

*Epidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois à l'accueil de la consultation externe du service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf) commune V*

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire: 2017-2018



# Thèse

**EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES VITALES CHEZ LES  
ENFANTS DE 1 A 59 MOIS A L'ACCUEIL DE LA  
CONSULTATION EXTERNE DU SERVICE DE PEDIATRIE  
DU CSREF COMMUNE V**

Présentée et soutenue publiquement le 18 /1<sup>ER</sup> /2018  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Boubou CISSE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)**

## **JURY**

Présidente : Pr. Fatoumata DICKO TRAORE

Membre : Dr. Adama DEMBELE

Co-directeur : Dr. Mamadou TRAORE

Directeur de Thèse : Pr. Abdoul Aziz DIAKITE

## **DEDICACES et REMERCIEMENTS**

Je dédie ce travail

### **A DIEU TOUT PUISSANT**

Être suprême, éternel, transcendant, créateur incréé de tout, possesseur de tout, souverain en tout, de qui tout provient et vers qui tout retourne.

Dieu est la cause première et la cause finale de tout. Merci de m'avoir guidé, en m'accordant la force, le courage et la santé durant toutes ces longues et pénibles études afin de mener à bien ce travail si épuisant.

### **Au PROPHETE MOHAMED (paix et salut sur Lui)**

A mon père : feu BADRA AliouCissé

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 ;dommage 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 Kadiatousacko***

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 mères : Fanta Sidibé et Kadidia Sidibé**

Mes chères mamans, mères exemplaires, les mots me manquent pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour vous. Votre valeur humaine, votre simplicité, votre docilité, votre amour pour vos prochains m'ont toujours inspirés. Vous avez tout sacrifié pour nous rendre heureux. Merci pour les efforts, les sacrifices consentis pour notre éducation. Puisse DIEU le tout puissant vous accorder une longue vie couronnée de santé.

### **A mon oncle Samba Sidibé**

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

### **A mes frères et sœurs**

Merci pour vos encouragements, vos conseils et vos soutiens. Puisse DIEU le tout puissant renforcer l'amour qui nous lie. 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 Cissé, Sidibé et Koïta**

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.

### **A Dr Mamadou Traoré**

Votre collaboration a été d'un intérêt particulier pour nous en tant que codirecteur dévoué mais aussi dans la qualité des conseils donnés.

Vous nous avez assisté aussi bien de près que de loin.

Soyez rassurer que nous préservons cet esprit d'équipe que vous avez su inculquer en nous.

Veillez accepter ici notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

**Aux Dr Sacko Dièneba Berthé, Cissé Dico Sow, Sidibé Korotoumou Bamba, Moussa Sacko, Ousmane Cissé, Soumaila Diarra, Sekou Guindo, Diamouténé Ousmane, Sangaré Bouréïma, Kadiatou Sangaré**

Vos conseils, vos critiques ont été un apport précieux dans la réalisation de ce travail. Merci très infiniment

**A mes collègues et camarades : Fatimata Diallo, Abdoulaye Sidibé, zeinabou Sidibé, Moussa Diarra, Antoine Marie Traoré, Abdou Mariko, Rokia Coulibaly, Diakaridia Malla, Ismail Coulibaly, Boubou Gakou, Ismail Djiré, Gabriel Sanogo, Oumar Sidibé, Mamadou Kouyaté, Lucie Coulibaly**

Ça a été un plaisir de travailler avec vous.

Merci pour vos soutiens et vos contributions. Ce travail est le vôtre.

**A tout le personnel du service de pédiatrie de CSREF CV**

**A tout le personnel du Laboratoire de CSREF CV**

**A tout le personnel du service de Médecine de CSREF CV**

**A tout le personnel du service de la gynéco de CSREF CV**

**A mes amis : Oumar Tembely, Moussa Abdoulaye Diarra, Ibrahim Lamine Konaté, Lamine Barry, Kassim Cissé, Aïcha Cissé, Fatoumata Cissé, Alima Cissé, Fanta Cissé, Haoussa Cissé, Aboubacar Doumbia, Faguimba Keita, Demba Soumaré, Youssouf Ibrahim**

**Konaté, Toumani Doumbia, Yacouba Cissé, Mamadou Keita, Mamadou Coulibaly, Cheick Oumar Keita, Djibril Maïga**

Puisse le bon DIEU renforcer l'amitié qui nous lie.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maitre et Président du jury,**

**Professeur Fatoumata DICKO TRAORE**

- **Professeur agrégée en pédiatrie et maitre de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomalogie ;**
- **Praticienne dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Spécialiste en néonatalogie;**
- **Conseillère technique auprès du Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.**

**Cher maitre,**

Votre encadrement précieux à contribuer à l'élaboration de ce travail qui d'ailleurs est le vôtre.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez accordée, confiance qui a toujours été une source de motivation.

Vos qualités humaines, votre compétence, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un maitre exemplaire pour nous tous.

En espérant être à la hauteur de la confiance que vous avez placé en nous, soyez assuré de notre grande admiration et de notre profond respect.

Puisse l'éternel vous accorder une longue vie et une bonne santé pour toujours guider nos pas.

A notre Maître et Membre du jury,

**Docteur Adama DEMBELE**

- ✓ **Pédiatre, praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Enseignant Chercheur à la FMOS**
- ✓ **Chargé de Recherche à la FMOS**
- ✓ **Membre de l'AMAPED**

**Cher maître**

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et de bénéficier de vos nombreux conseils. Le temps passé à vos côtés nous a permis d'apprécier en vous, rigueur, simplicité et disponibilité. Vos qualités intellectuelles ont donné une grande valeur scientifique à ce travail.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement

**A notre Maître et Co-directeur de thèse,**

**Docteur Mamadou TRAORE**

- **Spécialiste en pédiatrie ;**
- **Diplômé des urgences pédiatriques de l'UFR de médecine de Dijon en France ;**
- **Chef de service de pédiatrie de Centre de référence de la commune V du district de Bamako ;**
- **Chargé de cours de pédiatrie à l'Institut de Formation en Sciences de la Santé de Bamako.**
- **Chargé de Recherche à la FMOS**
- **Membre de l'AMAPED**

**Cher Maître**

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en vous confiant ce travail, nous espérons en avoir été dignes. Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement et votre haute culture scientifique font de vous un maître aimé et admiré de tous. Vous avez cultivé en nous l'esprit de courage, d'humilité et du travail bien fait. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

**À notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur ABDOUL AZIZ DIAKITE**

- **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;**
- **Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie ;**
- **Spécialiste en hématologie pédiatrique;**
- **Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales.**

**Distingué Maître,**

Cher Maitre, votre bonne compréhension et le respect dont vous avez su faire preuve, à notre égard nous a séduit tout au long de notre formation.

Veillez accepter toute notre gratitude pour avoir dirigé ce mémoire. Votre sérieux dans le travail, votre professionnalisme, votre disponibilité et votre compétence font de vous un pédiatre exemplaire.

Que le bon Dieu guide vos pas

# **LISTE DESTABLEAUX ET FIGURES**

## Liste des tableaux

Tableau I : composition corporelle en eau .....	26
Tableau II : fréquence respiratoire en fonction de l'âge .....	27
Tableau III : tension artérielle en fonction de l'âge .....	27
Tableau IV : fréquence cardiaque en fonction de l'âge .....	28
Tableau V : Echelle de Blantyre ou score de Blantyre [18]. .....	41
Tableau VI : Répartition des patients selon l'âge .....	62
Tableau VII : Répartition des patients selon l'ethnie .....	64
Tableau VIII : Répartition des patients selon l'aire de santé .....	65
Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents familiaux et personnels .....	65
Tableau X : Répartition des patients selon le motif de consultation .....	66
Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la provenance .....	66
Tableau XII : Répartition des patients selon le motif de référence .....	67
Tableau XIII : Répartition des patients selon le traitement antérieur .....	67
Tableau XIV: Répartition des patients selon l'état général ... <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau XV : Répartition des patients selon les symptômes à l'admission .....	68
Tableau XVI : Répartition des patients selon les signes auscultatoires associés à la détresse respiratoire .....	68
Tableau XVII : Répartition des patients selon les gestes de réanimation à l'admission .....	70
Tableau XVIII: Répartition des patients selon le traitement d'urgence .....	70

