

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

===== [] =====



UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET DE LA
TECHNOLOGIE

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2011-2012 Thèse N° / ____ / 2012

LES URGENCES PEDIATRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 05-Février-2013 à la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par *Mr. IBRAHIM''YACOUBA''TRAORE*

Pour obtention du DOCTORAT en Médecine (Diplôme d'Etat)

***** JURY *****

Président : Professeur : Mamadou''Marouf''KEITA

Membre : Docteur : DIAKITE Abdoul 'Aziz

Codirecteur de thèse : Docteur : KONE El Hadj Idrissa

Directeur de thèse : Professeur : Mariam SYLLA

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

A

ALLAH

Le très Haut, Le très Grand,

Le Clément, L'Omniscient, l'Omnipotent.

Le Tout Puissant, Le Très miséricordieux

Qui, de part sa Grace, nous a permis de vivre ce jour.

Au PROPHETE MOHAMED (paix et salut sur Lui)

A mon père Feu.Yacouba TRAORE

Toi qui m'enseignas les bases, en vue d'un devenir meilleur dans la vie ;

Toi qui n'a jamais su faire la différence entre tes enfants et ceux des autres par ce que pour toi tous les enfants étaient les tiens ;

Dommmage que tu ne sois pas là, pour partager ces moments de joie, qui anime toute la famille ce jour. J'aurai tant voulu que tu sois parmi nous en ce jour, si spécial voire important de ma vie, mais l'Eternel en a décidé autrement, comme on le dit : »L'homme propose, Dieu dispose ». Je retiendrais toujours de toi, un père courageux, sage, respectueux et respectable admiré de tous ceux qui t'ont connu, ayant sans cesse le souci, du bien être de tous. Nous prions le Bon Dieu afin qu'il accepte ton âme dans son paradis éternel.

A ma défunte mère Feue Kamissa DOUMBIA

Femme de foyer, exemplaire parmi tes semblables, je déplore beaucoup ton absence physique parmi nous ce jour, mais je demeure convaincu qu'une mère n'abandonne jamais son enfant, où qu'elle soit. Je retiendrais toujours de toi une mère courageuse, humble, sage, incarnant tant de valeur moral que spirituelle pour ses enfants, mais aussi pour tout autre .Tout comme papa, nous prions **Allah Le tout Puissant** afin qu'il vous accorde Sa Grâce et sa Miséricorde, et accepte vos deux âmes réunies à jamais dans son paradis éternel amen !

A mes tantes

L'adoption n'a jamais été chose facile ! Vous qui avez su, dès les premiers instants du décès de nos parents ,nous soutenir mes frères et moi, en acceptant nos caprices, en faisant de nos peines les votre, en nous acceptant simplement comme vos propres enfants, malgré les difficultés financières et l'instabilité dans vos foyers.

Nous vous en serons toujours reconnaissant, trouvez en ces quelques mots notre profonde gratitude. Je ne peux m'empêcher de citer quelques noms parmi une liste non exhaustive : **Tante Kany Doumbia, Feue Tante Oumou Doumbia, tante Madjè Doumbia, tante Madinè, tonton Hamidou Doumbia** et bien d'autres que Dieu puisse vous garder longtemps près de nous, qu'Il vous bénisse ainsi que vos différentes familles.

A ma Grand-mère Feue, Tènimba SAMAKE

Les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'affection que j'avais pour toi, tes valeurs humaines, ton amour pour tes prochains, bref tes qualités humaines m'ont inspirés et m'ont poussé choisir à la médecine. J'aurai voulu que tu restes pendant très longtemps à nos cotés, mais rien ne peut contre la volonté de DIEU ; Dors en paix Mamy !

A mon oncle Hamidou DOUMBIA

Tu m'as beaucoup aidé dans cette vie, trouves ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes frères et sœurs : Yssouf, Fatoumata, Aboubacar

Ce travail est aussi le vôtre. Serrons nous les coudes, inch Allah tout ira mieux ; que nos liens fraternels se resserrent d'avantage ! Bon courage et bonne continuation à vous tous.

A tous mes cousins et cousines : des familles SAMAKE à Kalaban-coura, COULIBALY et DEMBELE à Senou, SANGARE à Bozola, DOUMBIA à Niamakoro et Kalaban-coura

Que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours !

A tous mes neveux et nièces

Je ne citerais pas de nom au risque d'en oublier. Comptez sur mon soutien et mes conseils.

Aux familles

SAMAKE, COULIBALY, DOUMBIA, DEMBELE, SANGARE

Mes familles

Vous m'avez accueilli comme un fils. Vos bénédictions et encouragements ne m'ont jamais fait défaut durant la réalisation de ce travail.

Votre attachement pour une famille unie et prospère font de vous des parents très aimables. Vous m'avez soutenu moralement et matériellement durant mon cycle de formation. Retrouvez à travers ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au major Mme.TRAORE Amy SOW

Mère de tous les étudiants : internes et stagiaires dans le service, tu as toujours été cette mère attentive, à l'écoute et prodiguant de sages conseils aux jeunes. Ta tendresse et ton attention particulière nous ont touchés. Tu as fait preuve de compréhension à notre égard, sois rassurée de notre profonde gratitude. Bien que nous ayons pu te faire souffrir sache que nous t'admirons beaucoup ! Que Dieu te garde longtemps à nos coté.

Au major adjoint : Yssouf Nianan BALLO

Tu as toujours été là pour nous, chaque fois que besoin y était, tes sages conseils sur la bonne marche dans le métier et la vie courante, nous ont beaucoup aidé. Cher doyen soit remercié pour toute l'attention porté à notre égard, durant notre séjour dans le service. Que Dieu te garde longtemps parmi nous.

REMERCIEMENTS

Je remercie « Dieu Le Tout puissant ». Il est le commencement et la fin.

Merci pour sa protection et pour son soutien.

REMERCIEMENTS

A mon équipe, à tous les guerriers : Diakité Sékou et son équipe ; Diakité Mohamed ''Moussa'' et son équipe ; Diabaté Makan et son équipe ; Sanou Marius et son équipe ; Dembélé Ousmane et son équipe ; Ly Alpha et son équipe

Au tonton : Pr.Sogodogo Lassana, ainsi qu'à toute sa famille, pour leur soutien sans faille...en vue de mener à bien ce travail, recevoir ici toute ma gratitude

Merci à tous ceux qui ont consacré un jour de travail et d'échange : entre autres

Docteurs : Dembélé Adama ; Traoré Oumar ''Moussokoro'' dit Dr.Jah ; Traoré Soumana''Oumar'' dit Dr.Zou ; Traoré Kone Djenebou ; Mounkoro David ; Touré Mamadou ; Keita Tall Kadiatou ; Ongoïba Diakité Aminata ; Doumbia Mariam ; Dr.DIALLO Aissata BARRY ; Dr. KONE Mohamed''T'' ; Dr. SIDIBE Amos

Merci pour votre soutien.

Merci à toute la promotion ''Hamar Alassane Traore'' de la Médecine 2004-2011.

Que le marché de l'emploi nous offre ce qu'il y'a de meilleur !

***Merci pour ces bons moments passés ensemble. La fraternité, l'entente et la solidarité nous ont permis d'arriver au bout du chemin sans doute aride
Puisse ce travail, être un souvenir pour vous !***

Au personnel de la pédiatrie : aux coté duquel, nous avons beaucoup appris :

Au Dr.Traore Amadou, Dr. Traore Mamadou à tante Mme. Diarra Oumou Coulibaly, à Mme. Sissoko Atou Touré, Dr .Sidibé Korotoumou Bamba, Mme. Toure Dady Tangara, nos sincères remerciements pour leur bonne collaboration ;

A tous les aînés du service de Medecine-Pediatrie, notre pleine gratitude pour les encouragements et l'aide précieuse.

A mes cadets du service de Médecine-Pédiatries ; bon courage et bonne continuation

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

Aux professeurs de la F.M.O.S, nos vifs remerciements autant pour l'enseignement prodigué que leur dévouement sans calcul.

.Au personnel du Centre de Santé de référence de la Commune-V, grand merci pour sa sollicitude et pour la formation reçu.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail, nous disons merci, merci encore merci d'avoir contribué directement ou indirectement à ma formation et de m'avoir aidé à me hisser au niveau que tous savent...

HOMMAGE AUX HONORABLES MEMBERS DU JURY

A notre Maître et Président du Jury,
Professeur Mamadou MAROUF KEITA
Professeur Honoraire à la F.M.O.S,
Ancien Chef de service de la pédiatrie du C.H.U Gabriel Touré.
Ancien Président de l'Association Malienne de Pédiatrie
Président du comité d'éthique de la F.M.O.S.
President du Village SOS
Chevalier de l'Ordre National

Cher maître, nous donnons raison au ciel qui sait retenir en vie des hommes aux qualités rarissimes et notoires comme vous, vous êtes une légende vivante.

Votre dynamisme, votre simplicité, et surtout votre très grande culture scientifique ont forcé notre admiration.

Nous sommes flatté et honoré d'avoir compté parmi vos élèves.

Nous espérons avoir fait honneur à votre qualité incontestable de maître.

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

A notre Maître et juge

Docteur DIAKITE ABDOUL AZIZ

Pédiatre

Spécialiste en Hémato-pédiatrie

Titulaire d'un diplôme Universitaire sur la surveillance Epidémiologique des maladies Infectieuses

Tropicales

Responsable de l'unité de prise en charge des enfants Drépanocytaires

Maître assistant à la F.M.O.S

Nous vous sommes sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous avons été frappés par votre courtoisie, votre spontanéité et votre engagement pour la formation et la réussite des jeunes, qui font de vous un maître sûr et respecté.

Recevez, notre gratitude pour votre contribution à la réussite de ce travail.

A Notre Maître et Co-directeur de thèse
Docteur El Hadj Idrissa KONE
Ancien chef du service de médecine-pédiatrie du CS Réf-CV
Ancien médecin chef adjoint du CS Réf-CV
Actuel Médecin Chef du CSRéf de la Commune IV

Cher Maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de codiriger cette thèse et en siégeant dans ce jury.

Nous avons été très touchés par la gentillesse avec laquelle vous nous avez toujours reçu.

Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqué et nous servent d'exemple.

Vous avez consacré votre temps précieux pour l'élaboration de ce travail. Soyez assurés, cher maître, de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

**A notre Maître et directrice de THESE
Professeur Mariam SYLLA**

Professeur Agrégé de Pédiatrie à la F.M.O.S

Responsable de l'Unité de Néonatalogie du Service de Pédiatrie CHU Gabriel Touré.

Chef de service des urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré

Cher Maître, nous vous disons merci pour la confiance que vous nous avez portée pour faire ce travail.

Vous êtes d'une grande bonté pour tous les enfants malades admis dans votre service et n'épargnez rien de ce que vous avez pour leur bien être.

Trouvez dans ce travail cher maître le très humble témoignage de notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

| | |
|-------------------|---|
| AEG : | Altération de l'état général |
| Aps : | Aspiration / aspiration |
| B.A.L : | Bristisch anti lewisite (2,3, dermercopho propariol) |
| Bko: | Bamako |
| C.D.C: | Centre of disease control |
| C.V.D : | Centre du développement des vaccins |
| Co : | Cobalt |
| C.O : | Monoxyde de carbone |
| Com : | Commune |
| C.H.U-G.T: | Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré |
| C3G : | Céphalosporine de troisième génération |
| C.R.P : | C protéine réactive |
| C.N.T.S : | Centre National de transfusion Sanguine |
| D.E.A.P : | Département d'épidémiologie des affections parasitaires |
| E.DT.A : | Ethylène diamine tétracétique acide |
| E.C.B.U. : | Examen Cytobactériologique des Urines |
| Fe : | Fer |
| G.A.B.A : | Gamma Acide Amino-byturique |
| I.M.A.O : | Inhibiteurs de la Mono-amine Oxydase |
| I.V.D : | intra veineuse directe |

| | |
|------------------------|-----------------------------------|
| I.M.F: | Infection Materno-foetale |
| I.V : | Intraveineuse |
| I.M : | Intramusculaire |
| Kg : | Kilogramme |
| Kpa : | Kilo pascal |
| KCL : | Chlorure de potassium |
| L.C.R : | Liquide Céphalo-rachidien. |
| MCE : | Massage cardiaque externe |
| MPE : | Malnutrition protéino-énergétique |
| Mg : | Milligramme |
| Mn : | Minute |
| ml : | millilitre |
| M² : | Mètre carré |
| N.F.S : | Numération Formule Sanguine |
| O₂ : | Oxygène ou Oxygénation |
| O.R.L : | Oto-rhino-laryngologie |
| O.M.S : | Organisation mondiale de la Santé |
| Pb : | Plomb |
| pH : | potentiel hydrogène |
| P .I.B : | Produit intérieur brut |
| P.E.V : | Programme élargi de Vaccination |
| P.L : | Ponction Lombar |
| P.C : | Périmètre crânien |

| | |
|----------------------------|---|
| Pa CO₂ : | pression partielle en gaz carbonique |
| U.I: | Unité Internationale |
| U.S.A: | United States of America |
| T.N.F: | Tumor Necrosis factor |
| T.R.C : | Temps Recoloration Cutanée |
| S.F.A : | Souffrance fœtale aiguë |
| S.G.I : | Sérum glucosé Isotonique |
| S.S.I : | Sérum salé isotonique |
| Asacobadji : | Association de santé communautaire de Bacodjicoroni |
| Asacotoqua : | Association de santé communautaire de Torokorobougou |
| Asacogua : | Association de santé communautaire de Guarantiguibougou |
| Asacokal : | Association de santé communautaire de Kalaban-coura |
| Asacosab1 : | Association de santé communautaire de Sabalibougou |
| Adasco : | Association de santé communautaire de Daoudabougou 1 |
| As coda : | Association de santé communautaire de Daoudabougou 2 |
| Hors C5 : | Hors de la commune V |

PLAN

| | |
|---|---------------|
| I-INTRODUCTION : | page 1 |
| II-OBJECTIFS : | 4 |
| 1-Objectif général : | |
| 2-Objectifs spécifiques : | |
| III-GENERALITES : | 6 |
| 1-Epidemiologie : | |
| 2-Particularité Physiologique chez l'enfant : | |
| 3-Perception de l'urgence : | |
| 4-Rappels sur quelques symptômes et étiologies d'urgences : | |
| 4-1-Les Convulsions : | |
| 4-2- Le Coma : | |
| 4-3- La Fièvre : | |
| 4-4-La Détresse respiratoire : | |
| 4-5-La Déshydratation Aiguë du Nourrisson : | |
| 4-6- Les Intoxications : | |
| 4-7-Les Méningites purulentes : | |
| 4-8-Les Infections bactériennes du Nouveau-né : | |
| IV-METHODOLOGIE : | 32 |
| 1- Cadre d'étude : | |
| 2- Type d'étude : | |
| 3- Période d'étude : | |
| 4- Activités du service | |
| V-ECHANTILLON | |
| 1-Population d'étude : | |
| 2-Critères d'inclusion : | |
| 3-Critères de non-inclusion : | |
| 4-Déroulement de l'enquête : | |
| 5- Analyses des Données : | |
| VI-RESULTAT : | 36 |
| A - Résultats descriptifs : | |
| 1-Les caractéristiques socio-démographiques | |
| 2-Les caractéristiques cliniques..... | |

B - Résultats Analytiques : -----

VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS : ----- 48

1-Les caractéristiques socio-démographiques -----

2-Les caractéristiques cliniques -----

VIII- CONCLUSION : ----- 52

IX- RECOMMANDATIONS : ----- 53

X-BIBLIOGRAPHIQUES : ----- 54

ANNEXES : ----- 58

FICHE SIGNALITIQUE: :

SERMENT D'HYPOCRATE.....

