

Les études menées au CHU de Cocody en R.C.I. obtiennent 202 cas. Tous ces chiffres sont alarmants et montrent l'importance que revêt la seule pathologie accidentelle en pédiatrie.

## **2 - ETUDE ETIOLOGIQUE:**

Dans notre étude nous trouvons que les principales causes des pathologies accidentelles sont:

l'intoxication alimentaire 42,3%

l'intoxication aux produits industiels 27,4%

l'intoxication médicamenteuse 12,5%

le reste des accidents confondus 17,8%

Comme notre étude d'autres études (39, 6, 9) montrent que la tranche d'âge la plus touchée est de 1 à 4 ans Cette plus grande fréquence des accidents à cet âge est habituelle . Elle s'explique par le fait qu' à cet âge l'enfant est à la découverte de son entourage. Il n'est pas conscient du risque auquel il s'expose.

Il existe une légère prédominance masculine des accidents ( 55,8% masculin et 44,2% féminin).

Cette différence se rapproche de celle constatée par A. TURSZ (39) qui trouve parmi ces accidentés 56% de garçon et 44% de fille. Il en est de même chez A. COLIN (11) qui trouve 55% de garçon contre 45% de fille. Cette pré<sup>do</sup>minance masculine s'explique par le fait que les garçons sont plus turbulants que les filles.

Le lieu d'accident habituel est le domicile de l'enfant dans 87,4 % des cas comme le souligne d'autres auteurs dans d'autres pays (9, 11).

### 3 - ETUDE CLINIQUE :

De notre Etude il ressort que l'intoxication alimentaire occupe la première place dans la pathologie accidentelle (42,3%) des enfants, tandis que cette place est occupée par les intoxications médicamenteuses en Europe (9). Le pic de fréquence des intoxications alimentaires se situe aux mois de Mars, Aril, Mai Juin . Cela s'explique par la forte chaleur en cette période; qui faciliterait la décomposition des aliments . Le chef de file des intoxications aux produits industriels est le pétrole. D'après les études menées à Cocody (8) dans l'enfance la moitié des enfants de moins de 4 ans s'intoxique au pétrole du fait de son utilisation massive dans notre milieu pour l'éclairage et autre. L'enfant a tendance à le confondre avec l'eau. Elle est suivie par ordre décroissant de fréquence par l'eau de javel;, puis la potasse et enfin les insecticides.

L'intoxication par les produits cosmétiques peut s'expliquer par la grande vogue d'utilisation de produit qui dépigmentent. Les 2 produits essentiellement retrouvés au cours de notre étude ont été le top-gel et le Shirley.

Les intoxications médicamenteuses sont dominées par celles des médicaments traditionnels, les antipyrétiques (salicylés) et les anti-émétiques (primpéran). Dans 18 cas, l'intoxication médicamenteuse était iatrogène (erreur de produit, surdosage par la mère) et dans 8 cas accidentelles (l'attrait de l'enfant par le goût ou la couleur fascinante du médicament). Comme d'autres auteurs (11,7) nos résultats soulignent que l'intoxication est heureusement en règle bénigne avec une guérison dans 89,3% des cas d'intoxications. L'intoxication la plus mortelle a été celle des produits industriels ayant provoqué 7 décès.

La gravité de ces intoxications dépend : de la nature du produit, de sa quantité et du délai mis entre l'ingestion et l'intervention médicale.

Les corps étrangers : La fréquence de ces corps étrangers a été de 1,9% (4/208 accidents) : Les différents cas retrouvés selon la nature et la localisation du corps étranger ont été de 2 ingestions de pièce de monnaie, et deux cas d'introduction de graine végétale. (1<sup>er</sup> enfant dans son nez et le second dans l'oreille droite) les deux premiers sont restés sans traitement.

Parmi nos quatre cas de corps étranger les graines végétales étaient en cause dans 2 cas. Des études menées en France (34) ont montré là aussi que 50% des corps étrangers, des voies respiratoires inférieures sont constitués de graines végétales.