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du résultat des examens complémentaires réalisés en urgence en urgence .....	71
Tableau XX: Répartition des patients selon le diagnostic retenu .....	71
Tableau XXI: Répartition des patients selon le traitement .....	72
Tableau XXII : Répartition des patients selon le nombre de jour d'hospitalisation .....	73
Tableau XXIII: Répartition des patients selon le devenir immédiat du patient .	73
TableauXXIV: Répartition des patients décédés en fonction du motif de consultation.....	73
Tableau XXV: Répartition des patients décédés en fonction du diagnostic retenu .....	75
Tableau XXVI: Répartition des patients décédés en fonction de la durée d'hospitalisation.....	75

### **Liste des figures**

Figure 1 : vue photographique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.....	53
Figure 2: vue photographique du service de pédiatrie .....	57
Figure3: Répartition des patients selon le sexe .....	62
Figure4 Répartition des patients selon la résidence .....	64

# ABREVIATIONS

## **ABREVIATIONS**

**A.D.H** : Hormone anti diurétique

**C.H.U** : Centre Hospitalier Universitaire

**C.H.U-G.T**: Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré

**CIV** : communication intra ventriculaire

**CPN** : Consultation prénatale

**CPON** : Unité Consultation Postnatale

**CSREF** : Centre de santé de référence

**EPU** : Enseignement post universitaire

**Hb** : Hémoglobine

**Ht** : Hématocrite

**O.R.L** : Oto-rhino-laryngologie

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**P** : Plasmodium

**PEV** : Unité du Programme Elargi de Vaccination

**PF** : Unité Planification Familiale

**pH** : potentiel hydrogène

**PLS** : Position latérale de sécurité

**PTME** : Prévention de la transmission mère enfant

**SAA** : Unité Soins Après Avortement

**SLIS** : Unité Système Locale d'Information Sanitaire

**TDM** : Tomodensitométrie

**URENI** : Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive

**V.I.H** : Virus d'Immunodéficience Humain

*Epidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois à l'accueil de la consultation externe du service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf) commune V*

# SOMMAIRE

## **SOMMAIRE**

- I. INTRODUCTION
- II. OBJECTIFS
- III. GENERALITES
- IV. PATIENTS ET METHODES
- V. RESULTATS
- VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION
- VII. CONCLUSION
- VIII. RECOMMANDATIONS
- IX. BIBLIOGRAPHIE
- X. ANNEXES

# INTRODUCTION

## **I. Introduction**

L'urgence médicale est multiple, il est difficile de la définir, nous retiendrons la définition qu'un juriste (RenéCapitou, non médecin) donne de l'urgence : « caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'ya pas été porté remède à bref délai ». Cette approche a le mérite d'englober l'urgence qu'elle soit fonctionnelle, vitale ou simplement ressentie, [1]. La prise en charge des urgences vitales au sein des établissements de santé doit être possible dans n'importe quel secteur d'activité [2,3]. Les urgences vitales se traduisent par la survenue d'une détresse pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque chez un patient (pour pouvoir traiter efficacement, elles doivent bénéficier d'une prise en charge plus précoces, quel que soit le secteur d'activité où elles surviennent). L'urgence vitale pédiatrique requiert un établissement de soins pédiatriques, donc du matériel et du personnel qualifié. La prise en charge initiale se rencontre aussi dans les services d'urgence polyvalents du fait de l'implantation géographique des CHU et le nombre encore faible d'hôpital spécialisé en pédiatrie. Les interventions d'urgences vitales pédiatriques impliquent :

- une adaptation permanente du matériel aux nouvelles techniques médicales et une mise à jour régulière des intervenants ;
- des protocoles importants pour une prise en charge optimale, rapide et efficace ;
- une complexité des dilutions à adapter à la posologie, du fait de l'absence de formes pédiatriques médicamenteuses et des caractéristiques de l'intervention ;
- Une vigilance accrue ou augmentée à tous les instants ;

Un petit enfant est une entité entière, il présente d'importantes différences physiologiques, pharmacologiques et pharmacodynamiques à

connaître[4]. Les principales urgences vitales pédiatriques sont les suivantes : les détresses cardio-vasculaires (état de choc...), les détresses respiratoires (bronchiolite, asthme...), les détresses neurologiques (convulsions, coma...), les pathologies infectieuses (fièvre, méningite, paludisme grave), les pathologies accidentelles (intoxication ; brûlure...).

On note une prédominance des jeunes enfants de moins de cinq ans. Au Maroc, les problèmes de santé de la mère et de l'enfant figurent parmi les actions prioritaires de santé retenues par les autorités. L'importance numérique de ces enfants dans les services d'urgences (30% de l'ensemble des urgences accueillies dans les hôpitaux dont plus de la moitié est représentée par les enfants de moins de 5 ans), montre la nécessité que les enfants soient accueillis dans des locaux spécifiques par un personnel médical familiarisé et disposant d'un matériel adapté à l'enfant[5]. 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. La prévention des principales causes de détresses vitales passe par une éducation constante pour la santé[7,8]. La mortalité liée à ces urgences est importante, elle est de 26,1% dans le service de pédiatrie, à 20% dans le service des urgences de réanimation du CHU GT [5]. Le CSREF de la commune 5, doté d'un service de pédiatrie, qui dispose d'une unité pré hospitalière, reçoit des urgences pédiatriques 24H /24H. Le but de cette étude est d'évaluer la fréquence des urgences vitales pédiatriques chez les enfants de 1 à 59 mois.

# OBJECTIFS

## **II. Objectifs**

### **II.1. Objectif général**

Etudier l'épidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois dans le service de pédiatrie du CSRéf commune V.

### **II.2. Objectifs spécifiques**

1. Déterminer la fréquence des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois dans le service de pédiatrie du CSRéf commune v ;
2. Décrire le circuit de soins des patients en amont de l'accueil de l'établissement ;
3. Identifier les caractéristiques cliniques des enfants vues en urgence ;
4. Déterminer le devenir immédiat des enfants vus en urgence.

# GENERALITES

### **III.GENERALITE [Tu dois voir les erreurs de frappe : beaucoup de mots sont collés, les espaces ne sont pas respectés]**

#### **III.1.Épidémiologie :**

Un quart des urgences en France sont des urgences pédiatriques [6]. Les nourrissons de moins de 1 an ont recours aux urgences trois fois plus souvent que la population générale. Les moins de 6 ans représentent moitié de la population pédiatrique vue en urgence. Ces quelques chiffres attestent du poids de la pédiatrie dans l'urgence et la demande de soins en urgence.

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 [9].

Au Centre national hospitalier de Cotonou (Bénin), et sur 2818 cas d'hospitalisations, 60% ont été vus en situation d'urgence [10]

Au Centre hospitalier de Libreville (Gabon), les urgences pédiatriques représentent 27% des admissions du service d'oxygénothérapie avec un taux de mortalité globale de 9% [11].

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%), suivies des pneumopathies, des infections néonatales, et de la méningite [12].

#### **2°) La notion d'urgence :**

Elle se confond avec l'idée d'un danger pour la vie, imminent ou seulement proche. Quand les minutes ou secondes comptent, personne ne s'aurait fait face sans être préparé psychologiquement et matériellement. Quand l'urgence est moins immédiatement menaçante, la précipitation conduirait au préjudice. C'est le moment d'écouter, de réfléchir, de s'informer et de réexaminer.

Le médecin a le devoir de porter assistance à un enfant en danger ou menacé de l'être, d'assurer son sauvetage ou sa sécurité. On attend de lui qu'il sache traiter efficacement, de manière symptomatologique d'abord, les grands désordres menaçants, qu'il sache aussi s'attaquer à leurs causes par la recherche d'informations supplémentaires. Il y faut donc un savoir-faire avec un plateau technique adéquat. Pour un enfant, pour ses parents, l'urgence est une situation traumatisante. A l'affolement il convient d'opposer le calme, à l'angoisse une certaine tranquillité, à l'incertitude, l'information adaptée. Les techniciens les plus irréprochables manqueraient à leur tâche s'il leur faisait défaut le sens de l'accueil, le souci d'informer et aussi d'épargner toute souffrance inutile, physique ou morale [13].

### **3°) Particularités physiologiques de l'enfant : [14]**

Les variations physiologiques entre l'adulte et l'enfant ainsi que la nature différente des urgences pédiatriques nécessitent quelques connaissances particulières. Après avoir rappelé les différences physiologiques fondamentales entre adultes et enfants, les situations d'urgences les plus fréquemment rencontrées seront envisagées. En effet, l'enfant par sa surface corporelle, ses organes en phase de croissance et de maturation, son environnement, tend à s'approcher de l'adulte sans pour autant le rejoindre avant la maturité. De ce fait, la présentation clinique de différentes pathologies, leurs conséquences physiopathologiques ainsi que les modalités de prise en charge et le pronostic sont parfois très différents.