I-INTRODUCTION

Les urgences pédiatriques constituent l'ensemble des états morbides qui, à une plus ou moins brève échéance, menacent la vie de l'enfant et en nécessitent une prise en charge rapide et adéquate. [1]

La particularité des urgences en pédiatrie tient à plusieurs faits propres à l'enfant:

- La perception de l'urgence se situe à deux niveaux : d'abord, au niveau des parents, ce qui motive la consultation ; ensuite celui du corps médical. L'appréciation du degré de l'urgence peut être différente à ces deux niveaux.
- Du fait de la fragilité de l'enfant, les limites entre les états morbides bénins et sévères sont relativement moins nettes, surtout dans la tranche d'âge de moins de 30 mois, où une affection d'allure banale peut rapidement se compliquer.

S'il existe de nos jours un domaine éminemment sensible de la médecine, c'est bien celui de l'urgence pédiatrique : il fait actuellement l'objet d'interrogations dans de nombreux pays, aussi bien du Nord que du Sud [37, 38]

Dans les pays du Nord, on note dans les structures sanitaires d'urgences l'afflux des patients porteurs de pathologies bénignes ; par exemple :

Aux U.S.A : on estimait naguère que 85% des consultations en urgence se faisaient pour des « affections n'engageant pas le pronostic vital » ; en France, à l'hôpital Robert Debré de Paris, une étude a montré que seulement 28% des urgences pédiatriques pouvaient être considérées comme « prioritaires » [39]

Entre les pays du Nord et ceux du sud, il existe donc une grande différence entre les pathologies pédiatriques, notamment en ce qui concerne la nature et la gravité des affections vues en urgence.

En Afrique subsaharienne, l'urgence pédiatrique relève souvent d'une « médecine en catastrophe » et plusieurs études montrent l'extrême gravité des affections vues dans des consultations d'urgence [5]

L'importance des urgences médicales pédiatriques en Afrique en général, et au Mali singulièrement est due à plusieurs facteurs le plus souvent intriqués, la précarité économique des populations, le recours tardif aux soins, une prise en charge inadéquate dans les centres médicaux pré hospitaliers.

La politique de la santé au Mali, basée sur les soins de santé primaire, accorde une grande place à la santé de la mère et de l'enfant, surtout sur le plan social et préventif, cela au détriment du système hospitalier. C'est autant dire les difficultés que peuvent rencontrer les services hospitaliers, au niveau de la pédiatrie notamment. [6]

La prévention de telles grande causes de détresse vitale passe par une éducation constante dans le domaine de la santé.

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

La mortalité liée aux urgences est importante : elle est de 26,1% dans le service de pédiatrie [1], et de 20% dans le service des urgences et de réanimation du CHU-GT [6]

La lutte contre la mortalité infantile passe donc par une prise en charge des urgences pédiatriques, et elle doit s'inscrire dans une perspective globale. En effet, face à une insuffisance de moyens nécessaires pour une prise en charge correcte, le drame que représente un enfant en détresse vitale nous interpelle tous et justifie cette étude.

Le CSRef de la commune V, qui est un service préhospitalier, reçoit des urgences, notamment pédiatriques ; Le but de notre étude est d'apprécier les activités d'urgences dans le domaine de l'insuffisance de moyens diagnostics et thérapeutiques.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL

Etudier les urgences pédiatriques au Centre de Sante de Référence de la Commune V

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence des urgences pédiatriques ;
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des enfants reçus aux urgences ;
- Identifier les différentes pathologies reçues aux urgences pédiatriques ;
- Décrire le devenir des enfants reçus aux urgences pédiatriques.

GENERALITES

III-GENERALITES

1-EPIDEMIOLOGIE

La demande de soins en urgence augmente partout dans le monde, pour l'adulte aussi bien pour l'enfant. Cela met en péril l'ensemble du dispositif de soins et des efforts de réflexion de la part des médecins et des soignants [7]

En France, les urgences pédiatriques représentent 25 à 30% de l'ensemble des urgences avec une augmentation moyenne annuelle de 5% et une prédominance des jeunes enfants de moins de 5 ans et dans 50 à 56% des cas elles sont médicales [8,9]

En Afrique subsaharienne :

Au Congo, surtout les urgences médicales pédiatriques représentent 18,54% des admissions. Les principaux groupes étiologiques sont dominés par des maladies infectieuses et parasitaires (principalement le paludisme), ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire et digestif [5]

Au Centre national hospitalier de Cotonou (**Bénin**), et sur 2818 cas d'hospitalisations ,60% l'ont été dans une situation d'urgence [3]

Au Centre hospitalier de Libreville (**Gabon**), les urgences pédiatriques représentent 27% des admissions du service d'Oxylogie avec un taux de mortalité globale de 9% [29]

Au Mali, les principales étiologies mentionnées par TRAORE A. sont: le paludisme grave et compliqué (33,7%), la déshydratation sévère par gastro-entérite (18,4%), suivi des pneumopathies, des infections néonatales, et de la méningite. [13]

Les urgences médicales pédiatriques restent une réalité quotidienne, un véritable problème de santé, une préoccupation à la laquelle tout le personnel sanitaire est confronté.C'est pourquoi la connaissance des principaux groupes étiologiques constitue la clé de la prévention dans certains cas.

2-PARTICULARITES PHYSIOLGIQUES CHEZ L'ENFANT

La particularité des urgences en pédiatrie tient à la physiologie de l'enfant, où une affection d'allure banale peut se compliquer rapidement, ainsi:

.Sur le plan métabolique, les réserves en glycogène étant faibles, une acidose lactique peut se développer, voire évoluer rapidement ;

.Sur le plan respiratoire, l'enfant a une consommation en oxygène très élevée, avec des réserves respiratoires limitées en raison d'une faiblesse de la musculature respiratoire. Ainsi une atteinte des voies respiratoires peut rapidement entraîner une détresse respiratoire.

.Sur le plan cardiovasculaire : l'enfant reste sensible à une hypovolémie, car la fréquence cardiaque de base ne permet pas à elle seule d'augmenter suffisamment le débit cardiaque. Les variations physiologiques déterminent alors la fréquence des urgences médicales dans une tranche d'âge de 0 à 5 ans

3-PERCEPPTION DE L'URGENCE

L'urgence peut supposer l'idée d'un danger pour la vie, imminent ou seulement proche [12]

Alors la perception de l'urgence se fait à deux niveaux. D'abord, au niveau des parents, et elle motive la consultation, ensuite au niveau du corps médical. L'appréciation du degré d'urgence peut être différente d'un niveau à l'autre; permettant ainsi de classer les urgences pédiatriques :

Les « *urgences vraies* » ou « *urgences prioritaires* » il s'agit de malades admis dans un tableau de détresse vitale nécessitant une prise en charge rapide.

Les « *urgences ressenties* » ou « *urgences fausses* » il s'agit d'enfants présentant une affection ne menaçant pas le pronostic vital, que les parents décident d'amener aux urgences pour des raisons socio-économiques ou l'existence d'un plateau technique rassurant ou simplement parce qu'ils sont inquiets.

Dans tous les cas, l'étiquette d'urgences « prioritaires » ou « ressenties » n'est portée qu'a posteriori: après l'examen de l'enfant. [6]

A cet effet, nous avons considéré comme urgent ; des enfants présentant :

- Une **fièvre** $\geq 39^{\circ}$ c non corrigé
- Un enfant présentant une **détresse neurologique**
- Un enfant présentant une **détresse hématologique**
- Un enfant présentant une **urgence chirurgicale**
- Un enfant présentant une **détresse respiratoire**
- Un enfant **décédé à l'arrivée...**

4-RAPPELS SUR QUELQUES SYMPTOMES ET ETIOLOGIES D'URGENCE

4-1-LES CONVULSIONS : Il s'agit de contractures brusques et involontaires des muscles, qui surviennent au moment des crises [14]

C'est un symptôme neurologique fréquent en consultation pédiatrique, il constitue dans 47,2% ,le premier motif de consultation, selon TRAORE A. [13] et à cet égard dans 21,6% le deuxième motif de consultation selon SY O. [15]

A-Mécanismes : De nombreux mécanismes ont été évoqués. On insiste sur le déficit central en GABA (acide gamma amino-byturique) qui est un acide aminé neuroméiateur inhibiteur supra-spinal. La genèse des convulsions est une augmentation de l'excitabilité d'un foyer du cerveau, due à une dépolarisation excessive qui peut ensuite se propager ou non à l'ensemble du cerveau. Pour éviter cette tendance à la dépolarisation, on renforce la polarisation cellulaire soit en inhibant l'entrée de sodium soit en favorisant l'entrée du chlore.

B-La clinique des convulsions [14]

***La crise tonico-clonique généralisée** : Elle comporte une phase de perte de connaissance initiale, une phase tonique, (parfois seule manifestation critique) et une phase clonique avec secousses rythmiques bilatérales et symétriques des membranes.

***Les crises partielles** : Elles témoignent plus souvent d'une lésion cérébrale. Ce type de crise informe parfois sur le siège de la lésion cérébrale.

Les crises motrices partielles sont plus fréquentes ; et les autres types de crises sont difficiles à reconnaître chez le nourrisson du fait de l'âge de celui-ci. Ces peuvent laisser un déficit post-critique transitoire, et les types partiels ou limités peuvent être associées à des formes simples ou généralisées.

***Les crises frustres ou atypiques** : Ces crises ne comportent pas de clonies, elles peuvent se résumer à une phase tonique, à une hypotonie transitoire, ou à une brève perte de connaissance , soit isolée, soit souvent accompagnée de cyanose. Le diagnostic en est souvent difficile, et la description par l'entourage peu utilisable.

E-Etiologies

Chez le nourrisson les causes sont variables :

***La fièvre** : Quel que soit l'aspect de la crise convulsive, l'étiologie de la fièvre doit être recherchée. En effet, l'apparition de la crise convulsive peut être liée à la fièvre elle-même (convulsion hyperpyrétique). Il faut donc rechercher, une méningite, une encéphalite, le neuropaludisme, les abcès cérébraux.

En l'absence de fièvre, d'autres étiologies sont recherchées ; telles l'épilepsie ou les encéphalopathies néonatales.

***Les troubles métaboliques** : les états de déshydratation sévère, les cas d'hypoglycémie, les maladies métaboliques, dont les glycogenoses, la fructosemie et la galactosemie.

***Les intoxications aiguës** : certains médicaments (la théophylline, les phénothiazines et les antidépresseurs IMAO . . .)

***Les traumatismes crâniens** : l'hématome sous dural.

D-Traitement d'urgence des convulsions : [14]

Diazépam : injection intra rectale de 0,5 mg/kg (*1 ampoule =2 ml =10 mg*) ou *injection intraveineuse lente de 0,5 mg/kg avec possibilité de ventilation manuelle (risque d'apnée)*

En cas d'échec ou récurrence après 5 mn : 2^{ème} dose de 0,5 mg/kg à renouveler jusqu'à une dose totale de 2 mg/kg

En d'échec ou de récurrence

Dose de charge de *Phénobarbital* :

15 mg/kg en 20 mn (1 ampoule = 1 ml =40 mg) dilué dans du sérum physiologique. Puis éventuellement *Dilantin* si persistance des convulsions : 15 mg/kg I.V en 15 mn dilué dans du sérum physiologique (1 ampoule = 5 ml = 250 mg) en dose de charge.

4-2-LE COMA : [12, 16]

Le coma est un état caractérisé par la perte de conscience et la perte plus ou moins importante des fonctions de relation : sensibilité et motricité. Toute fois, certaines fonctions végétatives qui entretiennent la nutrition sont conservées.

Cet état intermédiaire entre la vie et la mort, pose aux médecins des problèmes difficiles, car les techniques de réanimation et d'assistance physiologique (ventilation artificielle, alimentation parentérale et entérale) leur donnent la possibilité de maintenir en vie, mais à grand frais, des sujets dont ils ne peuvent sans hésitation prédire des chances de guérison.

A- Evaluation de la profondeur du coma :

Pour apprécier la profondeur du coma chez l'enfant ; on utilise l'échelle de BLANTYRE (Tableau 1), ou celle de BICETRE (Tableau 2) ou l'échelle de GLASGOW adaptée à l'enfant (Tableau

Tableau 1 : Echelle de BLANTYRE [41]

(Enfants trop jeunes pour parler, moins de 3 ans)

| | |
|---|----------|
| <u>Mouvements oculaires :</u> | |
| Bien adapté..... | 1 |
| Inadaptés..... | 0 |
| <u>Réponse verbale :</u> | |
| Cri adapté..... | 2 |
| Gémissements ou cris inadaptés..... | 1 |
| Pas de réponse..... | 0 |
| <u>Réponse motrice (membres) :</u> | |
| Localise un stimulus*..... | 2 |
| Retire les membres**..... | 1 |
| Pas de réponse..... | 0 |

*Frottement d'une jointure du doigt sur le sternum

**Pression ferme sur l'ongle du pouce avec un crayon placé horizontalement

Normal : 5 Obnubilation : Coma stade I = 4 Coma stade II : 3-2

Coma stade III : 1 Coma stade IV : 0

Tableau 2 : Echelle de BICETRE.

| | |
|--|----------|
| <u>Ouverture des Yeux (exclusif)</u> | |
| Spontanée + poursuite oculaire..... | 5 |
| Spontanée..... | 2 |
| Provoquée..... | 1 |
| Aucune..... | 0 |
| <u>Réactivité Motrice (exclusif)</u> | |
| Localisatrice..... | 3 |
| Flexion..... | 2 |
| Extension..... | 1 |
| Aucune..... | 0 |
| <u>Diamètre pupillaire (exclusif)</u> | |
| Normal 2-3 mm | 2 |
| Myosis : < 2 mm..... | 1 |
| Mydriase : ≥ 4 mm..... | 0 |
| <u>Réactivité du tronc cérébral (cumulatif)</u> | |
| Grimace..... | 4 |
| Photomoteur..... | 3 |
| Cornéen..... | 2 |
| Toux ou ventilation spontanée..... | 1 |
| Aucun..... | 0 |

0 = Mort cérébrale

0-10 = Coma avec atteinte du tronc cérébral

10-20 = Coma sans atteinte du tronc cérébral

20 = Absence du Coma.

Tableau 3 : Echelle de GLASGOW

(Enfants capable de parler, plus de 3 ans)

| | |
|------------------------------------|---|
| <u>Ouverture des Yeux :</u> | |
| Spontanée, volontaire.4 | |
| Aux ordres..... | 3 |
| A la douleur..... | 2 |
| Pas de réponse..... | 1 |
| <u>Réponse verbale :</u> | |
| Orientée..... | 5 |
| Confuse..... | 4 |
| Incohérente..... | 2 |
| Pas réponse..... | 1 |
| <u>Réponse Motrice :</u> | |
| Aux ordres | 6 |
| A la douleur | 5 |
| Adaptée avec retrait..... | 4 |
| Inadapté avec flexion..... | 2 |
| Pas réponse | 1 |

Normal = 13 – 15

Obnubilation : Coma stade I = 8-12

Coma stade II = 6 – 7

Coma stade III = 4 – 5

Coma stade IV = 3

B- Conduite pratique de l'examen devant un coma chez l'enfant

Devant un coma chez l'enfant, il faut :

→ **Recherche des signes de localisation** : asymétrie droite et gauche pour

- La motilité : spontanée ou provoquée, des mouvements anormaux unilatéraux, le syndrome pyramidal ou extrapyramidal unilatéral.
- Le tonus : l'hypotonie ou l'hypertonie unilatérale.
- Les signes oculaires : la déviation conjuguée des yeux, une mydriase aréactive unilatérale.

→ **Recherche des complications**

- Troubles neurovégétatifs : l'hypoventilation, l'encombrement, la bradycardie, les troubles du rythme, l'hypertension artérielle, la dilatation aiguë de l'estomac, le globe vésical.
- Signes d'engagement : l'approfondissement rapide du coma, la paralysie du III unilatérale (temporal) ou torticolis (amygdales cérébelleuses)

C- Les principales étiologies

➤ **Causes infectieuses** (avec œdème cérébral) :

Le paludisme grave

La méningite

L'encéphalite

➤ **Causes Métaboliques**

La déshydratation sévère

L'hypoglycémie

Le coma hépatique

L'hyper natrémie

➤ **Causes toxiques** :

Les salicylés, Neuroleptiques et tranquillisants

Les opiacés surtout la codéine dans les antitussifs

L'alcool éthylique.