Les morsures et les piqûres respresentent 4,9% (10/208) et 1,4% (3/208) des pathologies accidentelles. Les morsures ont généralement eu lieu hors domicile; par contre, les piqûres enregistrées ont toutes eu lieu à domicile. Les principaux responsables des morsures sont : le chien, et le serpent. Les agents responsables des piqûres enregistrées sont les fourmis et les abeilles. Selon leur evolution on denombre 3 décès (2 morsures de serpent et 1 piqûre d'abeille), une perte de vue (morsure de serpent) et 7 guerisons. Si la benignité des accidents est habituelle elle ne concerne pas certains types d'accidents comme la noyade. Cette pathologie a été la plus lethale de nos accidents avec un taux de dedès de 100%. Les 3 cas reçus sont arrivés decédés. Donc, ils n'ont pas bénéficié d'examen clinique ni de traitement.

Les brûlures representent 1,9% des pathologies accidentelles. Les 4 malades enregistrés avaient une brûlure du 1er degré. Les accidents ont eu lieu à domicile. Ils ont évolué favorablement vers la guerison sous traitement (pansement des plaies, l'emploi des sédatifs et souvent utilisation d'antibiotique) tout en sachant que les brûlures superficielle sont particulièrement douloureuses .

Il ressort de cette analyse que les autres accidents (morsure, piqure, brûlure, corps étranger, noyade, électrocution) ont été relativement moins représenté. Nous pouvons expliquer cette sous représentation par certaines raisons notamment la prise en charge de la plus part de ces accidentés par les services spécialisés tels la chirurgie, l'O.R.L, l'I.O.TA, et la D.E.

Les signes cliniques retrouvés sont fonction de la nature de l'accident. Ainsi pour les intoxications on a une frequence de 75,9% de troubles digestifs,

19,89% de troubles respiratoires 8,90% de troubles cardio-vasculaires, 15,18% de troubles de la conscience 33,50% de trouble du tonus, 2,09% d'autres manifestations.

Les corps étrangers : ceux-ci ont entraîné une baisse de l'acuité auditive plus bourdonnement d'oreille dans un cas sur quatre, une gêne respiratoire dans un cas sur quatre. Ils ont été sans manifestation clinique dans les autres cas.

Les morsures se sont manifestées sous forme de plaie et d'œdème dans 90% des cas, sous forme de troubles cardio-vasculaires dans 20% des cas et sous forme de troubles divers ( digestifs, respiratoires, de la conscience et du tonus dans 10% dans cas.

Les piqûres ont entraîné dans 100% des cas l'œdème, la rougeur et le prurit .

Les brûlures ont présenté dans 100% des cas une plaie entourée de phlyctène et d'autres signes cliniques (plaies).

L'electrocution s'est manifestée sous forme de perte de la conscience dans 50% des cas et de vertiges dans 100% des cas.

Le coût moyen de la prise en charge de ces pathologies accidentelles en pédiatrie a été de 1870F CFA. Le coût moyen ne tient pas compte du ticket de consultation et du transport.

#### **4 - EXAMENS COMPLEMENTAIRES:**

Au cours du traitement de ces accidents on a parfois fait recours aux examens complémentaires.

- La N.F.S. et la goutte épaisse étaient systématiquement demandées chez les malades hospitalisés. Ainsi on a eu 3 cas de gouttes épaisses positives sur 37 hospitalisés. Mais d'une façon générale la NFS a montré très peu de modification.

- Le Séro-diagnostic de Widal a été positif chez deux malades.

- la radiographie pulmonaire a été fréquemment demandée dans les accidents accompagnés de troubles respiratoires importants comme l'intoxication aux salicylés et au pétrole. Elle s'est montrée uniquement positive dans les intoxications au pétrole : soit sous forme de signes d'atteinte alvéolaire diffus avec des opacités aux contours flous et un bronchogramme aérien.

- La coproculture: elle n'a jamais été demandée par crainte que le malade ne sorte de l'hôpital avant le résultat de cette dernière.

## VII - CONCLUSION

Une enquête longitudinale menée du 1<sup>er</sup> Avril 1991 au -31 Mars 1992 dans le service de pédiatrie de l'HGT de Bamako au MALI nous a permis d'estimer entre autre la fréquence, l'âge la plus touchée, la période, le coût de la prise en charge, les conditions socio-économiques et les signes cliniques en faveur des pathologies accidentelles en pédiatrie.

Sur les ~~23583~~<sup>26222</sup> consultations pédiatriques on a trouvé 284 pathologies accidentelles dont 208 ont été retenus pour l'étude.