#### **3.1- La composition corporelle en eau :**

La composition et la répartition en eau corporelle est en constante variation durant l'enfance et ne se stabilisera qu'à l'âge adulte (Tableau I).

Le nourrisson renouvelle rapidement son eau extracellulaire en 3 jours contre 7 jours pour l'adulte. Ainsi, un enfant de 1 à 12 mois a une composition corporelle en eau de 65 % contre 55 % pour l'adulte, alors, une déperdition importante en eau peut être fatale surtout chez les gros bébés.

Le rapport « surface corporelle/poids » d'un enfant est plus grand que chez l'adulte. Il s'en suit une plus grande déperdition de chaleur et d'eau.

**Tableau I : composition corporelle en eau**

Age	Au total(%)	Liquide extracellulaires	Volume sanguin (ml/kg)	Liquide intracellulaire
Prématurité	80	45	90	35
Nouveau-né à terme	75	40	85	35
1-12 mois	65	30	80	35
1-12 ans	60	20	75	30
Femme	50	20	65-70	30
Homme	55	25	65-70	30

### **3.2- Le métabolisme :**

A un mois, le métabolisme de repos (métabolisme basal) est 2,5fois plus élevé que chez l'adulte. Il reste 1,5fois plus élevé à un an et 1,3fois à 6 ans.

Les réserves énergétiques en glycogène étant par ailleurs plus faible, une acidose lactique peut se développer plus rapidement et tend à être plus importante.

### **3.3- Le système respiratoire :**

Sur le plan respiratoire l'enfant a une consommation en oxygène d'autant plus élevée que son anatomie oro-pharyngée est défavorable (petite fosse nasale, grosse langue, glotte en position haute, cordes vocales horizontales etcricoïde petit) et que ces réserves respiratoires sont limitées en raison d'un espace mort proportionnellement plus grand (tableau II). Ainsi, une atteinte des voies respiratoires réduirait la consommation en oxygène, par conséquent une détresse respiratoire peut s'installer rapidement.

**Tableau II : fréquence respiratoire en fonction de l'âge**

Age	Fréquence/mn
Nouveau-né	40-60
1-6 mois	20-40
6 mois – 2 ans	20-30
2 – 12 ans	16-24
Adolescents	12-20

### 3.4- Le système cardio-vasculaire :

Sur le plan cardio-vasculaire, la performance myocardique est semblable à celle de l'adulte dès l'âge d'un an. La pression artérielle et la fréquence cardiaque varient en fonction de l'âge (tableau III et IV). Chez l'enfant, le débit cardiaque dépend essentiellement de la fréquence cardiaque et, de plus, de hautes pressions de remplissage sont nécessaires pour le maintien d'une fonction cardiaque optimale. Enfin, lorsqu'il existe une acidose, on observe une rapide chute de la fréquence cardiaque entraînant une baisse consécutive du débit cardiaque. En conséquence, l'enfant reste sensible à l'hypo volémie (baisse de pré charge) car la fréquence cardiaque de base ne permet pas à elle seule d'augmenter suffisamment le débit cardiaque dans les états de chocs avec acidose [4].

**Tableau III : tension artérielle en fonction de l'âge**

Age	Percentiles (syst / diast)	
	50(mmHg)	90(mmHg)
Nouveau-né	40/20	80/55
2 ans	96/60	112/78
6 ans	98/64	116/80
9 ans	106/68	126/84
12 ans	114/74	136/88

**Tableau IV : fréquence cardiaque en fonction de l'âge**

<b>Age</b>	<b>Fréquence cardiaque(battement/min)</b>
Nouveau-né	80 – 180
< 3 mois	80 – 160
3 mois – 2 ans	80 – 150
2 – 10 ans	75 – 110
> 10 ans	50 – 100

### **3.5- La thermorégulation et le système nerveux :**

Chez le nouveau-né, le développement du système nerveux n'est pas achevé à la naissance et la fonction thermorégulatrice composée par les centres nerveux thermorégulateurs de l'hypothalamus et les organes effecteurs est encore imparfaite. Le nourrisson se refroidit alors facilement, il est aussi plus sensible à la chaleur que l'adulte.

Enfin, il est important de retenir que le cerveau représentant 10 – 15% du poids corporel du petit enfant immature.

En conséquence, cette immaturité lui prédispose à des convulsions à répétition pouvant entraîner des séquelles importantes [12].

### **3.6- Le système rénal :**

Les reins du nourrisson restent immatures avec une capacité de concentration limitée. A cet effet une hypovolémie peut entraîner une détérioration rapide de la fonction d'épuration rénale (insuffisance rénale aiguë fonctionnelle).

En somme ces différentes variations physiologiques déterminent la fréquence de ces urgences en fonction de l'âge. C'est ainsi que la tranche d'âge de 0 – 5 ans

serait la plus vulnérable avec 85,33% selon une étude faite à l'hôpital d'enfants d'Albert Royer [15].

#### **4°) Les aspects cliniques des urgences pédiatriques :**

Les grands syndromes d'urgences pédiatriques peuvent être classés selon l'atteinte des grandes fonctions vitales à savoir le système respiratoire, cardiovasculaire et neurologique.

##### **4.1°) Sur le plan respiratoire [16]**

Les syndromes cliniques les plus retrouvés sont : l'arrêt respiratoire, l'asphyxie, la cyanose et la dyspnée (détresse respiratoire du nouveau-né et les apnées du nouveau-né).

➤ **L'arrêt respiratoire :**

Deux situations réalisent un arrêt respiratoire :

L'absence totale et prolongée de ventilation (apnée) et l'existence de mouvements respiratoires inefficaces (bradypnée extrême, succession anarchique de gasps). L'aspect du patient est immédiatement inquiétant : pâle ou cyanosé, inconscient et inerte. Une crise convulsive anoxique est possible. L'arrêt respiratoire est habituellement dû à l'un des cinq groupes étiologiques suivants :

- L'origine accidentelle ou traumatique, presque toujours connue d'emblée : noyade, électrocution, contusion cérébrale, intoxication oxycarbonée, inhalation d'un corps étranger ;
- Une broncho-pneumopathie aigüe infectieuse : avant six et surtout avant trois mois, de nature coqueluchoïde ou virale ;
- Un désordre métabolique sévère : hypoglycémie, hypocalcémie et l'hypothyroïdie chez le nouveau-né ;
- Une intoxication par un produit dépresseur du centre respiratoire comme le diazépam ;
- Une affection aiguë du système nerveux central : c'est souvent une crise convulsive, clinique ou seulement électrique, qui est la cause directe de l'accident respiratoire.

**b) Le syndrome d'asphyxie :**

Détresse vitale respiratoire, l'asphyxie est l'association d'une hypoxémie et d'une hypercapnie, traduisant l'existence d'une hypoventilation alvéolaire globale. Les symptômes sont ceux de l'anoxie : cyanose à l'air ambiant ; de l'hypercapnie : sueurs profuses prédominants au front, associés à la tachycardie et hypertension artérielle, signes auxquels s'ajoutent les conséquences neurologiques : troubles de la conscience (excitation anormale du patient, alternance de phase d'agitation et de somnolence, coma de profondeur variable).

Six mécanismes principaux peuvent conduire à l'asphyxie :

- Un trouble de la commande par atteinte du centre respiratoire ;
- La paralysie des muscles respiratoires, intercostaux diaphragmatiques ;
- Une obstruction des voies aériennes supérieures ;
- Une atteinte pariétale de la cage thoracique ;
- Un épanchement gazeux intra thoracique important ;
- Une affection broncho-pulmonaire.

Laisser un enfant « asphyxier » est un cas de « non-assistance à personne en danger ».

➤ **La cyanose :**

La cyanose, coloration anormalement bleutée des téguments, doit toujours être appréciée aux extrémités (ongles et surtout les lèvres). Elle est due à la présence dans le sang capillaire d'un taux d'hémoglobine réduite supérieur à 5g pour 100 ml. La démarche diagnostique repose sur l'existence ou non d'une dyspnée et de signes d'insuffisance ventilatoire ; de symptômes d'insuffisance circulatoire centrale ou seulement périphérique)

➤ **La dyspnée :**

De façon isolée ou associée la respiration d'un sujet peut être anormale par : sa fréquence (tachypnée ou bradypnée), son rythme périodique, irrégulier voire anarchique ; son amplitude exagérée ou diminuée ; l'existence de signes de lutte ventilatoire : battements des ailes du nez, efforts inspiratoires (tirages) ou expiratoires exagérés. Il existe trois grands types de dyspnée :

❖ **La dyspnée obstructive :**

Bradypnée avec importants signes de lutte, notamment tirage sus sternal marqué; chez le nourrisson la fréquence respiratoire est en fait souvent accélérée.