➤ **Coma post critique** surtout épileptique

➤ **Coma post traumatique**

D-Les Mesures de réanimation en urgence

- Pose de la perfusion sur la base de 1 litre/ m² / jour
- Mise en place d'une sonde gastrique pour l'alimentation entérale
- Mise en place d'une sonde vésicale pour évaluer la diurèse
- Position proclive de 30° en absence de choc.
- Support ventilatoire dès qu'il existe une atteinte axiale.
- Traitement de toute insuffisance circulatoire.
- Nursing.

Ces mesures générales seront associées aux mesures spécifiques en fonction de l'orientation étiologique.

4-3-LA FIEVRE [17]

A-Définition :

En pratique, on parle de fièvre si la température centrale dépasse 37,5°C le matin au réveil ou 38°C le soir chez l'enfant ayant une activité physique normale. Chez le nourrisson, on peut retenir comme limite 37,7-37,8°C le soir.

La fièvre est dite modérée jusqu'à 38,5°C, elle est élevée entre 38,5 et 40,5°C et sévère au-delà de 40,5°C

Le niveau atteint par la température ne témoigne pas pour autant de la gravité de sa cause ou de sa tolérance.

B-Mesure de la température

La mesure de la température centrale, doit être faite dans de bonnes conditions et la voie rectale est la plus fiable.

Cependant, chez le nouveau-né et certains nourrissons à risque, la température axillaire donne de bon résultat à condition de prendre la température pendant 3 minutes (on ajoute ensuite 0,5 °C au chiffre obtenu). La règle est identique pour la voie buccale.

C- Conduite pratique devant une fièvre aiguë chez le nourrisson

Il faut évaluer :

→ **La tolérance de la fièvre**

Tableau 4 : Evaluation de la tolérance de la fièvre.

| | Bonne | Mauvaise |
|------------|-----------------------|--------------------------|
| Faciès | Vultueux | Pâle, Gris, cyanose |
| Conscience | Normale | Somnolence |
| Cris | Vigoureux | Plaintifs, geignards |
| Téguments | Erythrosiques, chauds | Marbrures, extr. Froides |
| T.R.C | Immédiat | Allongé >3 seconde |

→ **Apprécier les principaux risques ou complications**

- La déshydratation s'explique par l'augmentation des pertes hydriques.
- Les convulsions, surviennent toujours lorsque l'ascension thermique est rapide et non lorsque l'équilibre est atteint. Il faut donc veiller, pendant le traitement, à éviter les irrégularités de la courbe thermique.
- Le syndrome d'hyperthermie majeure ; tableau grave qui associe ; température supérieure ou égale à 39⁰ C chez le nouveau-né et supérieure ou égale à 41⁰ C chez le nourrisson et l'enfant, le collapsus, les signes cliniques de déshydratation, des atteintes neurologiques et polyviscérales.

D-Etiologies

Une fièvre bien tolérée fera rechercher : une infection O.R.L, broncho-pulmonaire, urinaire ou une vaccination récente.

Une fièvre mal tolérée doit faire redouter : une méningite purulente, une hyperthermie majeure etc.

E-Traitement de la fièvre aiguë du nourrisson

→ **Lutter contre le réchauffement**

La lutte vise à maintenir une température ambiante modérée (18-20⁰ C) et à découvrir l'enfant. La glace, les enveloppements et le bain frais sont dangereux, car la vasoconstriction cutanée entrave la thermolyse.

→ **Les antipyrétiques** : Trois médicaments peuvent être proposés

Aspirine : Elle réduit la synthèse des prostaglandines E₂, par blocage de la cyclo-oxygénase, responsable de la formation de l'acide arachidonique.

Elle a comme avantage d'allier un effet antipyrétique, un effet anti-inflammatoire.

Elle est administrée en raison de 10 à 13 mg /kg toutes les 4 à 6 heures, soit 60 à 80 mg/kg/24 heures

Paracétamol : Il agit également au niveau des prostaglandines, mais il n'a aucun effet anti-inflammatoire. Il est administré en raison de 15 mg/kg toutes 6 heures soit 60 mg /kg/24 heures.

Ibuprofène : C'est un anti-inflammatoire dérivé de l'acide propionique. Comme l'aspirine, il a donc un effet anti-inflammatoire, analgésique et antipyrétique.

Il est administré à raison de 7 à 10 mg / Kg toutes les 6 heures soit 40 mg/kg/24 heures. Tous ces médicaments modifient la réponse de l'hypothalamus au pyrogène, d'où un abaissement du point d'équilibre thermique.

4-4-LA DETRESSE RESPIRATOIRE [18]

Elle est la traduction d'une insuffisance respiratoire aiguë, rapidement progressive avec polypnée à l'air ambiant. C'est une urgence qui en l'absence de traitement adéquat peut entraîner un arrêt cardiaque brutal par hypoxie, source de séquelles neurologiques graves. B.Ouloguem [6] Doumbia M.N [20] et Sy O [15] ont respectivement trouvé dans leur étude 86,1% ; 38,6% et 21% de cas détresse respiratoire.

La détresse respiratoire est facilement évoquée devant des troubles du rythme de l'ampliation respiratoire des signes de lutte (battements des ailes du nez, tirages) Les principales causes sont de 4 types : obstruction des voies aériennes, les maladies pulmonaires, et enfin les causes centrales et neuromusculaires.

On recherche des signes de gravité témoignant d'une asphyxie (cyanose, tachycardie, hypertension artérielle, sueurs, troubles de la conscience) au maximum des signes d'épuisement (bradycardie, disparition des signes de lutte respiratoire, gasps), qui nécessitent une intubation et une ventilation mécanique en urgence. [21]

La reconnaissance d'une détresse respiratoire se fera sur la base d'une évaluation clinique et ou par la mesure transcutanée de la saturation sanguine en oxygène.

L'évaluation clinique rapide concerne :

a- La fréquence respiratoire : la tachypnée constante est souvent la première manifestation d'une détresse respiratoire chez le jeune enfant. Isolée, elle peut également refléter la compensation respiratoire d'une acidose métabolique.

Les normes par rapport à l'âge sont indiquées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Normes de la fréquence respiratoire en fonction de l'âge.

| Ages | Fréquence respiratoire/ minute |
|---------------|--------------------------------|
| Nné à 3 mois | 40 – 60 |
| 3 mois-2 ans | 30 – 40 |
| 2 ans-10 ans | 20 – 30 |
| Sup. à 10 ans | 12 - 15 |

b- La mécanique respiratoire

L'augmentation des efforts respiratoires découle d'une diminution de la compliance pulmonaire (pneumonie). Il faut être attentif à la symétrie du murmure vésiculaire ou à une diminution de l'entrée d'air (auscultation dans les creux axillaires) ainsi qu'aux ampliations thoraciques.

C-L'évaluation de la coloration cutanée

Cette évaluation doit tenir compte de la température ambiante. Un enfant bien oxygéné et bien perfusé a ses extrémités roses et chaudes.

Si la perfusion se détériore, ses extrémités vont devenir fraîches, pâles, puis grisâtres et moites.

La cyanose centrale n'apparaît que si 50g/l d'hémoglobine sont réduits; elle peut donc être absente chez l'enfant sévèrement anémié, malgré une hypoxémie sévère.

La cyanose dépend également de la perfusion périphérique et de la consommation en oxygène des tissus. Ainsi, un sujet atteint de polyglobulie présentera plus rapidement une cyanose.

L'oxymétrie transcutanée sera d'une aide facile et précieuse pour mesurer la saturation de l'hémoglobine en oxygène.

d-Principes du traitement d'urgence

Outre le traitement étiologique, il ya le traitement symptomatique, il est fondamental:

- Position demi-assise
- Surveillance clinique et gazométrique
- Oxygénothérapie : par l'enceinte de HOOD ou par la lunette nasale.
- Intubation et la ventilation mécanique en cas de signes d'asphyxie et ou d'hypercapnie (Pa CO_2 supérieure à 8 Kpa ou 60 mmhg) avec acidose (pH inférieur à 7,20).

4-5- LA DESHYDRATION AIGUE DU NOURRISSON

La déshydratation aiguë est une urgence médicale fréquente chez le nourrisson. Aux Etats-Unis, elle représente 10% des motifs d'hospitalisations chez les moins de 5 ans [23]

En France, la déshydratation était la première cause de décès, évitable chez les enfants admis dans un centre de réanimation pédiatrique [22]

Le nourrisson est exposé à un risque particulier de déshydratation du fait des spécificités de sa physiologie.

A-Physiopathologie

Le contenu corporel total en eau chez le nourrisson de 3 mois est d'environ 70% (80% chez le nouveau-né), ce qui est supérieur à celui de l'enfant et de l'adulte.

Le bilan hydrique du nourrisson est caractérisé à l'état normal par l'importance relative des entrées et des sorties d'eau et de sodium, par rapport au volume hydrique et au contenu électrolytique total de son organisme. Toute accentuation des pertes ou une réduction des apports se traduira rapidement par un déficit.

Les pertes affectent toujours d'abord le compartiment extra-cellulaire, en contact avec le milieu extérieur, puis le retentissement en fonction des apports d'osmolarité, sur le compartiment intracellulaire.

B-Les signes cliniques de la déshydratation aiguë

Les principaux signes cliniques de la déshydratation sont :

Le teint gris, les yeux cernés, une persistance du pli cutané, une dépression des fontanelles, une sécheresse des muqueuses, la fièvre, enfin et surtout une perte de poids récente. La perte de poids, lorsqu'elle est évaluable, renseigne sur l'importance de la déshydratation, qui dépasse 10-15% dans les formes graves.

Reconnaître les signes de gravité immédiate: état de choc hypovolemique:

Ceux sont surtout des signes d'hypoperfusion périphérique, et c'est l'association de plusieurs d'entre eux qui est significative : les extrémités froides et pâles ou cyanosées, temps de recoloration cutanée (mesuré après une compression de secondes de la pulpe d'un doigt) supérieur à 3 secondes, marbrures cutanées. La tachycardie, la tachypnée sont également constantes et doivent être interprétées en fonction d'une éventuelle fièvre. Les troubles de la conscience sont un signe de gravité.

La pression artérielle est conservée au début, voire élevée. Elle ne chute qu'après une phase tardive, de collapsus. Elle est en tout état de cause difficile à mesurer avec précision chez le nourrisson, et en l'absence d'appareil oscillométrique automatique. L'oligurie est tardive. Les valeurs de références des principales constantes physiologiques en fonction de l'âge sont indiquées dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Les normes de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle en fonction de l'âge

| Age | FC (c /mn) | PAS (mm hg) | PAD(mm hg) |
|--------|------------|-------------|------------|
| 6 mois | 135 ± 35 | 80 ± 20 | 55 ± 15 |
| 1 an | 120 ± 30 | 90 ± 15 | 55 ± 15 |
| 2 ans | 110 ± 35 | 90 ± 15 | 55 ± 15 |
| 4 ans | 100 ± 30 | 95 ± 15 | 55 ± 15 |
| 10 ans | 90 ± 35 | 100 ± 15 | 60 ± 15 |
| 14 ans | 85 ± 30 | 105 ± 15 | 65 ± 15 |

C-Les signes biologiques

Sur le plan biologique, il existe une hémococoncentration (augmentation de l'hématocrite et de la protidémie), une hyper, iso, ou hypoosmolarité (et ou natrémie), une acidose métabolique, une hypokaliémie, éventuellement une insuffisance rénale aiguë, fonctionnelle puis organique.

D- Principes du traitement

Le traitement repose sur la réhydratation, précédée dans les formes sévères avec choc par une expansion volémique. La réhydratation peut être orale dans les diarrhées avec déshydratation légère, elle doit être intraveineuse dans les formes sévères.

Les déshydratations aiguës hyperosmolaires doivent être traitées par réhydratation progressive (en 24-48H) du fait du risque d'œdème cérébral lors de la réhydratation au cas où l'hyperosmolarité est très rapidement corrigée, régulée.

4-6-LES INTOXICATIONS : [24, 25, 26, 27]

A-Definition : l'intoxication est l'ensemble des manifestations pathologiques consécutives à l'administration d'aliments ou à l'absorption de produits ou de médicaments qui se comportent comme un poison dans l'organisme.

B-Epidemiologie

Les intoxications accidentelles sont fréquentes chez l'enfant puisqu'elles représentent 0,8% des motifs d'hospitalisation, selon N. KOUROUMA. [24]

Les intoxications médicamenteuses sont les plus fréquentes (45 à 50%), avant celles qui sont dues aux produits ménagers (25%), aux dérivés pétroliers (5 à 10%) et aux cosmétiques (8%)

D'autres intoxications sont également importantes à connaître, telle celles dues au monoxyde de carbone, aux fumées d'incendie, aux produits agricoles et aux végétaux.

C- Les voies de pénétration dans l'organisme

La voie pulmonaire : Ce mécanisme se voit dans les intoxications par dégagement de gaz, poussière, vapeur toxique. Exemple : CO, (monoxyde de carbone). Le passage du toxique dans le sang est très rapide et rend cette intoxication foudroyante.

→ La voie digestive : **Par la voie orale, la vitesse d'absorption dépend et du produit en cause, de sa nature : les solutions s'absorbent en général plus rapidement que les formes solides. C'est important pour une éventuelle décision de pratiquer le lavage gastrique. Mais l'absorption est influencée par l'état de la réplétion de l'estomac, et par la nature des aliments consommés avant l'intoxication.**

La voie cutanée : Elle comporte plusieurs volets : il peut s'agir :

D'une pénétration percutanée (brûlure de base, d'acide, et de contact avec une poudre)

De piqûre d'insectes

De pénétration oculaire.

D- Principes généraux du traitement des intoxications

Les mesures d'urgences sont ici:

□ **Epuration digestive** : Deux techniques sont utilisées à cet effet.

□ **Evacuation gastrique:** soit par

• ***Le sirop d'Ipéca*** : à la posologie de :

5 ml entre 6 et 9 mois

10 ml entre 9 et 12 mois

15 ml entre 1 et 12mois

30 ml au-delà de 12 mois.

A l'occasion, la dose peut être répétée 20 mn après, en l'absence de vomissement. Certains auteurs y recommandent le chlorhydrate d'apomorphine ou le sulfate de cuivre.

• ***Le lavage gastrique*** : Il est pénible, long et parfois dangereux.

Le lavage gastrique s'effectue chez un enfant allongé en position latérale de sécurité et enroulé dans une alèse afin de l'immobiliser. La sonde gastrique doit être adaptée à l'âge du petit.

Le lavage proprement dit se fait avec un mélange à moitié d'eau distillée et à moitié de sérum physiologique, tiède. Les passages sont de 100 à 250 ml selon l'âge, et la vidange est faite à chaque passage après un contact de 30 secondes.

Au total, 20ml/kg (maximum 200ml/kg) seront passés par la sonde et il est nécessaire de mesurer systématiquement les volumes administrés et recueillis le bocal de vidange.

• ***Le charbon activé*** :

Son usage est principalement réservé aux intoxications médicamenteuses avec substances absorbables par le charbon et ayant un cycle entéro-hépatique. Le tableau suivant donne les médicaments absorbables par le charbon

Tableau 7 : *Les médicaments absorbables par le charbon.*

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Acétaminophène | Hydantoïnes |
| Amphétamines | Indométacine |
| Atropine | Isoniazide |
| Antihistamiques | Méprobamate |
| Anti-inflammatoire non stéroïdiens | |

On administre à une dose de 1g/kg qui peut être fractionnée toutes les 20 mn pour éviter les vomissements.

– **Le traitement antidote ou traitement spécifique**

C'est un complément précieux aux mesures d'épuration digestive. Le Tableau 7 donne les principaux antidotes utilisés dans les intoxications aiguës.