La fréquence des pathologies accidentelles est de 1,2% des consultations pédiatriques avec un risque de décès de 0,55 pour 1000 et un taux de létalité de 6,6% . L'évolution a été favorable dans 84,1% des cas (175/208). Les filles sont moins fréquemment victimes des accidents que les garçons.

L'âge la plus touchée est de 1 à 4 ans (53,9%) . Cette fréquence des accidents baisse à partir de 4 ans .

le taux d'hospitalisation des accidentés est de 17,9%

le coût moyen de la prise en charge est de 1870 fcfa.

Les signes cliniques sont variables selon la pathologie

Les principales causes de ses accidents par ordre décroissant sont: les intoxications, les morsures, les corps étrangers, les brûlures, les noyades, les piqures et l'électrocution.

L'alteration de la conscience, les troubles respiratoires, digestifs, cardiaques et les mutilations corporelles représentent les lésions généralement entraînées par les pathologies accidentelles.

Le taux relativement faible de ces accidents minimise le phénomène car le recrutement a été local et bien sûr beaucoup d'enfants ne viennent pas à l'hôpital à cause de la benignité fréquente de ces accidents. Mais cette bénignité relative ne doit pas exclure les accidents parmi les urgences pédiatriques . L'avenir des ces malades dépend des gestes techniques du médecin en urgence qui doivent être ordonnés, logiques et précis.

## VIII - RECOMMENDATIONS

Il ressort de notre étude et des études comparatives que la plupart des accidents ont eu lieu a domicile (13). De ce fait, il serait souhaitable de mettre en route un programme de sensibilisation pour la lutte contre les pathologies accidentelles avec un effort visant a enseigner aux parents les comportements suivants:

- Il faut bien cuire et conserver les aliments
- Il faut ranger les produits dangereux (nettoyant, eau de javel etc...) en haut des placards.
- Changer le mode de stockage du petrole lampant.
- renforcer la surveillance des cuisines exterieures au mieux en construisant les foyers améliorés. (sur-élevés).

Avoir en famille une boîte de pharmacie securisée, hors de la portée des enfants

- Amélioration de l'état des routes, et le desenclavement des zones urbaines et peri-urbaines.
- Il ne faut pas donner de cacahuette ni de noisette à un enfant de moins de 5 ans.
- Il ne faut pas laisser les petits enfants jouer aux jeux réservés aux enfants plus âgés.

Pour le grand public, il faudrait prévoir des sécances d'information pour la santé par les différents médias possible (journaux, radio, télévision).



## IX - RESUME

**NOM** : F A T O U M A T A

**PRENOM** : M A G U I R A G A

**TITRE de la THESE** : Pathologies Accidentelles à la Pédiatrie de l'Hôpital  
Gabriel TOURE .  
( à propos de 208 cas)

**ANNEE** : 1991-1992 .

**VILLE de SOUTIENANCE** : Bamako

**PAYS D'ORIGINE** : MALI

**LIEU de DEPOSER** : Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine et de  
Pharmacie.

**SECTEUR D'INTERET** : Etudes des facteurs qui influent sur les accidents  
et la prévention de ces accidents.

**RESUME** : L'intoxication alimentaire occupe la première place des  
pathologies accidentelles en pédiatrie, elle est suivie par ordre  
décroissant par les intoxications aux produits industriels puis les  
intoxications médicamenteuses et en fin par les autres accidents en  
pédiatrie. L'évolution de ces accidents a été favorable dans 84,1% des cas  
et l'âge le plus touché a été de 1 à 4 ans dans 52,9% des cas (110/208).

(6) **Mots clés** : Société; Enfant; Accidents; Fréquence; Clinique;  
Traitement;

## X - BIBLIOGRAPHIE

**1 - ANDRE E, LORET H,**

Accident par toxique chez l'enfant en Guadeloupe Etude sur 3 ans et demi au CHU de pointe à pitre.

Pédiatrie 1990 45, 423 - 424

**2 - BAROIS A,**

Erreurs dans l'usage des médicaments en pédiatrie

Concours médical n°8, 2 Mars 1991 col 113 P: 620 - 621.

**3 - BAUD F. J.**

Conduite à tenir devant les intoxications aiguës les plus fréquentes.

E.M.C., urgence 1, P: 1-24 115 A<sup>60</sup> - 27-24 115 A<sup>60</sup>

**4 - BAUD F. ,**

Intoxications aiguës et chroniques aux drogues.