L'origine de cette dyspnée dépend du temps respiratoire. Lorsqu'elle est inspiratoire avec tirage et cornage, il s'agit d'une dyspnée laryngée ; si elle est expiratoire avec sibilants, la dyspnée est bronchique, lorsqu'on observe aux deux temps, l'origine est trachéale et enfin s'il y a un syndrome de pénétration il s'agit d'un corps étranger.

- ❖ La « détresse respiratoire » : tachypnée avec signes de lutte plus ou moins importants. Elle peut être en rapport avec une affection broncho-pulmonaire, une anomalie du soufflet thoracique (coarctation, C.I.V, myocardite aiguë), un encombrement bronchique (bronchiolite).
- ❖ La dyspnée « sinématériau » : modification de rythme ou d'amplitude pratiquement sans signes de lutte. L'examen cardio-pulmonaire est normal, car il n'existe aucune gêne respiratoire ou circulatoire à l'homéostasie.

Elle est d'origine centrale ou métabolique. Lorsqu'il s'agit d'une hyperpnée : le collapsus par anémie aiguë ; l'hyperthermie par septicémie, infection sévère ; la déshydratation par diarrhée, par diabète sont les étiologies probables. Quand il s'agit d'oligopnée avec signes neurologiques, l'origine est centrale, sans signes neurologiques, il peut s'agir d'une intoxication ou asphyxie.

#### **4.2°) sur le plan cardio-vasculaire**

##### **a) arrêt circulatoire :**

On parle d'arrêt circulatoire et non d'arrêt cardiaque. Qu'importe en effet les bruits du cœur ou les complexes électriques, si l'encéphale cesse d'être vascularisé à 37°C, 3mn suffisent pour entraîner des lésions nerveuses irréversibles. Ce délai est redoutablement abrégé s'il y a de la fièvre ou si le malade a souffert auparavant de collapsus ou d'anoxie.

L'arrêt circulatoire est diagnostiqué lorsqu'on ne perçoit pas en quelques secondes le pouls carotidien d'un malade qui vient de perdre conscience, qui est très pâle ou profondément cyanosé avec une respiration nulle ou réduite à quelques gasps. Chez le nouveau-né ou le nourrisson, le diagnostic se pose dès que la fréquence cardiaque est inférieure à 40 ou 20 battements par minute.

Les situations à haut risque sont : les désordres circulatoires ou respiratoires critiques, l'hyperkaliémie sévère, certaines intoxications, certains gestes dangereux tels que trachéotomie d'un asphyxié ou mise en place d'un cathéter dans le cœur.

Deux gestes urgents sont à pratiquer : la ventilation artificielle et le massage cardiaque externe.

#### **b) collapsus et chocs :**

- Le terme de collapsus correspond à une définition clinique. C'est un symptôme considéré au moment où on observe, qui traduit l'insuffisance de la circulation du sang. On distingue :
- Le collapsus périphérique, marqué par une pâleur, des extrémités froides et mal colorées, un temps de recoloration après écrasement des téguments supérieur à 3 secondes.
- Le collapsus central, caractérisé par un affaiblissement ou une disparition du pouls sur les gros troncs artériels, une tachycardie ou bradycardie, une diminution ou un effondrement du chiffre de la tension artérielle maximum par rapport aux normes existantes pour les caractéristiques dimensionnelles de l'enfant.
- Le choc a une dimension physiopathologique, c'est un concept. Il répond à la définition suivante : « insuffisance circulatoire profonde et durable qui ne permet pas de faire face aux besoins cellulaires du moment et qui s'accompagne d'un retentissement sur les grandes fonctions vitales ». Ses signes sont ceux du collapsus avec des signes traduisant les conséquences de l'intensité ou de la prolongation du collapsus (agitation, adynamie, coma, anurie, acidose métabolique).

Les étiologies des états de chocs sont nombreuses :

- Le choc hypovolémique : une hémorragie abondante extériorisée ou non, une déshydratation de plus de 10% par pertes digestives ou polyurie massive, des brûlures étendues et récentes mal compensées.
- Le choc septique dû à des états infectieux graves.
- Le choc anaphylactique : injection médicamenteuse, envenimation. Dans tous les cas le remplissage rapide, effectif et contrôlé est d'urgence [16].

#### **4.3°) Sur le plan neurologique :**

##### **a) Les convulsions fébriles [17]**

L'association fièvre convulsion chez le nourrisson et l'enfant est l'une des urgences les plus fréquemment rencontrées en milieu tropical. On désigne sous le nom de convulsions, les crises paroxystiques d'origine cérébrale dont le mécanisme neurophysiologique est celui de crises épileptiques, et qui se traduisent par des contractions musculaires involontaires toniques ou cloniques. Elles constituent une urgence parce qu'elles peuvent révéler une maladie demandant un traitement immédiat et parce que, quel que soit leur cause, leur prolongation peut mettre en jeu le pronostic vital et/ou donner naissance à des lésions cérébrales définitives.

Les principales causes des convulsions fébriles sont : la forme neurologique du paludisme dans 75% des cas : les signes d'appel infectieux manquent et le début des troubles est brutal.

La méningite ou méningo-encéphalite : le tableau clinique ici est progressif avec infection initiale des voies respiratoires. D'autres étiologies comme les troubles métaboliques (déshydratation grave chez un enfant diarrhéique), une intoxication médicamenteuse sont rencontrées.

##### **b) Le Coma**

Le coma se définit comme la perte prolongée plus ou moins complète de l'état de conscience et de la vie de relation, associée dans les formes graves à des troubles végétatifs et métaboliques. C'est une véritable urgence car l'arrêt cardiorespiratoire est imminent. Les étiologies les plus fréquentes sont :

- La forme neurologique du paludisme.
- Les méningites ou méningo-encéphalites, qu'elles soient bactériennes ou virales : c'est la ponction lombaire qui permet le diagnostic.
- Les convulsions quelles que soient leurs étiologies, surtout lorsqu'elles se répètent, réalisent un état de mal convulsif.

- Les intoxications : tout symptôme neurologique anormal, à fortiori un coma, chez un enfant de 1 à 4 ans, peut être d'origine toxique ; le recueil d'urine, sang et liquide gastrique pour recherche toxicologique est donc toujours nécessaire.
- L'hématome sous dural doit être évoqué systématiquement chez l'enfant, même sans notion traumatique évidente ou avouée (syndrome des enfants battus).

#### **- L'hypoglycémie.**

D'autres affections plus rares sont à rechercher : hémorragie cérébrale, tumeurs cérébrales, coma hépatique, endocrinien, néphropathies hypertensives etc....)

Le traitement d'urgence consiste à l'apport de grosses molécules[16 ,17].

#### **4.4°) La déshydratation aigue du nourrisson :**

Urgence pédiatrique type, la déshydratation aigue du nourrisson est un accident qui sera analysé et traité au mieux si on garde constamment à l'esprit les notions suivantes.

Une déshydratation aigue peut-êtré dangereuse :

- Soit du fait d'anomalies métaboliques majeures existant d'emblée ou apparaissant en cours de traitement.
- Soit du fait d'un collapsus ; il doit être reconnu et traité en priorité.

Les déshydratations les plus fréquentes sont secondaires à des pertes extrarénales comme les diarrhées aiguës, vomissements importants, brûlures étendues etc.

#### **4.5°) Autres situations d'urgences pédiatriques :**

- La septicémie :Il s'agit d'une dissémination bactérienne dans le sang à partir d'un foyer primaire. Elle est fréquente dans la période néonatale et favorisée par : l'infection du liquide amniotique, la rupture prématurée des membranes, les manœuvres de réanimation, l'infection du cordon etc.
- L'état septique revêt le tableau habituel : hyperthermie secondaire à une phase de frissons avec cyanose des extrémités, troubles de la conscience,

collapsus cardio-vasculaire, hyperpnée inexplicée, parfois état de mal convulsif. Le traitement d'urgence repose sur le remplissage vasculaire et l'administration d'antibiotique.