Tableau 8 : Les principaux antidotes. [42

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

| Antidotes | Indications | Actions | Posologies |
|-----------------------|------------------------------------|---|--|
| Atropine | Organophosphorés | Action bromo+ | 20 µg/kg/mn |
| B.A.L | Métaux lourds (Pb,Ag) Arsénique | | 300mg/m ² surface corporelle en 4perf/j Pdt 5jrs. |
| Bleu de méthylène | Méthémoglobinisant | | 1-2mg/kg en IV |
| E.D.T. A calcique | Pb, Fe,Co | | 1000mg/m ² de surface en 4 perf/J pdt 5jrs. |
| Ethanol | Méthanol, Ethylène- glycol | | Dose charge : 0,5à 1ml/kg solution 100% diluée Pref. Continue 10-12ml/H |
| Fragment Fab | Digoxine | | 80mg de Fab IV |
| Digidot | Digitoxine | | 1mg digoxine= inj. De 10 γ/kg en IV, puis 10 γ/kg/H en perf. |
| Flumazenil(anexate) | Benzodiazépines | Induit un réveil complet mais transitoire | 10 γ/kg en IV, puis 10 γ/kg/H |
| Hydroxocobalamines | Acide cyanhydrique | | 80mg/kg en IV |
| Isoprenaline(Isuprel) | Bêtabloquants | | 1 γ/kg en IV plus perf. Continue 0,1 γ/kg/mn. |
| N-acetylcysteine | Paracétamol | Prévient les nécroses hépatiques | Dosecharge:150mg/Kg IV en 30 mn puis 50mg/kg/4h et 100mg/kg en perf. de 16h. |
| Naloxone(Narcan) | Opiacés, méthadone | | O ₂ normobare au masque O ₂ hyperbare au caisson. |
| Pralidoxine | Organophosphorés | | Perf. Lente 200mg renouvelable toutes 6h. |
| Vitamine k1 | Anticoagulants coumariniques | | 20mg renouvelable per os ou IV |
| Diazépam | Chloroquine | Non élucidés | |

Épuration rénale : elle se fait par la diurèse forcée (en l'absence d'insuffisance cardiaque ou rénale), laquelle utilise le sérum glucosé 10% ou 15% à la dose de 100 à 150 ml/kg/jour, ou du Mannitol à la dose de 10 ml/kg/jour. IL peut s'agir de faire soit :

- **Diurèse forcée neutre** : En alternant des perfusions de Mannitol 10% et de glucosé 10%
 - **Diurèse forcée alcaline** : En intercalant une perfusion de sérum bicarbonaté 1,4%+KCL entre Mannitol et glucosé 10%
 - **Diurèse par l'utilisation des diurétiques** : avec du Furosémide (LASILIX*) en IVD à la dose de 1 à 2 mg/kg/jour associé au SGI ou SSI.
- **Épuration extra rénale** : elle se fait par la dialyse péritonéale et l'hémodialyse

4-7-LES MENINGITES PURULENTES [28]

Les méningites purulentes sont particulièrement fréquentes chez l'enfant. Leur diagnostic précoce est difficile chez le nourrisson, a fortiori chez le nouveau-né, dans la mesure où le syndrome méningé classique manque habituellement. La ponction lombaire est largement pratiquée en cas de syndrome infectieux inexpliqué chez le nourrisson et elle l'est systématiquement en cas de suspicion d'infection chez le nouveau-né.

Les méningites bactériennes requièrent une urgence thérapeutique : une évolution fulminante par choc septique, une hypertension intracrânienne compliquée sont possibles en cas de retard de diagnostic ou de traitement. Le pronostic est vital et neurologique.

A-La clinique

Les méningites suppurées sont relativement fréquentes. Leur tableau clinique varie en fonction de l'âge.

→ **Les méningites du grand enfant** : La symptomatologie s'en rapproche beaucoup de celle de l'adulte. En général, le tableau clinique est franc :

- Le début en est brutal par une fièvre à 40° C, et par des céphalées, des vomissements, parfois par une crise convulsive, voire un coma.

Le tableau clinique en est caractérisé en bref par :

- céphalées, photophobie
- syndrome infectieux
- Contracture caractéristique : l'enfant est couché en chien de fusil, une raideur de la nuque, des signes de Kernig et de Brudzinski.
- Hyperesthésie cutanée, troubles vasomoteurs.

Les méningites chez le nourrisson : La symptomatologie en est polymorphe, et d'autant plus trompeuse que l'enfant est plus petit. Elle réalise des tableaux variés ayant en commun la fièvre :

° **Symptômes neurologiques**

- La convulsion fréquente, d'où la règle est de rechercher une méningite devant toute convulsion fébrile.
- La somnolence anormale, voire le coma.
- Rarement l'hémiplégie, la paralysie oculomotrice

° **Symptômes digestifs**

- L'anorexie, vomissements et/ou diarrhée
- La perte de poids, ou au contraire la prise de poids insolite.

° **Purpura fébrile**

° **Fièvre isolée**

A l'examen, le nourrisson souffre : il est agité; il pousse des cris, ou au contraire il est apathique, et il gémit spontanément et/ou quand on le prend dans les bras, ce qui traduit la céphalée et l'hyperesthésie cutanée. La raideur méningée traduit par une hypertonie des membres inférieurs, à interpréter en fonction de l'âge ; la raideur de la nuque peut être discrète ou remplacée par une hypotonie. La fontanelle peut être normale, surtout en cas de déshydratation.

Au total, face au polymorphisme des signes cliniques, il faut être large dans l'indication de la P.L.

B-Les examens complémentaires

→ **Le liquide céphalo-rachidien**

* **L'aspect du LCR** : trouble, parfois purulent, épais.

* **L'examen cytologique** : en règle général, plusieurs centaines de cellules, parfois des milliers/mm³, le plus souvent polynucléaires altérés (pus), et parfois la formule est panachée mais avec prédominance des polynucléaires (méningite décapitée ou formule de guérison)

* **L'examen bactériologique** :

La coloration sur lame (gram)

L'aspect des cellules et formule

La recherche de bactéries (gram positif ou négatif)

Le LCR est cultivé sur milieux enrichis appropriés

* **L'examen biochimique**

La glycorachie inférieure à 2,2 mmol/l

Importance du rapport glycorachie/glycémie : Si celui-ci est $\leq 0,4$, l'argument y est en faveur d'une méningite bactérienne. L'albuminorachie supérieure à 0,5g/l

*** Les antigènes solubles**

La recherche est systématique dans le L.C.R des antigènes disponibles : l'*Haemophilus influenzae b*, méningocoques, et le pneumocoque.

Cette recherche est également possible dans le sang et dans les urines.

→ **La C-réactive Protéine**

Examen toujours fiable : le chiffre y est élevé dans les cas de méningites bactériennes (>30 mg/l), et sous traitement (valeur pronostique), rapide y est le retour à la normale.

–**Hemoculture** : peut être citée

C-Evolution et complications : les éléments de surveillance sont

° **La clinique**

La température, l'hémodynamique, la conscience, l'examen neurologique, et le périmètre crânien.

° **La biologie**

Le LCR : une PL de contrôle doit être faite dans les 24 à 48 heures après le début du traitement. Un second contrôle est pratiqué à l'arrêt du traitement sauf en cas de méningite à méningocoque.

L'ionogramme sanguin : à faire à la période aiguë, pour apprécier le syndrome d'antidiurèse, en répétant l'examen 2 à 3 fois (natrémie, protidémie, hématocrite)

La C-Réactive Protéine : elle doit se normaliser rapidement sous traitement et se maintenir normale à l'arrêt de celui-ci.

° **Evolution favorable** : La courbe de température se normalise au bout de 2 à 3 jours. La persistance d'une fièvre doit faire supposer une complication ou une «allergie aux antibiotiques »

La conscience redevient normale ou demeure telle. L'examen neurologique est normal, le périmètre crânien stable.

° **Les complications**

Les complications immédiates : Le collapsus immédiat ou secondaire, qui justifie la pose d'une voie d'abord d'emblée, une surveillance très rapprochée dans un centre adapté ;

L'état de mal convulsif, souvent lié à l'œdème cérébral (antidiurèse) ou à des lésions encéphalitiques infectieuses (abcès)

Les complications secondaires

- Hématome sous-dural: augmentation de P.C, bombement de la fontanelle. Le diagnostic se fait par l'échographie trans-fontanelle, le scanner cérébral, et la ponction.

- Blocage du L.C.R : suspecté devant l'élévation de la proteinorachie, la persistance des signes cliniques, et la dilatation des cavités cérébrales sur les examens neuro-radiologiques;

- Suppuration intracrânienne : abcès cérébral, et empyème, suspectés sur la persistance des signes infectieux et/ou méningés, diagnostiqués par le scanner cérébral.
- Arthrite : surtout pour *Haemophilus influenzae* et méningocoque.

D-Les séquelles

- La surdité, le retard psychomoteur, la comitialité et les paralysies diverses.

Les enfants doivent être revus et surveillés dans l'année qui suit une méningite

E-Le traitement

On a recours à des antibiotiques à passage méningé efficace, notamment :

Les° bêta-lactamines

- La pénicilline G, réservée surtout au méningocoque ou au pneumocoque sensible (300.000UI/KG/jour), en fait plus utilisé de nos jours;
- L'ampicilline ou l'amoxicilline : 200mg/kg/jour en 4 perfusions IV.
- Une céphalosporine de troisième génération (C3G) de type ceftriaxone (100mg/kg/j) ou de céfotaxime (200 à 300mg/kg/j), utilisée par voie intraveineuse associée au traitement symptomatique.

° *Place de la corticothérapie* : la dexaméthazone (Soludécadron*) en IV bloque la production d'interleukines et de TNF (La corticothérapie est admise actuellement parce qu'elle diminue les séquelles auditives; cependant, elle doit exister devant toute antibiothérapie), ce qui a pour conséquence de diminuer l'œdème cérébral. Une diminution des séquelles auditives est attestée par certains auteurs. On préconise donc l'injection de dexaméthazone (0,15mg/kg), au mieux, 30 mn avant ou juste au début de l'antibiothérapie. Les injections doivent être répétées au rythme de 0,15mg/kg/6 heures pendant 4 jours.

Cette pratique, retenue par plusieurs écoles, ne se discute pas en cas de méningite à *Haemophilus influenzae*. Par contre, en cas de méningite à Pneumocoque, les avis sont partagés. Le bénéfice espéré d'une diminution des séquelles auditives graves étant contrebalancé par la perspective entre vue et le risque d'une moindre diffusion des C3G dans le LCR en cas d'injection conjointe de dexaméthazone, voire un échec thérapeutique.

4-8 LES INFECTIONS BACTERIENNES DU NOUVEAU-NE [36]

Le nouveau-né est particulièrement exposé aux infections en raison de l'immaturation de son système immunitaire et des multiples bouleversements bactériologiques qui entourent la naissance. Les infections font partie des pathologies les plus fréquentes (1 à 4% des naissances vivantes) et les plus graves (10 à 20% de mortalité) de la période néonatale : elles sont potentiellement curables autant qu'évitables. Il est donc important de se consacrer à leur prévention, mais également à leur dépistage précoce, afin de mettre en œuvre un traitement, si tôt adapté.

A-La Physiopathologie

On distingue : l'infection materno-fœtale et l'infection secondaire.

- **Les infections materno-fœtales** : l'infection est transmise à l'enfant par la mère avant ou pendant l'accouchement. Le début des manifestations cliniques se situe entre les premier et quatrième jours de la vie. La colonisation de l'enfant peut se faire par quatre voies : la voie hématogène, la voie ascendante, la voie transvaginales lors de l'accouchement, et par l'atteinte primitive de l'endomètre.
- **Les infections secondaires** : après la naissance, la colonisation microbienne normale du nouveau-né se réalise, à partir de la flore saprophyte de la mère. Une anomalie de cette colonisation peut aboutir à la prolifération quasi exclusive du germe qui est dangereux et infectieux. Une telle situation peut s'observer :
 - Après le passage à travers la filière génitale infectée
 - Les enfants traités par antibiotiques pour suspicion d'I.M.F.
 - Mère traitée par antibiotique.
 - Nouveau-né hospitalisé
- La contamination iatrogène : par la voie aérienne, ou digestive, les mains du personnel, le matériel souillé.

B-Le Diagnostic de la méningite du nourrisson

Le diagnostic repose sur un faisceau d'argumentations : anamnestiques, cliniques, biologiques et bactériologiques.

° **Les Critères anamnestiques** : Ce sont

- L'infection urogénitale au cours du troisième trimestre ;
- La fissuration ou rupture de la poche des eaux en fin de grossesse ;
- Le travail prolongé (plus de 12 h), examens locaux répétés (touchers pelviens et amnioscopie)
- La fièvre maternelle précédant les 48H de l'accouchement, et les 6H qui suivent l'accouchement.

° **Les Critères cliniques**

Tout signe clinique anormal chez le nouveau-né peut être en relation avec une infection. La liste de ces signes est loin d'être exhaustive, l'important en est donc, d'être alertée par des signes mineurs, dont les plus précoces et les plus évocateurs sont les signes respiratoires, hémodynamiques, et les troubles du comportement.

° **Les Arguments biologiques**

- Hémogramme : la neutropénie, l'anémie, et la thrombopénie, sont souvent retrouvées.
- Signes inflammatoires : fibrinogène supérieur à 3,5g/l et C.R.P. supérieur à 10 mg/l.

° **Les Arguments bactériologiques**

- Les prélèvements périphériques sur le liquide gastrique et ou moins sur deux sites : le nez, l'anus, le méconium, l'ombilic, les oreilles, et les yeux. L'examen direct après la coloration de Gram de ces prélèvements permet d'orienter rapidement l'antibiothérapie.
- Les Prélèvements centraux : les hémocultures, N.F.S, La C.R.P., la P.L, le fibrinogène l'E.C.B.U, et la recherche d'antigènes solubles.

C- Le traitement

° **L'antibiothérapie** : ce traitement est une urgence, il doit être une bithérapie bactéricide, synergique. La durée en varie de 7 à 10 jours.

° **Le Traitement symptomatique**

- L'oxygénothérapie
- Hydratation et apports caloriques adaptés au terme et au poids de l'enfant.
- Assurer l'équilibre thermique,
- La correction d'éventuelles troubles hémodynamiques.
- La surveillance.

4-8 LES INFECTIONS BACTERIENNES DU NOUVEAU-NE [36]

Le nouveau-né est particulièrement exposé aux infections en raison de l'immatrité de son système immunitaire et des multiples bouleversements bactériologiques qui entourent la naissance. Les infections font partie des pathologies les plus fréquentes.

(1 à 4% des naissances vivantes) et les plus graves (10 à 20% de mortalité) de la période néonatale. Elles sont potentiellement curables et évitables. Il est donc important de s'attacher à leur prévention, mais également à leur dépistage précoce afin de mettre en œuvre un traitement adapté sans délai.

A-La Physiopathologie

On distingue les infections materno-fœtales et les infections secondaires.

- **Les infections materno-fœtales** : l'infection est transmise à l'enfant par la mère avant ou pendant l'accouchement. Le début des manifestations cliniques se situe entre le premier et le quatrième jour de vie. La colonisation de l'enfant peut se faire par quatre voies : la voie hématogène, la voie ascendante, la voie transvaginales lors de l'accouchement, et par atteinte primitive de l'endomètre.
- **Les infections secondaires** : la colonisation microbienne normale du nouveau-né se réalise après la naissance, à partir de la flore saprophyte de la mère. Une anomalie de la colonisation peut aboutir à la

prolifération quasi exclusive d'un germe qui constitue un danger infectieux. Une telle situation peut s'observer :

- après passage à travers la filière génitale infectée
- les enfants traités par antibiotiques pour suspicion d'I.M.F.
- Mère traitée par antibiotique.
- Nouveau-né hospitalisé
- Contamination iatrogène : par voie aérienne, digestive, mains du personnel, matériel souillé.