Revue du praticien N°15 du 21 Mai 1991

Page : 1411 - 1414

**5 - BAUDIER F, HELOU J, BOURDERONT D,**

Etude de la consommation des drogues licites et illicites chez les jeunes scolarisés du département du Doubs.

- Archive française de pédiatrie, octobre 1988, tome 45

N°8 P: 575-581.

**6 - BAUDIER F, MARCHAIS M, FERRY B,**

Programme coopératif de prévention des accidents domestiques de l'enfant dans le département du Doubs.

Aspect éducatif et évaluation.

Archive de pédiatrie Août - Septembre 1988, N°7 tome 45

P: (499-503)

**7 - BONNY J. S, BROU Y, BIAU N,**

Intoxications aiguës chez l'enfant : Aspects statistiques à partir des données du service d'Anesthésie Réanimation de CHU de Cocody Abidjan pour l'année 1988.

La revue de pédiatrie, TXXVI, n°2, Février 1990, p: 91-92

**8 - BULU B. G,**

Intoxications par ingestion accidentelle et produits toxiques à Douala, Cameroun.  
La revue de pédiatrie, TXXV, n°6, Juin-Juillet 1989 P: 271-272. †

**9 - CANTINEAU A, BREUREC J. Y, BAERT A, BONNY J. S, CURTES J. P.**

Intoxication chez l'enfant. Aspect statistique, et économique à partir de données du centre anti-poison de Rennes pour l'année 1985. †  
La Revue de pédiatrie, TXXIII, N°2, Fevrier 1987, P 91-93

**10 - CHICOINE L., ANTAKI A. J, GAUDREAULT P, WEBER M.**

Les intoxications.

Precis de pédiatrie 3<sup>e</sup> édition P. 453-475.

**11 - COLIN A., CHEVE A, HOSTALRISCHX,**

Intoxication accidentelle chez l'enfant. Bilan d'une année d'un service d'urgence pédiatrie.

Revue de Pédiatrie, tome XXII n°6 Juin-Juillet 1986. †

**12 - COULIBALY M. Z,**

Les urgences pédiatriques à l'H.G.T. ✖

These médecine Bamako 1989. N°42.

**13 - BABATIE A., ROUSSEY M. , OURMAL M, BETRENIEUR P..**

Ingestion accidentelle de caustique chez l'enfant à propos de 100 observations.

Archive de pédiatrie Mars 1989, Tome 46, N°3, P: (217-222)

**14 - DANEL V,**

Intoxication aigue par ingestion.

Le concours médical 07-04-1990-112-13 P: 1178-1179.

**15 - DESRNTES M, CHUERER, HUBERBRAUN M.C..**

Les manifestations pulmonaires de l'ingestion accidentelle de pétrole chez l'enfant à propos de 36 cas au Gabon.

Med. d'Afrique noire : 1987, 34 (8-9). †

**16 - DUVAL G., RAKOVER J. M,**

Intoxication aigue par les insecticides. Journal de toxicologie clinique et experimental

Janvier-Fevrier 1991 N°1 - 11<sup>e</sup> année

Page: 51 - 58

**17 - EFTHYMIU M. L.,**

Les intoxications; la conduite à tenir devant une intoxication.  
Flammarion Méd. Science  
P: 2437 - 24 69.

**18 - FABRE-TESTE B, DIALLO I. P., TRAORE E. , SIDIBE T..**

La pathologie accidentelle des enfants à Bamako, en 1988 .

**19 - FOURNIER E.,**

Généralité sur les intoxications.  
EMC, The 4, P: 1-25 250 A<sup>10</sup> - 19-25 251 A<sup>10</sup>.

**20- MARC GENTILINE, BERNARD DUFLO,**

Les intoxications  
Médecine Tropicale, Flammarion Médecine science.  
P: 635 - 644.

**21 - HEBERT, ALI HAMIDI,**

Accidents clinique l'enfant à Moyotte  
Revue de pédiatrie T. XXVII Février 1991 n°2  
page 94 - 95.

**22 - HERRAULT A, COHEN SOLAL et DESBOIS J.C.,**

Généralités sur les intoxications.  
m.c. Flammarion P: 207 - 240 h.