- Les hémorragies digestives : elles constituent une urgence surtout si l'examen découvre les signes du choc. Le traitement d'urgence repose sur la prise d'une voie veineuse en vue d'un remplissage vasculaire et un transfert en réanimation.
- L'abdomen aigu chirurgical: le diagnostic d'un abdomen aigu chirurgical est difficile et lourd de conséquences, il aboutit en principe au choix d'une décision opératoire immédiate ou différée. Les étiologies sont multiples et l'orientation diagnostique et thérapeutique n'est possible qu'à l'issue d'une enquête anamnétique précise, d'un examen rigoureux de l'abdomen au terme duquel est autorisé le choix des examens complémentaires (biologiques et radiologiques). Les abdomens aigus chirurgicaux les plus fréquemment rencontrés sont : les péritonites aiguës, l'appendicite aiguë, les occlusions, les traumatismes abdominaux, la hernie inguinale étranglée, la torsion du testicule.

### **5°) Les examens complémentaires :**

Les examens complémentaires ne sont pas prioritaires lorsqu'on est en face d'une urgence. Le médecin doit d'abord assurer les fonctions vitales et calmer l'entourage. Les examens complémentaires seront donnés en fonction des hypothèses diagnostiques.

Ainsi, les plus couramment donnés sont :

- La goutte épaisse et la ponction lombaire lorsqu'on est en face d'une convulsion fébrile ;
- Le taux d'hémoglobine et le groupage Rhésus en cas d'anémie sévère cliniquement décompensée ;
- L'ionogramme sanguin lorsqu'on est en face d'un coma ;
- La radiographie du thorax en cas de détresse respiratoire ;

- L'abdomen sans préparation (ASP) et l'échographie en cas de douleur abdominale aiguë. D'autres bilans pourront être faits toujours en fonction de l'orientation diagnostique.

## **6°) Classification des urgences pédiatriques :**

Les urgences pédiatriques peuvent être classées selon leurs types, les grands syndromes, leurs étiologies et selon leur gravité

### **6.1°) Selon le type d'urgence :**

L'urgence peut être médicale ou chirurgicale.

- L'urgence médicale : les pathologies d'urgence médicale sont les plus fréquemment rencontrées dans les services de pédiatrie générale.
- L'urgence chirurgicale : le plus souvent découvert par le pédiatre, sera référée au service de chirurgie générale ou en chirurgie infantile.

### **6.2°) Selon les grands syndromes :**

Les urgences pédiatriques peuvent être classées selon les grands syndromes suivants :

- Les syndromes neurologiques à type de convulsions, de comas et d'agitations ;
- Les hyperthermies isolées, mal tolérées avec une température supérieure à 39,5°C ;
- Les déshydratations sévères ou modérées mais comportant un risque d'aggravation surtout dans les diarrhées profuses avec ou sans vomissements ;
- Les détresses respiratoires : définies par la présence des signes suivants : la dyspnée, la cyanose, les battements des ailes du nez, le balancement thoraco-abdominal, le tirage et le geignement ;
- Les anémies sévères : caractérisées par la présence de pâleur cutanéo muqueuse et des signes fonctionnels importants (dyspnée à type de polypnée, tachycardie etc.) ;

- Les infections sévères : se sont des syndromes septicémiques ou toxiniques.
- Les malnutritions aiguës sévères compliquées ;
- La pathologie accidentelle regroupant : la toxiinfection alimentaire, ingestion de toxiques, les envenimations etc;
- Enfin d'autres symptômes rares comme les abdomens aigus [16].

### **6.3°) Classification selon la gravité**

Selon la gravité, les urgences pédiatriques peuvent être classées en quatre (4) groupes selon la classification de National Advisory committee of Aeronautics (NACA) modifiée :

- Ceux avec une menace vitale potentielle (évolution dangereuse à court terme).
- Ceux avec une menace vitale immédiate nécessitant un traitement d'urgence,
- Ceux dont l'hospitalisation se fait après rétablissement des fonctions vitales.
- Décès sur place avec ou sans réanimation [18].

### **7°) La prise en charge des urgences pédiatriques :**

La prise en charge des urgences pédiatriques est devenue un sujet très sensible dans l'organisation du système de santé. Les soins d'urgences sont complexes en raison du caractère pluridisciplinaire des intervenants, mais aussi de la gestion du flux de patients et de leurs trajectoires de soins. L'hétérogénéité des demandes de soins, la variabilité du volume horaire de patients à prendre en charge, la difficulté croissante de disposer de lits d'hospitalisation pour ces patients, les moyens parfois insuffisants sont autant d'éléments qui rendent cette pratique difficile [19].

Les moyens thérapeutiques d'urgences sont fonctions des détresses vitales [16].  
Ainsi :

- Sur le plan respiratoire on a recours à la désobstruction des voies aériennes supérieures, à la ventilation, l'intubation trachéale et la sonde nasale.
- Sur le plan cardio-vasculaire : le massage cardiaque externe, le remplissage vasculaire avec de solutés ou de sang et dérivés sont des gestes et thérapeutiques d'urgence utilisés.
- Sur le plan neurologique : l'administration de produits d'urgence comme le diazépam ou le phénobarbital est toujours nécessaire en vue d'arrêter les convulsions dont leurs répétitions et prolongations génèrent des lésions cérébrales définitives.

La prise en charge d'un enfant comateux passe par la libération des voies aériennes supérieures, l'intubation, la ventilation artificielle efficace avec oxygénothérapie, l'aspiration gastrique, le remplissage vasculaire rapide à l'aide de plasma, de macromolécules ou du sang total.

- La déshydratation aiguë du nourrisson nécessite un remplissage vasculaire par de solutés salés.

La conduite d'urgence dépend de la situation à laquelle l'agent sanitaire fait face. [20]

## **8-Quelques urgences pédiatriques :**

### **8.1-Le paludisme grave et compliqué :**

#### **8.1.1-Définition :**

Le paludisme grave et compliqué se définit par la présence de *Plasmodium falciparum* dans le sang associé à un des symptômes suivants :

- Troubles du comportement pouvant aller à une altération de la conscience voir coma :

L'OMS n'a défini le neuropaludisme que dans le contexte sanitaire et épidémiologique local souhaitant avant tout être pragmatique plutôt qu'analytique.

Ainsi le neuropaludisme est défini comme syndrome regroupant :

- Coma : absence de réaction aux stimuli nociceptifs pendant plus d'une heure après la fin d'une crise comitiale généralisée ou après traitement adéquat d'une hypoglycémie ;
- Présence au frottis sanguin des formes asexuées de *P.falciparum* ;
- Absence d'autre étiologie évident d'encéphalopathie [21].

-anémie grave associée à un hémocrite < 20 %

-hypoglycémie

-acidose  $\text{pH} < 7,25$

-difficultés respiratoires

-oligurie voir insuffisance rénale aiguë

-collapsus cardio-vasculaire

-hémoglobinurie

-ictère

-tendance à l'hémorragie

### **8.1.2- Clinique de la forme neurologique :**

#### **➤ Mode de début**

Le début peut être brutal ou progressif. L'accès pernicieux à début progressif est marqué par l'installation d'une fièvre irrégulière, d'un syndrome algique diffus, associé à des troubles digestifs. L'examen clinique peut déjà révéler une composante neurologique faisant évoquer l'évolution vers un paludisme grave.

L'accès pernicieux à début brutal se traduit par une triade symptomatologie (convulsions, coma, fièvre,) à laquelle s'ajoute fréquemment une détresse respiratoire. Il est fréquent chez le jeune enfant en zone d'endémie (< 5 ans) et peut entraîner la mort en quelques heures.

#### **➤ Période d'état**

La période symptomatique précédant le coma peut être de courte durée : un à deux jours en général.

✓ **Convulsions** : Les convulsions sont fréquentes avant ou après le début du coma ; elles sont significativement associées à la morbidité et aux séquelles. Elles peuvent être généralisées ou localisées, espacées dans le temps ou au contraire réaliser un état de mal convulsif.

✓ **Troubles de la conscience** :

La perte de conscience après des convulsions fébriles ne conduit à envisager le neuropaludisme que si le coma persiste plus de 30 minutes après la crise convulsive. Ils sont constants mais d'intensité variable, allant de la simple obnubilation au coma profond. Le score ou Echelle de Blantyre permet d'apprécier l'intensité de ce coma (Tableau V).