B-Le Diagnostic

Le diagnostic repose sur un faisceau d'argumentations : anamnestiques, cliniques, biologiques et bactériologiques.

° Les Critères anamnestiques

- Infection urogénitale au cours du troisième trimestre ;
- Fissuration ou rupture de la poche des eaux en fin de grossesse ;
- Travail prolongé (supérieur à 12 h), examens locaux répétés (touchers pelviens et amnioscopie)
- Fièvre maternelle précédent les 48 H de l'accouchement et les 6 H suivant l'accouchement.

° Les Critères cliniques

Tout signe clinique anormal chez le nouveau-né peut être en relation avec une infection. La liste de ces signes est longue, mais l'important est d'être alerté par des signes mineurs, dont les plus précoces et les plus évocateurs sont des signes respiratoires, hémodynamiques, et les troubles du comportement.

° Les Arguments biologiques

- Hémogramme : neutropénie, anémie, thrombopénie, souvent retrouvées.
- Signes inflammatoires : fibrinogène supérieur à 3,5g/l et C.R.P. supérieur à 10 mg/l.

° Les Arguments bactériologiques

- Les Prélèvements périphériques sur le liquide gastrique et ou moins sur deux sites : le nez, l'anus, le méconium, l'ombilic, les oreilles, et les yeux. L'examen direct après la coloration de Gram de ces prélèvements permet d'orienter rapidement l'antibiothérapie.
- Les Prélèvements centraux : les hémocultures, N.F.S, La C.R.P., la P.L, le fibrinogène l'E.C.B.U, et la recherche d'antigènes solubles.

C- Le traitement

- **L'antibiothérapie** : ce traitement est une urgence, il doit être une bithérapie bactéricide, synergique. Sa durée est variable de 7 à 10 jours.
- **Le Traitement symptomatique**
 - L'oxygénothérapie
 - Hydratation et apports caloriques adaptés au terme et au poids de l'enfant.
 - Assurer l'équilibre thermique,
 - La correction d'éventuelles troubles hémodynamiques.
 - La surveillance

V- Méthodologie

I- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de médecine-pédiatrie du CSRef-CV de Bamako. Le centre est une structure de 2^{ème} niveau de la pyramide sanitaire. Situé au centre de la Commune V du district de Bamako, le CSRef-CV reçoit des patients qui viennent majoritairement des quartiers de la Commune V, mais aussi des autres communes, souvent même de l'intérieur du pays.

Organisation du centre

Le CSRef-CV comporte :

-Un service de gynéco-obstétrique.

-Un service de chirurgie :

*une unité d'odonto-stomatologie

*une unité ORL

*une unité de chirurgie générale et pédiatrique

-Un laboratoire d'analyse biomédicale

-Une pharmacie

-Un service d'imagerie médicale

-Un service de médecine-pédiatrie qui comprend :

*une unité de médecine générale

*une brigade d'hygiène

*une unité de pédiatrie avec une capacité de 10 à 15 enfants.

*une unité de prise en charge des tuberculeux

*une unité de prise en charge des patients lepreux

*une unité de soins et d'accompagnement au PV/VIH

*une unité de recherche

*un système d'information sanitaire (salle informatique)

*une unité de nutrition

L'unité de pédiatrie comprend :

-la pédiatrie générale avec 2 salles d'hospitalisations contenant 5 lits chacune

-la néonatalogie avec 3 lits, qui se trouve dans le bâtiment de la gynéco-obstétrique

Le personnel de la médecine-pédiatrie

Comprend:

- Un spécialiste en Pédiatrie, chef de service.
- Cinq (5) médecins généralistes.
- Un médecin épidémiologiste
- Trois (3) techniciens supérieurs de la santé.
- Neuf techniciens de santé,
- Douze aides-soignantes,
- Deux (2) manœuvres,
- Les étudiants en médecine (thésards) et des écoles de formation socio-sanitaire.
- Sept (7) infirmières

Le même personnel assure les soins des adultes et des enfants.

3-Les activités du service

Elles sont constituées par

- La formation théorique (à travers exposer et enseignements post universitaire : EPU) et pratique des médecins spécialistes, des étudiants en médecine, et des élèves des écoles socio-sanitaires

- La prise en charge des malades

- **La Consultation externe** : Elle est payante et la majorité des malades viennent d'eux-mêmes en consultation. D'autres par contre, nous sont référés des centres de santé de la périphérie, des cliniques médicales du district et même de l'intérieur du pays.
- **L'hospitalisation** : elle est payante. La visite quotidienne des malades hospitalisés est effectuée chaque matin.
- **Les gardes** : elles sont assurées par le personnel paramédical, les étudiants, les médecins généralistes stagiaires, et sont supervisées par un médecin pédiatre. Un staff est tenu tous les matins en vue d'apprécier les prestations de la garde.

4- Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive qui a porté sur 142 malades.

5-Période d'étude

Notre étude s'est déroulée de Février 2011 à Juillet 2011.

VI-Echantillonnage

1-Population d'étude

Elle a concerné les enfants de 0 à 15 ans, admis à la garde.

.2- Critères d'inclusion

Les enfants âgés de 0 à 15 ans, admis dans le service au cours de la garde dans un tableau d'urgence.

3- Critères de non-inclusion

- les enfants d'âge supérieur à 15 ans,
- les enfants admis en dehors de la garde

4-Taille de l'échantillon

500 patients, ont été reçus à la pédiatrie pendant la période d'étude et 142 répondaient à nos critères

5- Ethique

Puisque l'étude portait sur des enfants, nous avons expliqué aux parents des enfants concernés, l'objet de l'étude, afin d'obtenir leur consentement et leur participation, tout en respectant l'anonymat.

VII- Déroulement de l'enquête

Les données ont été recueillies en interrogeant les parents des enfants ; à l'aide des dossiers d'hospitalisation ; des registres de garde et d'hospitalisation ; une fiche d'enquête individuelle a été remplie pour chaque cas patient

Nous vous considéré comme urgent, les enfants présentant :

Quelques critères d'urgence

- Nous avons considéré comme urgent : toute fièvre $\geq 39^{\circ}\text{c}$, non corrigée.
- Une urgence hématologique : qui incluait
 - Les Syndromes hémorragiques ;
 - Les anémies sévères mal tolérées ;
 - La crise drépanocytaire ;

- Une détresse Neurologique
 - le neuropaludisme ;
 - la méningite ;
 - les comas ;
 - les convulsions hyper pyrétiques ;
 - les souffrances cérébrales de la nouveau-née ;
- Les infections respiratoires aiguës avec signes de détresse respiratoire.
 - La crise d'asthme ;
- Les troubles métaboliques
 - la déshydratation sévère,
 - la malnutrition aiguë sévère,
- Les Intoxications
- Les états infectieux sévères
 - les septicémies,
 - les infections néonatales,
 - le tétanos,
- Tout nouveau-né admis quelque soit la pathologie, a été considéré comme urgence.
- Les détresses chirurgicales
 - Accidents de la voie publique
 - Les noyades.

VII- Analyse et saisie des données

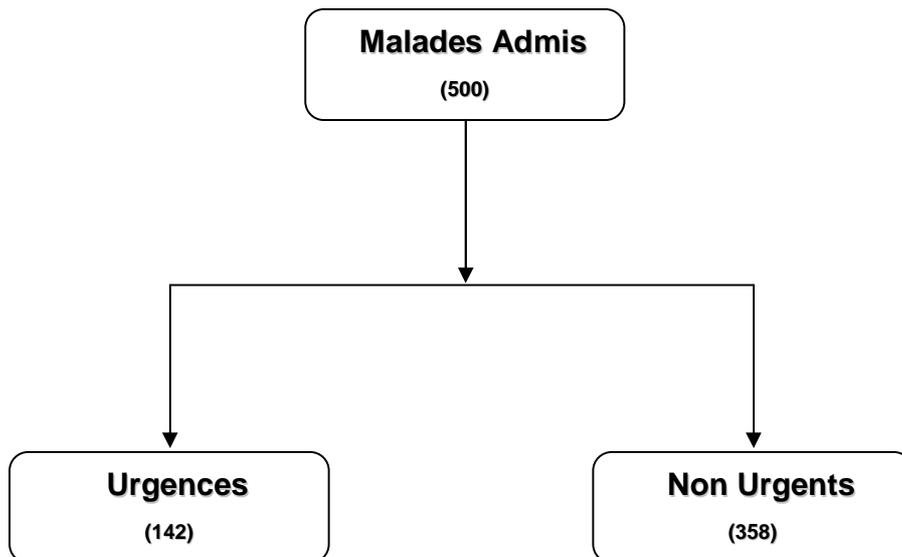
Les données ont été analysées sur le logiciel Epi info version 6.04 du CDC/Atlanta/OMS. La saisie des résultats a été réalisée à l'aide des logiciels Excel et Word 2007.

Les variables suivantes ont été prises en compte

- Age ;
- Provenance ;
- Délai de consultation ;
- Les signes cliniques ;
- Le diagnostic ;
- Le devenir

V-Résultats

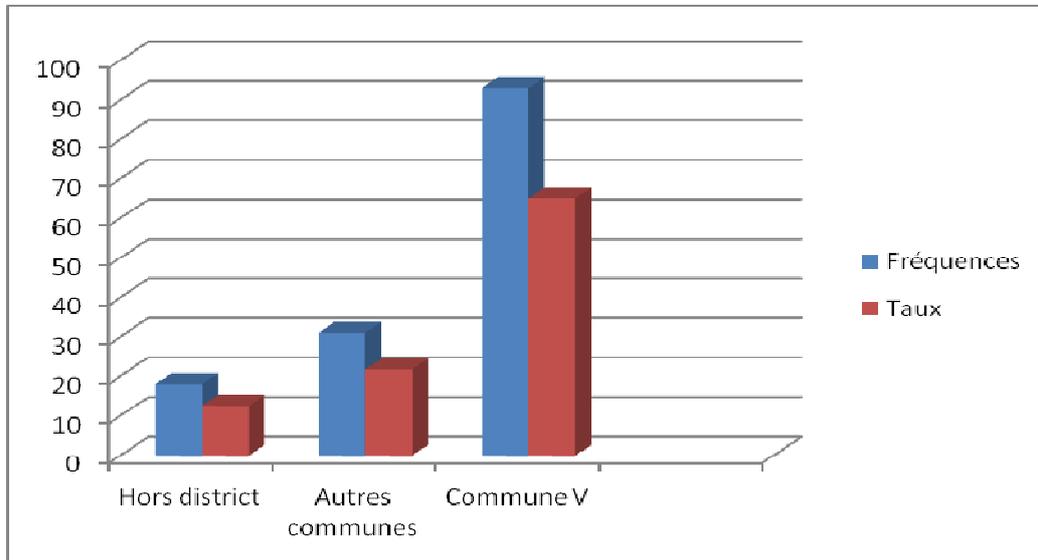
A-Résultats descriptifs



La fréquence est = $142/500$ donc 28,4%

Figure 1 : La fréquence des urgences

1-Les Caracteristiques Socio-Démographiques

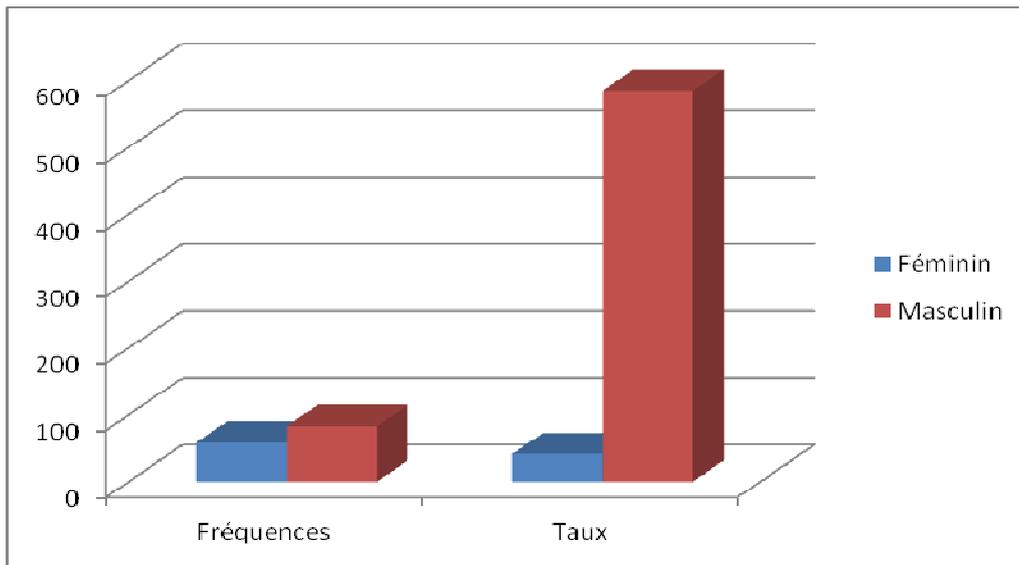


Graphi I : Répartition des patients en fonction de leur résidence

| Provenances | Fréquence | Taux |
|--------------|------------|------------|
| Domicile | 103 | 70,7 |
| Asacobadji | 8 | 5,6 |
| Hors C5 | 8 | 5,6 |
| Asacotoqua | 7 | 4,9 |
| Asacogua | 5 | 3,5 |
| Sab 1 | 5 | 3,5 |
| Adasco | 3 | 2,1 |
| Asacokal | 3 | 2,1 |
| Asacoda | 2 | 1,4 |
| TOTAL | 142 | 100 |

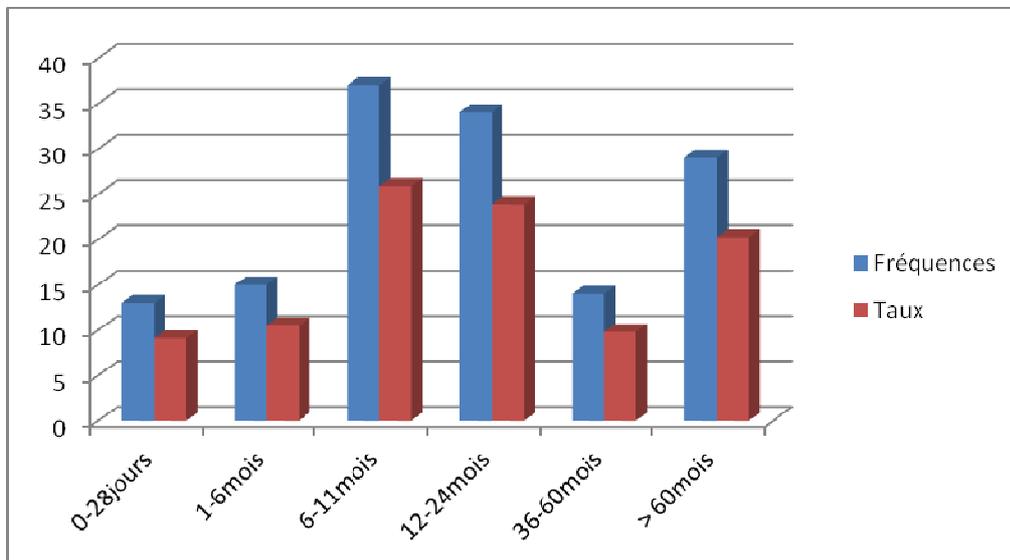
Tableau II : Répartition des patients en fonction de leur provenance

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV



Sexe ratio=1,4 en faveur des garçons

Graphique III : Répartition des patients en fonction du sexe



Age moyen = 25,18. Soit Mo=25 mois

Graphique IV : Répartition de patients en fonction de l'âge

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

| Ethnie | Fréquence | Taux |
|---------------|------------------|-------------|
| Bambara | 60 | 42,3 |
| Peulh | 20 | 14,1 |
| Soninké | 18 | 12,6 |
| Malinké | 15 | 10,5 |
| Non nationaux | 12 | 8,5 |
| Dogon | 6 | 4,2 |
| Sénoufo | 4 | 2,8 |
| Sonrhäï | 4 | 2,8 |
| Bozo | 3 | 2,1 |
| TOTAL | 142 | 100 |