**23 - JONVILLE A.P., AUTRET E.,**

Epidémiologie des intoxications au Paracetamol en Pédiatrie.  
Journal de Toxicologie clinique et expérimentale Janvier - Février 1990 n°1; 10<sup>e</sup>  
année.  
P: 21 - 25

**24 - KANTE AMINATA ,**

Etude des problèmes toxicologiques posés par l'utilisation des insecticides dans les  
foyers domestiques de Bamako  
Thèse Pharmacie 1988 Bamako, N°18.

**25 - LE BRAS M, BONDURANT A, COFFI S,**

Conduite à tenir devant une intoxication aigue par ingestion  
Urgences médicales en afrique.  
Page 29-34.

**26 - LEPERQ G,**

Intoxications accidentelles

Abrégé de Pédiatrie 3<sup>e</sup> édition Masson

P: 508 - 512.

**27 - LEVEQUE B.,**

Accidents domestiques chez l'enfant

E.M.C urgence 2, 7 - 1990 1<sup>ère</sup> édition

P: 1 -24311 A<sup>10</sup> - 2431 A<sup>10</sup> -6.

**28 - MANCIAUX , M.,**

L'enfant et les accidents

L'enfant en milieu Tropical 1980 n°123, Page 39.

**29 - MANCIAUX M.,**

Le Pédiatre et l'accident d'enfant un couple mal assorti.

Annale de Pédiatre (Paris) 1987, 3 n°34. P. (205-207).

**30 - MARTINE FRANCOIS,**

Pathologie accidentelle des voies aéro digestives, supérieures de l'enfant: corps étrangers et Brûlures

Revue de Pédiatrie T. XXV, Octobre 1989, n° 8.

Pages : 342 - 351.

**31 - PAIN F.,**

Intoxication accidentelle des enfants par les médicaments et les produits ménagers

Thèse Pharmacie Caen, U.E.R. de science Pharmaceutique 1985, n°365.

**32 - PERIQUET A., G. DE SAINT BLANQUART.**

Pesticides dans l'alimentation Humaine

Revue du Paticien n°11 du 11 Avril 1991, Page 977.

**33 - OUATTARA ALI,**

Evaluation des examens complémentaires aux urgences médicales, chirurgicales et pédiatriques.

Thèse médecine Abidjan 1978, 180 P, n° 805.

**34 - KARA SOUNDIAGOUSSE,**

Etude statistique des intoxications aiguës du point de vue hospitalier a propos de 232 cas observé de 1978 à 1983 dans le service de réanimation de l'hôpital à la Dantec.

Thèse Médecine Dakar 1984, n°41. 108 Page .

**35 - SIDIBE T.,**

Intoxication accidentelle chez l'enfant Bilan de 36 mois au Mali.

Page : 1 à 7.

**36 - THUILLEUX G., SICARD J.F.,**

Brûlure de l'enfant

E.M.C. , Péd. 6, 4113 D<sup>10</sup> P: 1 - 8

**37 - TRABELSI M., LOUKHIL M., BOUKTHIR S., HAMMANI A., BENNACEUR B.,**

Ingestion accidentelle de caustique chez l'enfant Tunisien.

(à propos de 125 cas.

Pédiatrie (1990) 45, 801 - 805.

**38- TRAORE E ,**

Etude épidémiologique des criptive de la Pathologie accidentelle des enfants dans le district de Bamako, Mali en 1988.

Thèse de Médecine , Bamako 1988, N°29.

**39 - TURSZ A., LELONG N., CROST M.,**

Etude épidémilogique de la Pathologie accidentelle du Nourisson .

Archive Française de Pédiatrie, Novembre 1988, tome 45, n°9, Page 673 - 678.

**40 - VOUI - BI - TRA.,**

Traitement médical des brûlures Thermiques de l'enfant de 1984 - 1985 dans le service de réanimation du CHU de Coccody.

Thèse Médecine Abidijan 1986 n°738.

**41 - YAPI GOH THEOPHILE,**

Bilan statistique et de fonctionnement des urgences médicales du C.H.U. de Coccody sur une Période d'activité d'une année.

Thèse médecine Abidjan 1985, 368 Page n° 630.