**Tableau V : Echelle de Blantyre ou score de Blantyre [18].**

Réponse	Score
Motrice	
•Réagit à un stimulus douloureux	2
•Retrait du membre à la douleur	1
•Réponse absente ou inadapté	0
Verbale	
•Pleure de façon normale	2
•Gémit	1
•Aucune	0
Mouvements oculaires	
•Suivent le visage de la mère	1
•Ne suivent pas	0

Score 5 = enfant prostré mais parfaitement conscient

Score 4 = enfant prostré mais inconscient sans être dans un coma profond

(Somnolent ou obnubilé) = coma stade I

Score 3-2 = enfant dans un coma stade II

Score 1 = enfant dans un coma stade III

Score 0 = enfant dans un coma stade IV [22]

### **8.1.3- Clinique de la forme anémique :**

L'anémie sévère est la principale cause de mortalité chez l'enfant atteint de paludisme. Elle est due à la destruction des hématies parasités et non parasités mais également à un mauvais fonctionnement de la moelle au cours du paludisme. Elle peut contribuer à l'apparition d'un état de confusion et d'agitation, de signes d'acidose (respiration profonde) et, très rarement, on observe des signes cardio-pulmonaires (insuffisance cardiaque), une hépatomégalie et un œdème pulmonaire.

### **8.1.4-Le diagnostic :**

Toute suspicion de paludisme basée sur des signes cliniques doit être confirmée par un diagnostic parasitologique. Celui-ci est recommandé dans tous cas de suspicion de paludisme quel que soit le contexte de transmission. Les deux principales méthodes de diagnostic parasitologique sont l'examen au microscope optique et les tests de diagnostic rapide (TDR)

### **8.1.5- Le traitement du paludisme grave et compliqué :**

#### **a. Traitement soutien immédiat**

Dans les cas de paludisme grave, le patient présente un certain nombre de complications qui mettent sa vie en péril si elles ne sont traitées de toute urgence. Voici quelques-unes des mesures les plus urgentes à prendre :

- **Engager immédiatement des mesures de réanimation**, en prêtant une attention particulière aux voies respiratoires ;

- **Corriger l'hypoglycémie (Seuil d'intervention : glycémie < 3 mmol/l)**  
En administrant 200-500mg/kg de glucose. Administrer immédiatement 5ml/kg d'une solution de dextrose à 10% au moyen d'une voie périphérique et assurer une alimentation entérique.
- **Contrôler les convulsions** Chez tout enfant présentant des convulsions, il convient d'exclure une hyperthermie ou une hypoglycémie. Traiter les convulsions en administrant du **Diazépam** en bolus intraveineux lent à la dose de 0,3 mg/kg en 2 minutes ou 0,5 mg/kg par voie intra rectale. Une seconde dose de diazépam peut être administrée si les convulsions n'ont pas cessé au bout de 10 minutes.

Dans les cas où les convulsions résistent à l'administration de deux doses de diazépam, on considèrera que ces patients sont dans un état de mal épileptique et leur donner du **phénobarbital** (dose de charge de 15 mg/kg par voie intramusculaire ou par voie intraveineuse lente, puis dose d'entretien de 5 mg/kg par jour pendant 48 heures). Lorsqu'on utilise du phénobarbital, surveiller attentivement la respiratoire du patient. Le phénobarbital à forte dose (20mg/kg) peut entraîner une dépression respiratoire et augmenter le risque de décès.

- **Envisager la nécessité d'une transfusion sanguine :**

L'indication la plus fréquente est l'anémie (Hb < 5g/dl). Evaluer l'état clinique du patient plutôt que de se fier à l'hématocrite et/ou au taux d'hémoglobine. Il vaut mieux se demander « Est-ce que le patient a besoin de sang ? » plutôt que « quel est l'hématocrite (Ht)/Hb ? »

Si la vie du patient est menacée par une acidose associée à une anémie ou par un état de choc ou si la parasitémie est si élevée que vous pouvez prévoir une baisse critique de l'hémoglobine, il faut administrer d'urgence un concentré globulaire (10 ml/kg chez les enfants) ou du sang total par transfusion (20ml/kg chez les enfants)

## **b. Traitement antipaludique spécifique**

Après un rapide bilan clinique et la confirmation du diagnostic, il faut administrer sans délai au patient atteint de paludisme grave un traitement antipaludique approprié et correct par voie parentale.

### **Médicaments antipaludiques recommandés par l'OMS pour le traitement du paludisme grave**

- **Artésunate** à raison de 3mg/kg de poids corporel en intraveineuse ou en intramusculaire si le poids est inférieur à 20 kg et 2,4mg/kg au-delà de 20 kilogramme, administré dès l'admission (temps zéro), puis au bout de 12 et 24 heures et ensuite une fois par jour, constitue le traitement recommandé.
- L'**Artéméther**(à raison de 3,2 mg/kg à l'admission suivie de 1,6 mg/kg en une injection par jour pendant 4 jours) ou la **quinine**(à raison de 15mg/kg de sels de chlorhydrate de quinine (12,4mg de base) dilués dans 10ml/kg de sérum glucosé à 10% en perfusion de 2 à 4 heures toutes les 12 heures) sont des options acceptables si l'on ne dispose pas l'Artésunate parentérale.

Les médicaments antipaludiques doivent être administrés par voie parentérale pendant 24 heures au minimum et remplacés par une médication orale dès que celle-ci peut être tolérée. Peser le malade et calculer la dose d'antipaludiques en fonction du poids corporel (mg/kg de poids corporel).

#### ➤ **Traitement en relais per-os**

- ❖ Compléter le traitement en prescrivant une cure complète d'une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) efficace dès que le patient est capable de prendre des médicaments per os, mais au moins après 24 heures de traitement par voie parentérale. Actuellement, l'OMS recommande les CTA suivantes :
- ❖ Artéméther plus luméfantine
- ❖ Artésunate plus amodiaquine
- ❖ Artésunate plus méfloquine

- ❖ Artésunate plus sulfadoxine-pyriméthamine
- ❖ Dihydroartémisinine plus pipéraquine [27, 29]

## 8-2 Méningite :

### a. Définition

La méningite est une grave infection des fines membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière. Elle est le plus souvent causée par une infection (bactérienne, virale ou fongique) [100].

### B- Clinique :

- Chez l'enfant : les symptômes associent une fièvre parfois élevée à d'autres manifestations, parmi lesquelles peuvent être présents :
  - Des [maux de tête](#) intenses (céphalées) ;
  - Une intolérance à la lumière (*photophobie*) ou au bruit (*laphono phobie*) ;
  - Des nausées ou [vomissements](#) ;
  - Une raideur de la nuque ;
  - Un teint gris ou marbré ;
  - Des courbatures importantes ;
  - Une grande [fatigue](#) ;
  - Une somnolence, voire des troubles de la conscience plus profonds (ex. : confusion mentale), surtout dans la méningo-*encéphalite* virale ou les méningites bactériennes ;
  - Des signes de lésions localisées du système nerveux central (ex. : des paralysies oculaires) ou des [convulsions](#).
- ✓ Chez le nourrisson : Chez le nourrisson, les symptômes des méningites sont plus difficiles à reconnaître. Toutefois, on peut rencontrer un bombement de la fontanelle, une hypotonie axiale, un comportement inhabituel (geignements, pleurs incessants, irritabilité, somnolence anormale, refus de téter). [101]

### C- Diagnostic :

- ✓ Le diagnostic doit être évoqué devant tout état fébrile avec vomissement, jusqu'à preuve du contraire. Il est confirmé par la ponction lombaire dont l'examen du liquide isolera le germe.
- ✓ Le diagnostic différentiel se fait avec la forme neurologique du paludisme et les autres causes de convulsions fébriles.

#### **D- Evolution :**

L'évolution peut se faire vers la mort ou des complications sans traitement ou avec un traitement tardif ou incorrect dans certaines formes cliniques sévères. Les complications les plus fréquentes sont : la septicémie, les arthrites purulentes, une sécrétion inappropriée d'A.D.H, l'état de mal convulsif, l'hydrocéphalie, l'abcès du cerveau.

Sous traitement, elle peut se faire vers la guérison ou entraîner des séquelles : la surdité, la surdi-mutité, les paralysies, l'épilepsie, l'idiotie, la cécité, les troubles de l'attention etc....

#### **E- Traitement :**

##### **8-3- La déshydrations 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]

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

##### **A). Définition :**

La diarrhée aiguë est une émission fréquente de selles trop liquides due à une accélération du transit (plus de trois selles liquides par jour). Le pronostic immédiat est lié à la déshydratation dont la prise en charge doit être adéquate et urgente.