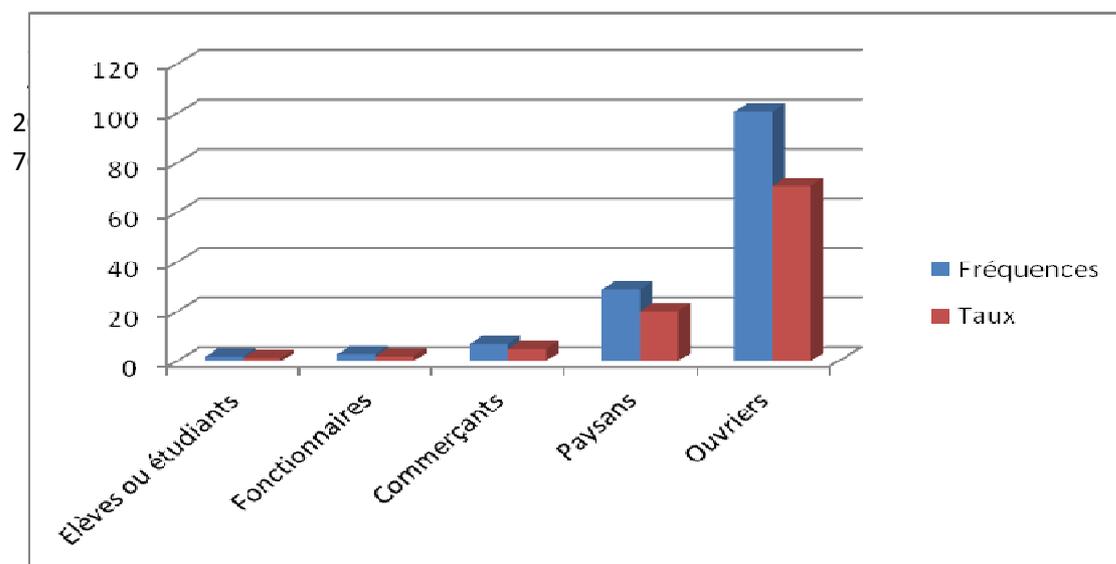
Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

| Age père | Fréquence | Taux |
|--------------|------------|------------|
| <20ans | 18 | 12,6 |
| 20-34ans | 25 | 17,5 |
| 35-44ans | 39 | 27,3 |
| ≥45ans | 60 | 42,0 |
| TOTAL | 142 | 100 |

Age moyenne : était de 37,94. Soit 38ans.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de l'âge du père



Graphique VII : Répartition des patients selon la profession du père

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

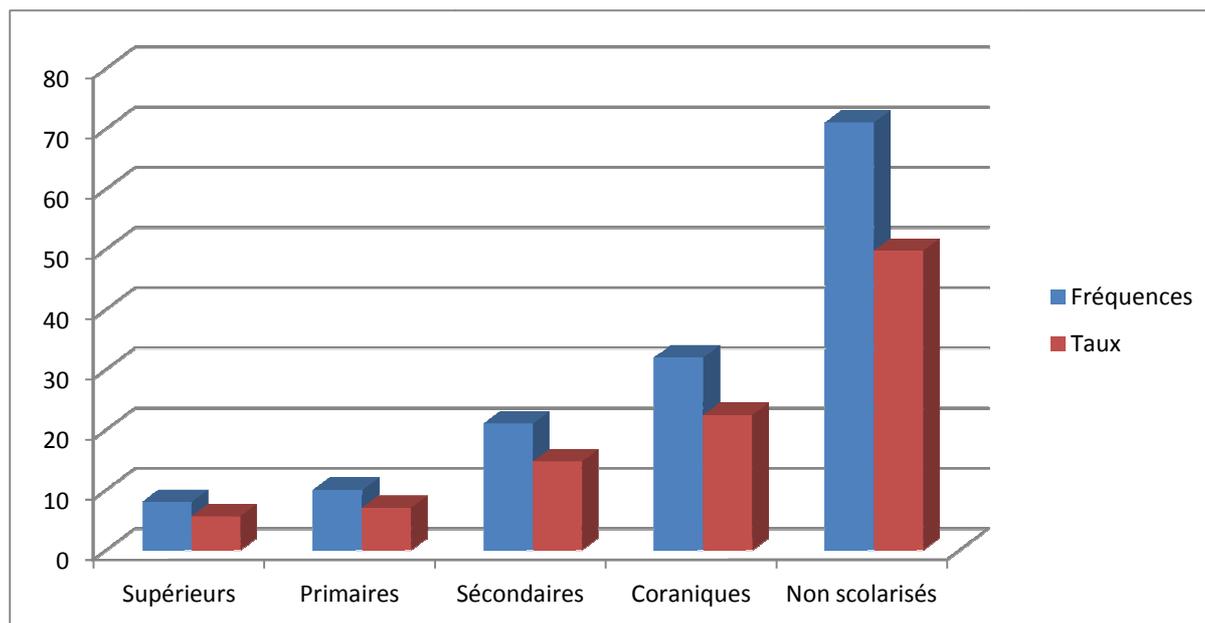


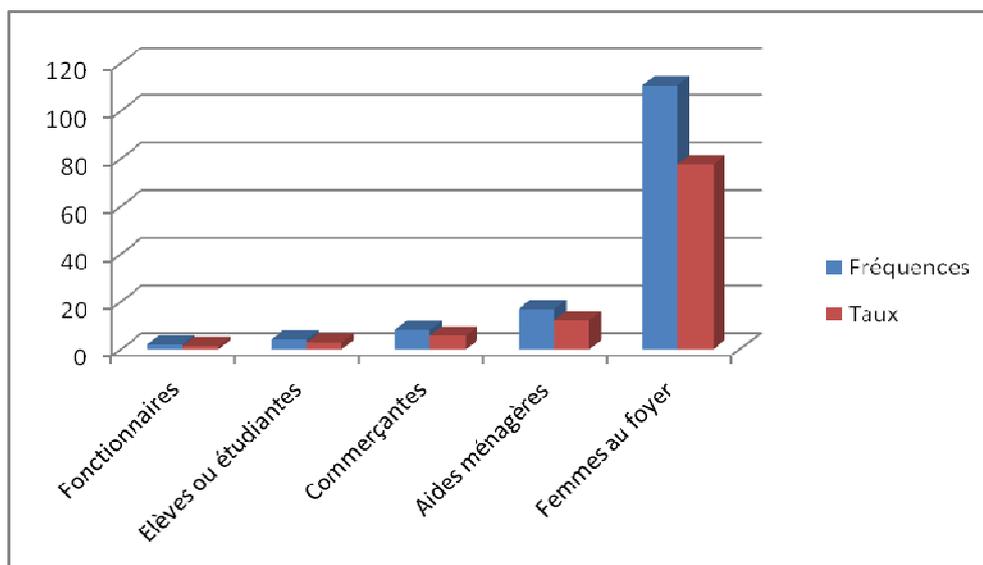
Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction du père

| Ages mère | Fréquence | Taux |
|--------------|------------|------------|
| <20ans | 19 | 13,3 |
| 20-29ans | 27 | 18,9 |
| 30-39ans | 61 | 42,7 |
| ≥40 | 35 | 24,5 |
| TOTAL | 142 | 100 |

Age moyen : était de 32,98. Soit 33ans.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'âge de la mère

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV



Graphique X : Répartition des patients selon la profession de la mère

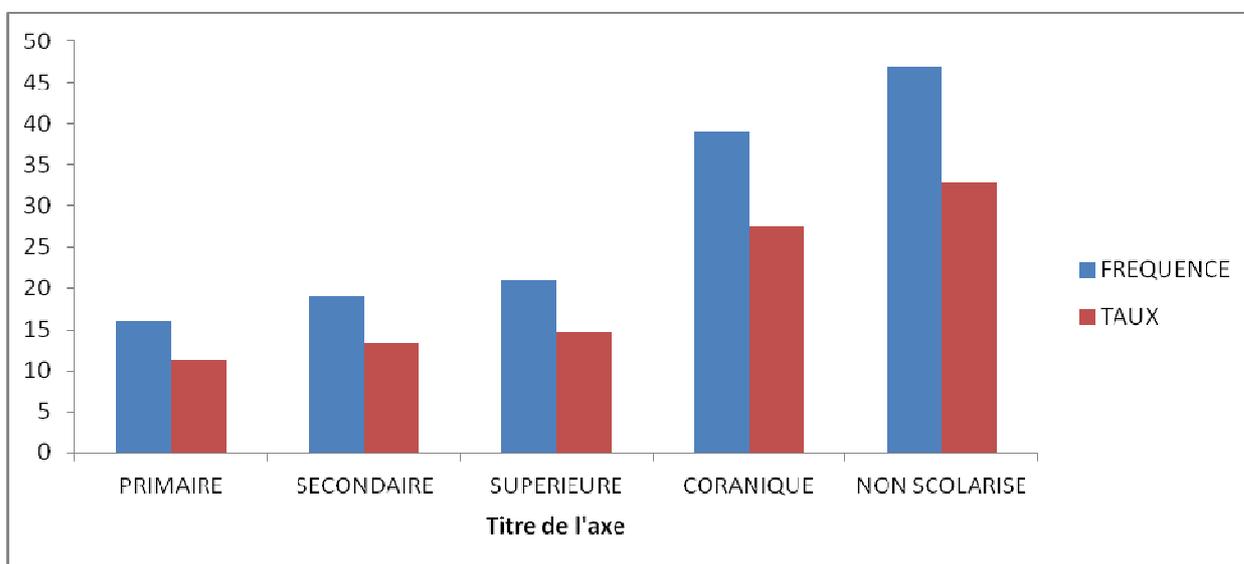
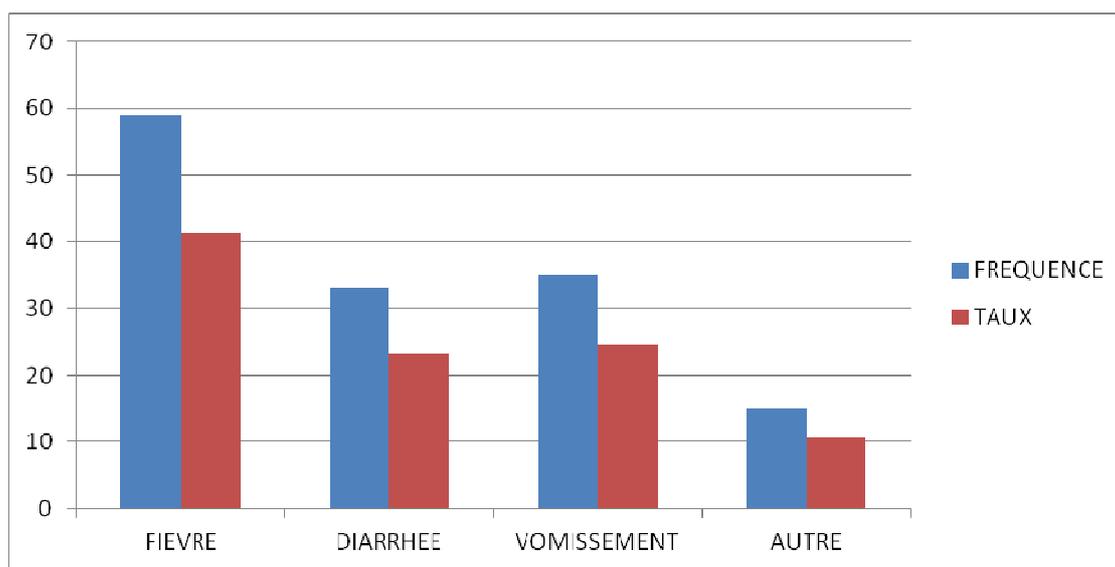


Tableau XI : Répartition des patients selon le niveau d'instruction de la mère

2-Caractéristiques cliniques des patients

| Heures | Fréquence | Taux |
|--------------|------------|------------|
| 08H à14H | 27 | 18,9 |
| 14H à 08H | 115 | 80,5 |
| TOTAL | 142 | 100 |

Tableau XII : Répartition des patients selon l'heure d'arrivée



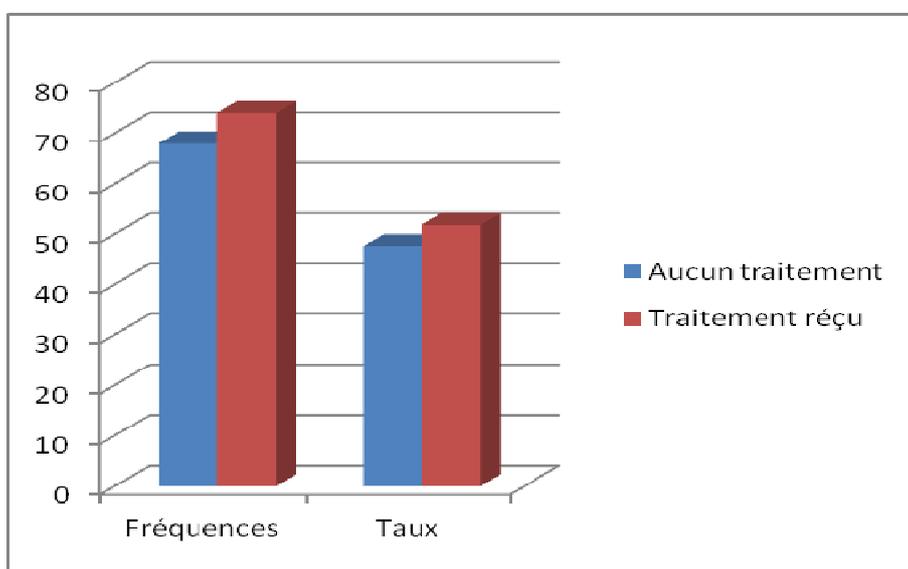
NB : Electrocutation; noyades ; intoxications ; notion de chute d'une hauteur quelconque....

Graphique XIII: Répartition des patients selon le motif de consultation

| Durée d'apparition des symptômes | Fréquence | Taux |
|----------------------------------|------------|------------|
| 1-2jours | 25 | 17,5 |
| 3-7 jours | 37 | 25,9 |
| 7-15jours | 65 | 45,5 |
| >15jours | 15 | 10,5 |
| TOTAL | 142 | 100 |

Durée moyenne d'apparition des symptômes = 8,19. **Moyenne = 8jours**

Tableau XIV : Répartition des patients selon le délai de consultation.