## XI ANNEXES

## **2 - ABREVIATIONS**

H.G.T = Hôpital Gabriel TOURE

I.M. = Intra-Musculaire

I.V. = Intra - Veineuse

S/C . = Sous Cutané

C.E. = Corps Etranger

L.S.D. = Diethylamide Acide Lisergique

O.A.P. = œdeme Aigu du Poumon

D.D.T. = Dichlore Diethyl Triethamine

B.A.L. = British anti-Lewisite

E.D.T.A. = Ethyl diamine Tetra-Acétique

I.C. = Intervalle de confiance

N.F.S. = Numeration Formule Sanguine

mm<sup>3</sup>. = Millimètre Cube

Cm<sup>3</sup>. = Centimètre Cube

g. = gramme

kg . = Kilogramme

P. Probabilité

R.V.O. = Réhydratation par Voie Orale

S.A.T. = Sérum antitétanique

D.E. = Division de l'Epidémiologie





- Eau courante ( Puits !  !  
 ( Robinet !  !  
 ( Autres :

## II. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

PERE / Fonctionnaire : Oui !  ! Non !  !

Niveau d'instruction père !  !

2è !  !

Sup. !  !

Coran !  !

AGE :

MERE : Profession : Fonctionnaire Oui !  ! Non !  !

Ménagère Oui !  ! Non !  !

Autres :

Niveau d'instruction : père !  !

2è !  !

Sup. !  !

Coran !  !

AGE :

SITUATION MATRIMONIALE : Mariés !  ! Monogamie !  ! Polygamie !  !

Célibataires !  ! Divorcés !  ! Veufs !  !

## III. FAMILLE

- Nombre de personne vivant dans la famille :

- Garde de l'enfant :

- Mère !  !

- Grand-mère !  !

- Servante !  !

- Autres :

## IV. ANTECEDANTS PERSONNELS

- Notion d'accident : Oui !  ! Non !  !

- Type :

- Age de survenue :

- Hospitalisé Oui !  ! Non !  !

V. CARACTERISTIQUES DE L'ACCIDENT1. Hyatrogène Oui !  ! Non !  !2. TYPE

- Intoxication :

- Alimentaire :

- Médicamenteuse :

- Anti-Pyretique :

- Anti-Paludéen :

- Anti-Convulsivant :

- Anti-Dépresseur :

- Hypnotique :

- Médicaments traditionnels :

- Autres :

- Produits Agricoles :

- Produits Ménagers :

- Pétrole :

- Javel :

- Potasse :

- Autres :

- Produits Industriels :

- Plantes :

- Autres :

- Corps étrangers :

- Brûlures :

- Noyades :

- Morsures :

- Chien :

- Serpent :

- Piqûres :

- Gueppe

- Abeille :

- Scorpion :

- Autres :

3. LIEU : Domicile :

Hors domicile :

- Hôpital :

- Ecole :

- Jardin :

- Autres :

- HORAIRE :
- 00h - 7H30
  - 7h30 - 10h
  - 10h - 12h
  - 12h - 14h30
  - 14h30 - 16h
  - 16h - 19h
  - 19h - 00h

5. TRAITEMENT AVANT EVACUATION : Oui !  ! Non !  !

- Moderne :
- Traditionnel :
- Autres

6. MOYEN D'EVACUATION :

- Auto :
- Moto :
- Bicyclette :
- Pieds :
- Autres :

#### VI. CLINIQUE

- Poids :
- Température :
- Troubles digestifs : Oui !  ! Non !  !
- Troubles respiratoires : Oui !  ! Non !  !
- troubles cardio-vasculaires : Oui !  ! Non !  !
- Troubles de la conscience : Oui !  ! Non !  !
- Convulsion : Oui !  ! Non !  !
- Trouble du Tonus : Oui !  ! Non !  !
- Autres :

#### VII. TRAITEMENT

- Modalités du traitement :
- Hospitalisation
  - Mise en observation
  - Traitement ambulatoire
  - Sans traitement :
  - Autres :

- Examens complémentaires : Oui !  ! Non !  !

- Radiographie )
- Selles P O K )
- Coproculture ) Coût :
- Fibroscopie )
- Autres )

- Traitement :

- Diurèse provoquée
- Assistance respiratoire
- Lavage gastrique
- Pansement
- Médicaments :
  - Antibiotique
  - Anti Inflammatoire
  - Anti diarrhéique
  - Antalgique
  - Anti-émétique
  - Anti-Pyretique
  - Autres :

- Coût du traitement :

- Evolution :

- Guérison :
- Sequelles :
- Décès :

- Durée d'hospitalisation :

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.