##### **B). Clinique :**

La diarrhée aiguë devient une urgence absolue lorsqu'on découvre les signes de déshydratations sévères qui sont les suivant :

- ❖ Enfant léthargique ou inconscient,
- ❖ Yeux très enfoncés,
- ❖ Enfant incapable de boire ou boit difficilement,
- ❖ Bouche et langue très sèches,
- ❖ Pli cutané s'efface très lentement,
- ❖ La fontanelle déprimée chez le nourrisson.
- ❖ Il existe d'autres signes associés comme : la tachycardie, la polypnée, l'oligurie, les convulsions.

### **c)Diagnostic :**

- ❖ Le diagnostic positif est surtout clinique (diarrhée plus signes de déshydratations sévères). Les examens complémentaires ne sont pas indispensables. Ils permettent d'apprécier le retentissement de la diarrhée et de rechercher l'étiologie. Il peut s'agir soit d'un examen direct des selles, une coproculture ou un ionogramme sanguin.
- ❖ Le diagnostic différentiel peut se faire avec les autres causes de déshydratation.

### **d)Traitement :**

Le traitement d'une diarrhée aiguë avec déshydratation sévère correspond à l'application du plan C de la réhydratation :

- Ranger lactate à raison de 100ml/kg en perfusion IV pendant 3 heures chez le grand enfant (H1/2 : 30ml/kg et H2,5 :70ml/kg) et 6 heures chez le nourrisson (H1 :30ml/kg et H5 :70ml/kg).

Le SRO prendra le relais dès qu'il sera capable de boire à raison de 5 ml/kg/heure).

La sonde naso-gastrique sera placée en cas d'impossibilité de faire la voie IV ou la voie orale.

L'enfant doit être réexaminé heure par heure jusqu'à la fin de la période de réhydratation prévue (3-6heures).

- Une antibiothérapie sera associée :ceftiaxone 50mg/kg/j pendant 5 joursau moins.
- Donner à l'enfant autant d'aliments liquides que d'habitude afin de prévenir une malnutrition.

L'évolution est favorable si la réhydratation a été faite en urgence.

En absence de réhydratation rapide, elle se fait vers le choc hypovolémique voir l'arrêt cardiaque.

#### **D-Evolution :**

L'évolution est favorable si la réhydratation a été faite en urgence.En absence de réhydratation rapide, elle se fait vers le choc hypovolémique voir l'arrêt cardiaque.

## **4-Rappels sur quelques symptômes et étiologies d'urgence**

### **4-1-les convulsions :**

La **convulsion** est la contraction (spasme) violente et involontaire d'un ou plusieurs muscles, d'un ou plusieurs membres, voire de tout le corps. Elle peut aussi affecter la face ; la maladie de Meige (désordre neurologique rare) se traduit par des convulsions de la face ou d'une moitié de la face et du cou[20].

#### **A-Mécanismes :**

De nombreux mécanismes ont été évoqués. On insiste sur le déficit central en GABA (acide gamma amino-butyrique) qui est un acide aminé neuromédiateur 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**

Les convulsions sont la traduction d'une souffrance des centres nerveux de l'encéphale ou de la moelle épinière. Elles s'observent notamment dans les circonstances suivantes :

- Dans des cas d'épilepsie, d'encéphalopathies toxiques ou métaboliques (par exemple la syncope convulsivante), lors d'une anoxie cérébrale transitoire ;
- Lors d'une intoxication au mercure (hydrargisme), à l'argent (argyrisme) ou au plomb (saturnisme) ;
- En cas d'hypoglycémie sévère (manque de sucre) ou d'hypokaliémie sévère (manque de potassium) ;
- A la suite d'une chute, d'un traumatisme cérébral mécanique ou d'un accident vasculaire cérébral ;
- A la suite de certaines maladies virales

- A la suite d'une électrocution, d'électrochocs ou d'une électroconvulsivothérapie.

La convulsion hyperthermique du nourrisson et de l'enfant est très fréquente, impressionnante (lors d'une première crise, la plupart des parents pensent que leur enfant est en train de mourir) mais bénigne le plus souvent.

Des crises convulsives peuvent aussi n'avoir aucune cause organique et s'inscrire dans le cadre de manifestations hystériques comme dans le cas des convulsionnaires de Saint-Médard[20].

### **C-Les causes des convulsions :**

#### **1)Le cadre infectieux**

Acraindre :méningite, encéphalite, ...

#### **2)Le cadre traumatique**

Traumatisme volontaire ou non Faire un TDM)

Le cadre métabolique

Hypocalcémie, hyponatrémie,hyper natrémie...

Faireunbilansanguinuneglycémiecapillaire

#### **4)Le cadre toxique**

Alcool (hypoglycémiesévère), médicaments (ex : anti arythmique), hypoglycémians, intoxicationaugazcarbonique(hypoxiecérébrale sévère)

#### **5)L'épilepsie=maladieconvulsivante**

Altérationdelafunctiondesneurones ; Ils vont donc alors envoyer desdécharges paroxystiques.

#### **6)Conduite à tenir en présence d'un jeune enfant faisant une crise de convulsions :**

- Fairelediagnosticd'unecriseconvulsivecoucher l'enfant en PLS
- Déshabiller, écartertoutobjetsdangereuxdésobstruer les voies aériennes supérieures
- Aspirer les sécrétions mettre éventuellement en place une canule de Mayo et la fixer solidement pouréviterlachutedelalangueenarrière ;

- Préparer la dose de diazépam (Valium, myorelaxant) nécessaire (ampoule injectable de 10mg/2mL) dans une seringue de 5 à 10mL (habituellement : 0,5mg/Kg de poids), en intrarectale introduire la canule dans le rectum et injecter le produit en s'assurant par une injection complémentaire de 1mL d'air, que la dose de médicament a bien été injectée.

# **PATIENTS ET METHODES**

## **IV- Méthodologie**

### **I- Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée au service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.



**Figure 1 : vue photographique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako**

La Commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41km<sup>2</sup>, elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire et la Commune de Kalabancoro, à l'Est par la Commune VI. Elle est composée de huit quartiers : Badalabougou, Sema I, Quartier Mali, Torokorobougou, Baco-Djicoroni, Sabalibougou, Daoudabougou et Kalabancoura.

Le Centre de Santé de Référence qui porte son nom est situé au Quartier- Mali, il a été créé en 1982 avec appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V, à cette époque il regroupait le service social de la Commune V.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé et conformément au Plan de Développement Socio Sanitaire des Communes

(PDSSC), le Centre de santé a été créé avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

La carte sanitaire de la Commune V a été élaborée pour dix (10) Aires de Santé et comprend 12 Centres de Santé Communautaires (CSCoM) fonctionnels. (PDSSC), le Centre de santé a été créé avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Actuellement le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) compte huit Services et vingt-six Unités.

Services et unités affiliées

Service de Gynécologie Obstétrique :

1. Unité CPN
2. Unité PF
3. Unité de vaccination
4. Unité CPON
5. Unité Suites de Couches
6. Unité SAA
7. Unité Bloc Opératoire
8. Unité Anesthésie Réanimation
9. Unité Gynécologie

**Service d'Ophtalmologie :**

1. Unité Ophtalmologie

**Service d'Odontostomatologie :**

1. Unité Odontostomatologie

**Service de Médecine :**

1. Unité Médecine
2. Unité ORL
3. Unité Tuberculose
4. Unité Lèpre

**Service de Pédiatrie :**

1. Unité Pédiatrie Générale
2. Unité Néonatalogie
3. URENI
4. Unité KANGURU

**Service de Comptabilité :**

1. Unité Comptabilité Matière
2. Unité Caisse

**Service de Laboratoire/Pharmacie :**

1. Unité Laboratoire
2. Unité Pharmacie

**Unités non affiliés**

- Unité Ressources Humaines
- Unité SLIS
- Unité Brigade d'Hygiène

**Présentation du service de pédiatrie**

**1. Locaux :**

Le service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la commune V, depuis le mois de juillet 2014, est logé dans un nouveau bâtiment situé à l'extrême Nord du centre.