Graphique XV: Répartition des patients selon la notion de traitement antérieur

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

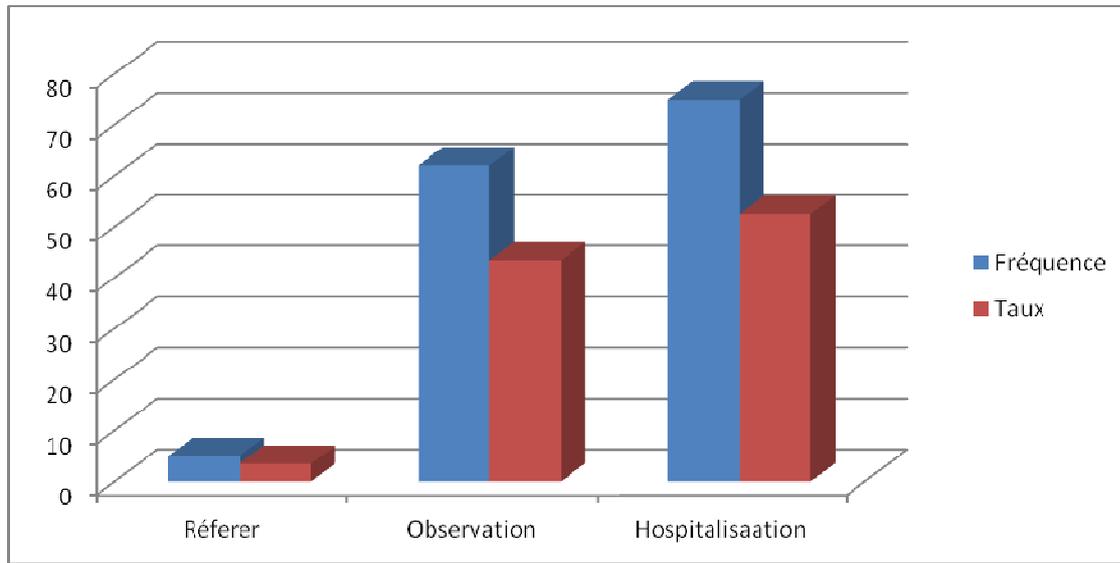
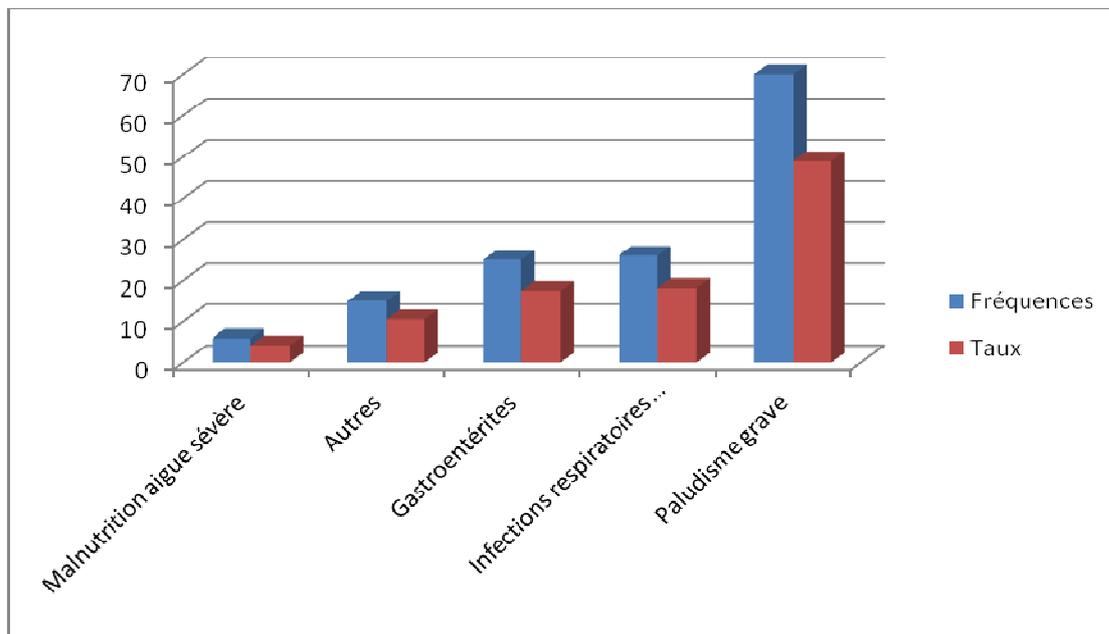


Tableau XVI : Répartition selon l'issue de la consultation.



NB : les autres : les infections et ou les souffrances néonatales avec 9,1%; les accidents de la voie publique avec 0,7 % et domestique avec 0,7 %

Graphique XVII : Répartition des patients suivant le (s) diagnostic (s) retenu

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

| Conduite à tenir | Fréquence | Taux |
|--------------------------------|------------------|-------------|
| Sortie après 24H d'observation | 30 | 48,39 |
| Hospitalisations secondaires | 32 | 51,61% |
| TOTAL | 62 | 100 |

Tableau XVIII : situation des malades mis en observation

| Situation des malades hospitalisés | Fréquence | Taux |
|---|------------------|-------------|
| Références secondaires | 3 | 2,1% |
| Etat satisfaisant | 105 | 73,5 |
| TOTAL | 107 | 100 |

Tableau XIX : Devenir des malades hospitalisés.

Les Urgences Pédiatriques au CSRef-CV

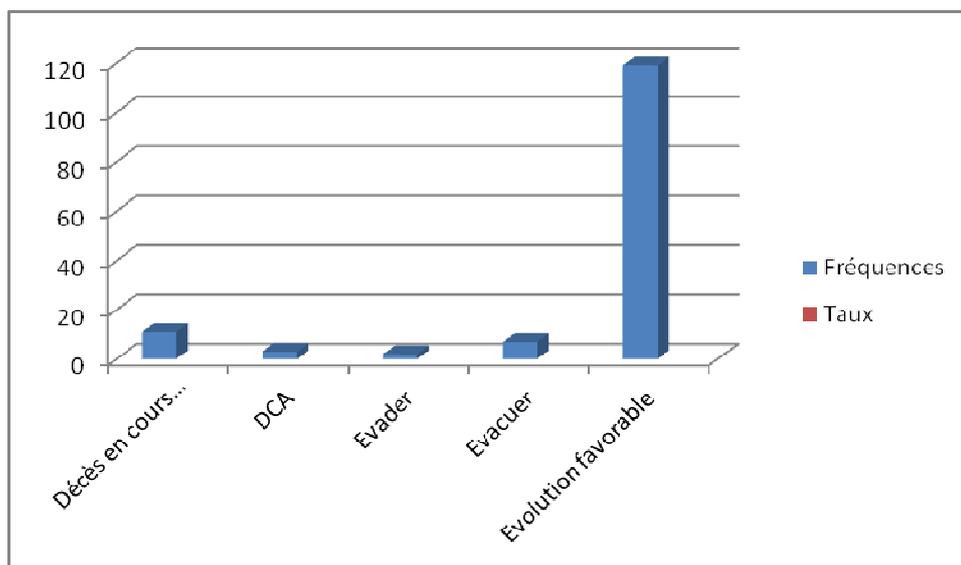


Tableau XX: Répartition des patients selon leur évolution de manière générale à la fin de l'étude

| Durée d'hospitalisation | Fréquence | Taux |
|-------------------------|------------|------------|
| 0-04 jours | 80 | 56,0 |
| 05-07 jours | 47 | 32,9 |
| >08 jours | 15 | 10,5 |
| TOTAL | 142 | 100 |

Durée moyenne d'hospitalisation est 4 jours

Tableau XXI: Répartition des patients en fonction de la durée de leur séjour

VI- Commentaires-Discussion

IL s'agit d'une étude descriptive qui s'est déroulée au CSRef de la commune V du district de Bamako, de Février 2011 à Juillet 2011, dans le service de médecine-pédiatrie.

Pendant la période d'étude, nous avons pré-sélectionné 500 enfants, dont, 142, ont répondu aux critères d'urgence réelle, et 358 patients ayant été considéré comme urgence ressentie.

La fréquence des urgences réelles est donc de 2,8%.

1- LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Résidence

L'étude nous montre que la majeure partie de nos patients provient de la commune V, soit 65,5% ; cependant, un nombre non négligeable de patients nous vient des autres communes du district de Bamako soit 21,8%, voire hors de Bamako avec 12,7%. Cela montre une fois de plus que le Centre de Sante de Référence de la Commune V est l'un des centre de sante de référence les plus sollicités

Age et sexe

Les enfants âgés de 0 à 5 ans étaient les plus représentés, soit 79,6%. Cette prédominance de la tranche d'âge de 0 à 5 ans avait été attestée par d'autres auteurs : [13] ;[29] ;[40] ;[44]

Ce phénomène s'explique naturellement par la vulnérabilité des dits enfants, et leur sensibilité aux infections.

Les nouveaux-nés étaient prioritairement adressés à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré ; ils étaient peu représentés dans notre échantillon ; ils constituaient 9,1% de l'étude.

Le sexe masculin était majoritaire, soit 58,5%. Cette prédominance avait été relevée dans des études précédentes.

La Profession et le niveau d'instruction des parents

Le niveau d'instruction et la profession des parents semblent avoir une incidence concrète sur le mode de vie et la survenue de manifestations morbides chez leurs enfants.

Ainsi, il ressort de l'étude, que les parents des enfants appartenaient, pour la plupart, à des classes sociales peu favorisée économiquement et peu scolarisées; En effet, les pères ouvriers, y étaient les plus nombreux, soit 71,1% et 33,1% n'en étaient pas scolarisés. De même, les mères ménagères y étaient plus représentées soit 77,7%, et non scolarisées, soit 32,9%. Ces résultats sont superposables à ceux qui se trouvent dans des études précédentes : [1] ; [44]

La Provenance

La majorité des patients, venaient directement de la maison, soit 70,7% et 23,1%, ont été référés.

Ce résultat démontre le non respect de la pyramide sanitaire par population ; le CSCOM devant être le premier recours.

2- 2- LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Moment d'admission : l'heure d'arrivée.

Les urgences sont fréquentes pendant la garde.

La plus part de nos patients ont été reçus entre 14H et 23H, soit 79,1%, de l'effectif.

Nos résultats sont superposables à ceux de COULIBALY M.Z qui trouva que 73,8% de ses patients étaient admis entre 14H30 et 00H.

Le délai de consultation

L'étude nous montre que la majorité des patients, soit 45,5% était venu au moins 7 à 15 jours d'évolution. ABDOU O. et coll. à Libreville [29] ont trouvé que 67,5% des enfants étaient venus, après 24 heures d'évolution

Les délais de consultation particulièrement longs ont été surtout observés chez les patients venus directement de leur domicile : ce sont les patients de parents non scolarisés et au revenu faible (ouvrier, paysan et ménagère).

Nos résultats sont proches de ceux de DAN V et coll à Cotonou [3], lesquels avaient noté que 99% des urgences provenaient de la classe socio-économique défavorisée.

Une étude faite à Bangui [34] a rapporté que 89,4% des malades avaient reçu un traitement avant leur admission et que 51,5% de ces cas, ce traitement était une automédication.

Traitement antérieur

Dans 47,9% des cas, les parents reconnaissent n'avoir donné aucun traitement avant leur arrivée au CSRef, tandis que plus de la moitié, 51,8% des enfants avaient reçu un traitement.

Les motifs de consultation

Il s'agit de symptômes et /ou de motifs ayant amené les parents ou les accompagnants à faire consulter les enfants.

La fièvre, soit 41,3% des cas ; les vomissements 24,6% ; la diarrhée 23,3% ; ont été les signes les plus souvent rencontrés.

La prédominance de ces symptômes pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des cas de paludisme grave évoqués dans notre étude.

Pour la convulsion et la fièvre les patients ont consulté tôt dans 25,40% et 12,97% des cas.

Les Pathologies

Les urgences pédiatriques sont de causes diverses ou variées. Ainsi dans notre étude, les étiologies les plus rencontrées étaient : le paludisme grave 49% (N=70), les infections respiratoires sévères 18,2% (N=26), les gastroentérites avec déshydratation 17,5% (N=25).

Le paludisme grave et compliqué

Le paludisme grave était la pathologie la plus fréquente.

Ce résultat est comparable à celui de TRAORE A. et DAFHE H. Ces deux études ont montré que le paludisme grave et compliqué était la première étiologie des urgences pédiatriques : [13] ; [40]

Au Bénin, également le paludisme grave constitue la première cause des urgences dans 56% [11] des cas.

Ces résultats confirment que le paludisme reste encore, et à la première cause de morbidité chez les enfants en milieu hospitalier au Mali voire dans la sous région Africaine.

Les Infections respiratoires sévères

Telles : la pneumonie, les broncho-pneumopathies, la crise d'asthme...ont constitués la 2^{ème} cause de consultation en d'urgence, soit 18,2%(N=26) des cas.

La détresse respiratoire y dominait la symptomatologie.

Les gastro-entérites avec déshydratation

Les gastro-entérites occupent la 3^{ème} de cause de consultation en urgence ; soit 17,5% des cas. Ces résultats sont différents de ceux de COULIBALY.B [44] qui trouva que la diarrhée constituait la 2^{ème} cause des urgences pédiatrique avec 11,26% des cas. Les diarrhées sont assez fréquentes dans la tranche d'âge de 1 à 11 mois soit 67,44%.

Nos résultats, diffèrent également de ceux de DAFHE H. [40], celui-ci trouvait que la diarrhée aigue avec déshydratation constituait la deuxième cause des urgences. Au Bénin, la déshydratation par diarrhée constituait la troisième cause des urgences médicales pour 10% des cas. [11]

Au Congo, ATANDA H.L. et coll. ont trouvé des résultats identiques soit 11,50%. [10]

Les malnutritions aigue sévère

Elles ont constitué le 4^{ème} motif de consultation. La malnutrition aigue sévère occupait 4,2% des cas.

Le CSRéf

Dans la pyramide sanitaire ; le CSRéf est une structure de niveau II. IL évacue au CHU les dont la prise en charge pourrait être difficile à son niveau.

Ainsi, parmi les patients vus aux urgences qui ont été référés à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré, quatorze(14) décès ont été recensés, dont 3 constatés à l'arrivée ; 6 avant soins et 5 en cours d'hospitalisation...

Cela témoigne de la gravité des cas

COULIBALY.B avait relevé 74 décès, soit 19,4% de son effectif [44] ; TRAORE A. dans son étude avait trouvé 33 cas de décès, soit 20,2% dans le service [13].

La durée moyenne de séjour dans le service était en moyenne de 4 jours d'hospitalisation ; ces résultats sont similaires à ceux de : B.COULIBALY [44], lequel trouva 63,6% de ses hospitalisations duraient au moins 04 jours ; M.Z.COULIBALY [1] trouvait dans son étude une durée moyenne de 4 jours, et DAFHE H [40] trouvait une durée moyenne de 3 jours.

VII-Conclusion

Notre étude est descriptive, elle a porté sur les urgences pédiatriques au CSRef-CV pendant une période de 6 mois (Février 2011 en Juillet 2011).

Notre échantillon était constitué de 142 patients. La tranche d'âge de 0 à 5 ans y était la plus représentée, soit 79,6 %.

La sex-ratio y était en faveur des garçons soit 1,41.

Les pères ouvriers étaient plus nombreux : 71,1% (N=101) Les mères ménagères prédominaient avec 77,5%(N=110) dont la majorité non scolarisée.

Les motifs d'admission aux urgences sont multiples et variés, mais reste dominés par la fièvre.

La majorité des patients venaient directement de leur domicile soit 56,0% (N=80).

Sur le plan étiologique

Comme dans d'autres pays africains, les pathologies infectieuses ont été dominantes avec le paludisme grave et compliqué en tête soit 49,0% (N= 70), suivi des infections respiratoires, soit 18, 2% (N=26) ; puis les gastro-entérites, soit 14,0% (N =20) ...

VIII-Recommandations

Les résultats de cette étude nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

Au CSRéf

- Doter le centre d'infrastructure adéquat pour la prise en charge des urgences pédiatriques, de moyens de diagnostic rapides, de matériels et d'équipements adaptés aux soins d'urgence de l'enfant.
- Assurer la formation du personnel, en vue d'une meilleure prise en charge des urgences.
- Mettre à la disposition des malades, des kits d'urgences à des prix abordables.

Au personnel sanitaire

- Eduquer les parents à l'utilisation des moustiquaires et rideaux imprégnés en vue de la lutte contre le paludisme qui reste la première cause des urgences pédiatriques.
- Référer rapidement tout enfant présentant, une affection pouvant entraîner rapidement une détresse vitale.
- Assurer une prise en charge correcte et spécialisée des urgences pédiatriques.

A la population

- Appliquer des règles d'hygiène collective et individuelle.
- Eviter l'automédication et les traitements traditionnels souvent inefficaces.
- Respecter la pyramide sanitaire en faisant des CSCOM, le 1^{er} recours aux soins.

VIII - Références

- 1 ABDOU R.O., et Coll.**
Les urgences Pédiatriques au centre hospitalier de Libreville.
Méd. Afr. Noire 2002 49 (11): 475-80.
- 2 ATAKOUMA D.Y., GBETOGLO D., TURSZA A., ASSIMADI J.K.**
Etude épidémiologique du recours aux consultations d'urgences chez les moins de 5 ans au Togo.
Revue d'épidémiologie et de santé publique 1999,47 : 2575-2591.
- 3 ATANDA H.L., et Coll.**
Place des urgences médicales pédiatriques dans un service médical à Pointe-Noire.
Médecine Afr Noire: 1994,41(1) pp.17-20
- 4 ATANDA H.L., PORTE J., BON J.C., RODIER J.**
Rôle du paludisme dans les convulsions fébriles chez l'enfant à Pointe-Noire.
Arch. Franç. Péd. 1991 ; 48 : 665-8
- 5 ATANDA H.L., PORTE J., RODIER J., BON J.C., SENG P., KUAKUVI N.**
Mortalité et morbidité infantile sur une population d'un service médical à Pointe-Noire.
Médecine. Afr. Noire:1991 (114) pp.24-35
- 6 BEGUE P.**
Fièvres Aiguës chez le nourrisson.
In : Tounian Ped.Pediatrie :DCEM3.Paris : Université Pierre et Marie Curie, 2000.pp :429-433
- 7 BILETTE DE VILLEMEUR T.**
Convulsions fébriles du nourrisson et conduite à tenir en urgence.
Poly_Tounian P 183-190 (2011)
www.ficher-pdf/2011/12/30/pediatrie/pediatrie-pdf :06/07/2012 à 22H11min
- 8 BLANCHARD B.**
Infection à V.R.S chez l'enfant
Arch. Péd. Franç. 1994; 8:738-745.
- 9 BOBOSSI-SERINGNE B., et Coll.**
Les Fièvres prolongées de l'enfant : expérience du C.H.U de Bangui (Centrafrique)
Méd. Afr.Noire 2002 49(7) : 346-350
- 10 COSTIL J. , MOTHE J.C. , CHEVALIER J.Y. , MONIER B.**
Détresse respiratoire de l'enfant.
E.MC, Paris, Poumons, (1999).19-BLANCHARD B.infection
www.kenya.net/fmpos/theses/2006/med/pdf/06M265.pdf :08-07-2012 à 02H17min.
- 11 COULIBALY S.**
Fièvres prolongées chez l'enfant : étude clinique, étiologique, et évolutive dans le service de Pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE.
Thèse Méd. Bamako, 2003.N°13
- 12 COULIBALY. M.Z.**
Urgences Pédiatriques à l'hôpital Gabriel TOURE
Thèse Med. Bamako ; 1988-N°42
- 13 COULIBALY.BREHIMA**
Urgences médicales dans le service de pédiatrie du CHU-GT
Thèse de Med. Bamako, 2006-N°265

- 14 DAFHE H.**
Urgences pédiatriques au service de pédiatrie de l'hôpital régional Nianankoro Fomba de ségou. Thèse Méd. Bamako; 2006. N°159
- 15 DAN V., HAZOUME F.A., AYIVI B., DOUMAKPAIS S.,**
Prise en charge des urgences du nourrisson et de l'enfant : aspects actuels et Perspectives d'avenir au Centre National hospitalier de cotonou. *Medecine Afr.Noire* : 1991,38 (11) pp.752-759
- 16 DANIEL CAU.**
Les Urgences chez l'enfant, un souci devenu majeur.
Pub. « Urgences Pratiques » : 16 juin 1999, Mis en Ligne le 5 Fev. 2001.
www.snpeh.org/sneph_urgence_cau_html (20-07-2011)
- 17 DANIEL V., BISMUTH CH.**
Les Intoxications aiguës non médicamenteuses.
E.M.C, (Paris France) Intoxications, pathologies du travail. 1600 IG 05, 4-1990
- 18 DEVICTOR D.**
Urgences en Pédiatrie : données chiffrées. In : Journées parisiennes de pédiatrie Paris, Flammarion. Médecines-Sciences, 1994 : 381-6.
- 19 DOUMBIA M.N.**
P.C.I.M.E dans le service de consultation externe pédiatrique de l'H.G.T
Thèse Méd.BKO 2001.N°119
- 20 GILBERT H., LABRUNE B.**
Urgences Pédiatriques
Flammarion, Médecine-Sciences 3^{ème} édition, Paris, 1988 ; 60-67.
- 21 GLOTSER D, SAGER A , SOCOLAR D , WEITZMAN M.**
Prior approval in the pediatric emergency room.
Pediatrics, 1991; 88:674-80.
- 22 GRIMPREL E., QUINTET B.**
Les intoxications chez l'enfant.
Poly_Tounian P: 517-27
www.chusa.jussieu.fr/pedagogie/dcem3/pediatrie/poly_tounian_v3.pdf : (30-07-2011)
- 23 HAIDARA A.**
Analyse de la prescription d'antibiotique dans les centres de santé communautaires de Bamako. Cas de l'ASACOBABA, ASACOLA 1 et 2, ASACOBONIABA, et ASACOBABA. Thèse de Pharmacie Bamako. 2003. N° 35
- 24 HANTSON P., BAUD F.**
Intoxications aiguës médicamenteuses.
E.M.C, (Paris France) 1995, P28.27-GRIMPRELE. , QUINTET B
www.keneya.net/fmpos/these/med/2006/pdf/06265.pdf : 08-07-2012 à 02H53min
- 25 HAZOUME F.A., POHLMANN A., BABA MOUSSA A.**
Urgences Pédiatriques à Cotonou.
Méd. Afr. Noire 1977 (16) :148. pp 149 -153.
- 26 HAZOUME F.A., et Laboratoire Synthelabo-France.**
Urgences Pédiatriques. Paris : laboratoires synthelab ; 1992.106p
- 27 HUE V., WALTER-NICOLET E., MARTINOT A., et Commission des urgences.**

- Implication des Pédiatres dans l'accueil des urgences. Enquête « Un jour donné » auprès des centres hospitaliers et des pédiatres libéraux de la région Nord-Pas de Calais. Arch Pediat.2004 ; 11(10) :1191-1196 8
- 28 KHALDI F. , ZERIBI A. , CHABCHOUB A., NACEUR B.**
Etude de la mortalité hospitalière de 0 à 15 ans dans un service de pédiatrie à Tunis sur une période 5 ans (1983-1987) Arch. Franç. Pédiatr, 1990 : pp.605-608
- 29 KOUROUMA N.**
Les Intoxications aiguës accidentelles chez l'enfant. A propos de 89 cas au service de Pédiatrie du C.H.U-G.T.
Thèse Méd Bamako. 2003. N°73
- 30 LANDRY J.C., GEHRI M., GERVAIX A.**
Reconnaissance des signes de gravité cardio-respiratoires chez l'enfant.
Revue Médicale Suisse. WWW.Revmed.ch.26 octobre 2005. (27-07-2011)
- 31 LAVAUD J.**
Intoxications aiguës de l'enfant,
EMC med. Chirurgie, Ed. Scientifiques et médicales Elsevier. Pédiatrie, 4125, A-15, 2002, 23p
- LOMBRAIL P., ALFARO C., VITOUX-BROT. , BRODIN M., BOURRILLON A.,**
- 32 BEAUFILS F.**
Analyse du recrutement urgence d'un hôpital pédiatrique. Conséquences sur l'organisation de l'offre de soins. Arch. Pédatr. 1993 ; 50 : 313-7.
- 33 MALI breaking news** [en ligne]. The world fact book
Disponible : <http://www.einnews.com/mali/frames/country.> : (30-07-2011)
- 34 MALONE R.E.,**
Heavy uses of emergency services social construction of policy problème.
Soc. Sci. Méd. 1995 ; 40:469-77.
- MARTINEAU O., GUIMBER D., MARTINOT A., HUE V., CHARTIER A., DORKENO A.**
- 35 22**
Utilisation d'une unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques.
Arch. Péd. Franç. WWW.Elsevier.com/locate/arcped.(28-07-2011)
- 36 MOLYNEUX M, MARSH K, 40**
Epidemiological aspects of severe and, complicated malaria research needs.
Apply. Field. Res. malaria 1991, 2 : 6-8.
- 37 MOYEN G., HINDA H., MBIKA-CORDORELLE. , OKOKO A.R., OBENGUI. 31**
Urgences médicales en Réanimation.
Méd. Afr. Noire 2004 (5) : 665-66,9
- 38 OUOLOGEM B. 6**
Epidémiologie des urgences Pédiatriques au service des urgences-réanimations de l'H.G.T Thèse
Med. Bamako ; (1996) N°36.
- 39 REFABERT L., LANGLAIS S. 35**
Préparation au concours d'internat Pédiatrie.
Collection ellipses. P: 60-67(7)
- 40 TRAORE O.AMINATA 13**
Les Prescriptions d'urgences en pédiatrie au C.H.U-G.T.
Thèse de Pharmacie Bamako, 2005 ; N°71
- 41 UMBERTO SIMEONI. 23**

Déshydratation aiguë sévère du nourrisson.

www.kenya.net/fmpos/theses/2006/med/pdf/06M265.pdf; 08-07-2012 à 02H38min

42 Y O. 15

Mortalité et Morbidité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE de 1999 à 2000.
Thèse Méd. Bamako ; 2001.N°27

FICHE D'ENQUETE

Ordre : <idnum>

Date :

I-IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Q1 Nom et prenom :

Q2 Residence : <A>

1=C5, 2=Autre commune du district, 3=hors Bamako

Q3 Provenance : <A>

1=adasco, 2=asacoda, 3=asacokal, 4=asacogua,

5=toqua, 6=sab1, 7=sab2, 8=sab3, 9=amene par un parent,

A=hors C5, B=Refere unite csref 5, C=asacobadji

Q4 Sexe : #

1=Masculin, 2=Feminin

Q5 Age : #

0-6mois=1, 7mois-1an=2, 2-3ans=3

4-5ans=4, sup 5ans=5

Q6 Ethnie : #

1=Bambara 2=Sarakole 3=Dogon 4=Malinke

5=Sonrhai 6=Peulh 7=Senoufo 8=Bozo 9=Autres

Q7 Motif consultation : _____

Q8 Duree apparution symptomes : _____

Q9 Heure d'admission : _____

Q10 Conduite a tenir : _____

II-ANTECEDENTS

ENFANT

Q11 Medical : _____

Q12 Chirurgical : _____

Q13 COLLATERAUX : #

1=Connus, 2=Meconnus, 3=sans particularite

Q14 Pere :

Q15 Age : #

1=15-20ans, 2=21-25ans, 3=26-30ans,
4=31-35ans, 5=36-40ans, 6=sup 40ans

Q16 Profession : #

1=Commerçant 2=fontionnaire 3=Paysan 4=Ouvrier
5=Eleve Etudiant 6=Sans profession 7=Autres

Q17 Niveau d'instruction : #

1=Primaire 2=Sécondaire 3=Superieur
4=Coranique 5=Non scolarisé

Q18 Mere :

Q19 Age : #

1=15-20ans, 2=21-25ans, 3=26-30ans,
4=31-35ans, 5=36-40ans, 6=sup 40ans

Q20 Profession : #

1=Menagere 2=Eleve Etudiante 3=Fonctionnaire
4=Commerçante 5=Aide menagere 6=Autres

Q21 Niveau d'instruction : #

1=Primaire 2=Sécondaire 3=Superieur
4=Coranique 5=Non scolarisé

III-EXAMEN CLINIQUE

Q22 Motif consultation : #

1=hypothermie, 2=fievre, 3=diarrhee, 4=vomissement, 5=autre

Q23 Traitement Antérieur : #

1=Connu, 2=Meconnu, 3=neant

EXAMEN GENERAL

Q24 Poids : #

1=4-6kg, 2=7-9kg, 3=10-12kg, 4=13-15kg, 5=16-20kg, 6=sup 20kg

Q25 Taille (cm) : ____

Q26 Temperature axillaire : ____

Q27 Etat general : #

1=Satisfaisant, 2=altere, 3=passable

Q28 Etat nutritionnel : #

1=Bon, 2=Mauvais, 3=passable, 4=meconnu

SIGNES CARDIO-PULMONAIRES

Q29 Frequence Respiratoire (cycle mn) : #

1=1-18, 2=19-40, 3=41-60, 4=sup 60

Q30 Detresse respiratoire (signes de lutte et ou cyanose) : #

1=Oui, 2=Non

Q31 Frequence cardiaque (battements par mn) : #

1=inf 70, 2=70-90, 3=91-110, 4=111-130, 5=131-140, 6=141-160, 7=sup 160

Q32 Poumons : #

1=Libre, 2=Pathologique

Q33 Bruits coeur : #

1=Normaux, 2=Pathologiques

SIGNES DIGESTIFS

Q34 Diarrhees : #

1=Oui, 2=Non, 3=Notion

Q35 Vomissements : #

1=Oui, 2=Non, 3=Notion

Q36 Syndrome sub ou occlusif : #

1=Oui, 2=Non

Q37 Douleurs abdominales : #

1=Oui, 2=Non, 3=Particularite

SYSTEME NERVEUX

Q38 Conscience : #

1=conservée 2=coma

Q39 Syndrome meninge : #

1=oui, 2=Non

Q40 Agitation : #

1=oui, 2=Non

SYSTEME UROGENITAL

Q41 Retention aigue d'urine : #

1=Oui, 2=Non

Q42 Anurie : #

1=Oui, 2=Non, 3=Particularite

SYSTEME LOCOMOTEUR

Q43 Fractures : #

1=Oui, 2=Non

Q44 Luxations : #

1=Oui, 2=Non

Q45 Douleurs ostéoarticulaires : #

1=Oui, 2=Non, 3=Particularite

Diagnostic présomptif (éléments en faveur)

Q46 Resume syndromique : #

1=Paludisme, 2=Gastro enterite, 3=Malnutrition, 4=Inf resp, 5=Autre

Q47 Diagnostic presomptif : #

1=Paludisme, 2=Gastro enterite, 3=Malnutrition, 4=Inf resp, 5=Autre

Q48 Diagnostic retenu : #

1=Paludisme, 2=Gastro enterite, 3=Malnutrition,

4=Inf resp, 5=Autre, 6=Refere au GT

Q49 Devenir des urgences : #

1=Evolution, 2=Evacuation, 3=Evade, 4=Decede, 5=DCA, 6=Inconnu

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : TRAORE

PRENOM : IBRAHIM "YACOUBA"

Titre de la Thèse : Les Urgences Pédiatriques dans le Service de Pédiatrie du CSRef-CV.

Année académique : 2010-2011.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Pédiatrie.

RESUME

Il s'agit d'une étude descriptive qui a été réalisée dans le service de Médecine-Pédiatrie du CSRef.-CV durant la période allant de Février 2011 à Juillet 2011, et dont l'objectif principal était d'étudier les Urgences Pédiatriques.

Nous avons pré-sélectionné 500 patients âgés de 0 à 15 ans au départ, tout sexe confondu, mais seulement 142 ont répondu aux critères :

Ces enfants étaient repartis comme suit : 83 garçons soit 58,5% et de 59 filles soit 41,5%, avec un ratio de 1,41 en faveur des garçons. La tranche d'âge de 0 à 5ans a été la plus représentée avec 79,6% et les Bambara étaient les plus nombreux avec 42,3%.

Les ouvriers (71,1%) et les ménagères (77,5%) ont été les plus représentés, comme parents de nos patients.

70,7% (N=103) des patients venaient directement de leur domicile .La quasi-totalité de nos patients, hormis les jours fériés, avaient consulté entre 14H de l'après-midi et 07H du matin.

82,2% des patients avaient consulté entre le début et le 7^{ème} jour de la maladie, soit après le 3^{ème} jour d'évolution.

Le premier motif de consultation en urgence a été la fièvre le premier motif de consultation dans 41,3% des cas.

Le Paludisme grave et compliqué à été la première étiologie des urgences 49,0% des cas et 11 décès ont été constaté pendant notre étude.

Mots clés : Urgences, pédiatrie, Centre de Santé de Référence de Commune-V.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux loies 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 de salaire au-dessus de mon travail.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y 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.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrais 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 condisciples, si j'y manque.

JE LE JURE !