- La Pédiatrie générale : elle comprend
  - Une (1) salle de consultation ordinaire qui comporte 3 tables de consultation
  - Trois (3) salles d'hospitalisation qui comportent 13 lits au total
  - Une (1) salle aménagée pour les soins externes qui comporte 1 table de soins
  - Un (1) bureau pour le major
  - Un (1) bureau pour médecins

- L'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI)

elle comprend

- Un (1) bureau URENI qui sert de bureau pour le major
- Deux (2) salles d'hospitalisation qui comportent 6 lits au total - La néonatalogie
- Une (1) salle d'hospitalisation qui comporte 3 lits et 2 incubateurs
- Une (1) salle kangourou qui comporte 4lits
- Un (1) bureau major servant aussi de consultation de suivi (PTME et kangourou)
- Un (1) bureau pour médecin (pédiatre responsable de la néonatalogie)

En plus de ces salles, il existe

- Un (1) bureau pour le médecin pédiatre responsable du service « chef de service » et
- Un (1) bureau pour les étudiants faisant fonction d'internes ou thésards.

## 2. Matériels

### 2.1. Mobiliers

Situation des matériels mobiliers du service

Matériels mobiliers disponibles

- 26 lits
- 7 tables de bureau
- 14 armoires
- 8 bancs métalliques
- 21 chaises
- 6 fauteuils

### 2.2. Matériels techniques (en bon état et en cours d'utilisation)

- 2 Aspirateurs électriques
- 3 Concentrateurs d'oxygène
- 2 Incubateurs
- Chariots de soins

**3. Personnel (en décembre 2016)** Au total, 4 Médecins, 3 Techniciens supérieurs, 12 Techniciens de santé et 3 aides-soignantes, soit 22 personnes sont réparties entre les quatre unités de la pédiatrie.



**Figure 2: vue photographique du service de pédiatrie**

**4. Mission :**

Aider les parents à recouvrir, à améliorer et à maintenir l'état de santé de leurs enfants dans le respect de la dignité humaine.

**5. Activités**

- Prise en charge curative, préventive et promotionnelle des enfants de 0 à 15 ans quel que soit leur statut social et leur handicap physique ou mental.
- Contribution à la formation des étudiants et autres professionnels de la santé.

**6. Stratégies :**

- une bonne répartition des tâches ;

- communication avec les parents et les enfants pour le changement de comportement ;
- une anticipation sur les facteurs de risques ;
- la référence des cas nécessitant une prise en charge spécialisée ;
- l'application des protocoles nationaux au tant que faire se peut ;
- l'élaboration au besoin des protocoles et procédures consensuelles selon notre contexte ;
- organisation des présentations de dossiers et les EPU ;
- l'élaboration d'un système de recherches-actions sur tout ce qui concerne les problèmes de santé des enfants.

## **II. Type d'étude**

C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique.

## **III. Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2016 soit 12 mois.

## **IV. Population d'étude :**

Il s'agit de tous les enfants de 1 à 59 mois admis en situation d'urgence pendant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion.

### **1- Critères d'inclusion**

- Les enfants âgés de 1 à 59 mois, hospitalisés dans le service dans un tableau d'urgence.

### **2- Critères de non-inclusion**

- Les enfants de moins d'un mois et plus de cinquante-neuf mois,
- Les enfants admis non hospitalisés

### **3. Taille de l'échantillon :**

Il s'agit d'un échantillon exhaustif de tous les enfants répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

## **VII- Déroulement de l'enquête**

Les données ont été recueillies à l'aide des dossiers d'hospitalisation ; des registres de garde et d'hospitalisation ; une fiche d'enquête individuelle a été remplie pour chaque patient que nous avons considéré comme urgent.

### **Quelques critères d'urgence**

- Toute fièvre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ , non corrigée ;
- Les Syndromes hémorragiques ;
- Les anémies sévères mal tolérées ;
- Une détresse Neurologique, infectieuse ou non ;
  - Le neuropaludisme ;
  - La méningite ;
  - Les comas ;
- Les détresses respiratoires aiguës.
  - La crise d'asthme ;
  - La bronchiolite
- Les troubles métaboliques avec manifestations sévères ;
- La déshydratation sévère et les chocs (hypovolémique et septique) ;
- La malnutrition aiguë sévère avec complication médicale ;
- Les intoxications aiguës ;
- Les états infectieux sévères : Les septicémies, le tétanos
- Accidents de la voie publique
- Les noyades.

### **7. Plan d'analyse et de traitement des données**

Les données étaient saisies sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi Info™ version 7.2.0.1 puis exportées sur SPSS 22.0 et l'analyse était faite à l'aide des deux logiciels.

Pour les aspects descriptifs de l'analyse, les distributions des fréquences ont été générées pour toutes les variables. Celles qui étaient peu ou pas renseignées étaient exclues de l'analyse.

Le test du chi<sup>2</sup> ou le test exact de Fischer ont permis de comparer les proportions des variables catégorielles.

Pour rechercher une association entre la variable dépendante qui était le décès (oui ou non) et un facteur de risque présumé.

Pour l'analyse multivariée, les variables dont les valeurs de  $p < 0,05$  en analyse uni variée étaient sélectionnées.

Les tests statistiques donnant des valeurs de  $p < 0,05$  étaient considérés significatifs.

La saisie du compte rendu de l'analyse et du traitement des données sera faite sur Microsoft Word 2010.

## **8. Considération éthiques**

Les dossiers médicaux sont analysés dans le strict respect de la confidentialité. Ils sont retournés et classés dans la salle des archives immédiatement après exploitation. Pour conserver l'anonymat, la fiche individuelle ne permet pas l'identification évidente du patient.

Les références bibliographiques n'ont pas fait l'objet de modification même minime afin de respecter les lois en matière de propriété intellectuelle.

# RESULTATS

## V. RESULTAT

Pendant la période d'étude, nous avons hospitalisé sélectionné [sélectionné n'est pas le bon mot car c'est un échantillonnage exhaustif] 990 cas d'urgences ressenties, dont 125 ont répondu aux critères d'inclusion, soit une fréquence de 12.63%.

### V.a. Données Générale

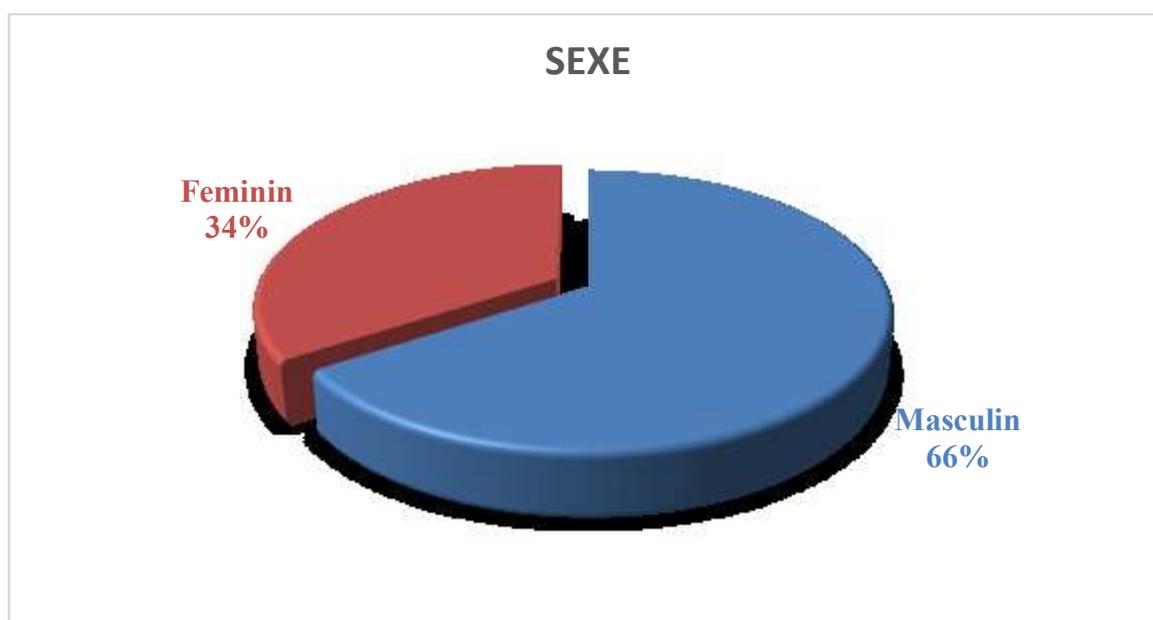


Figure3: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin a représenté 66%

Tableau VI : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âges (Mois)	Effectifs	Pourcentages
1-11	38	30.4
12-23	23	18.4
24-59	64	51.2
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

*Epidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois à l'accueil de la consultation externe du service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf) commune V*

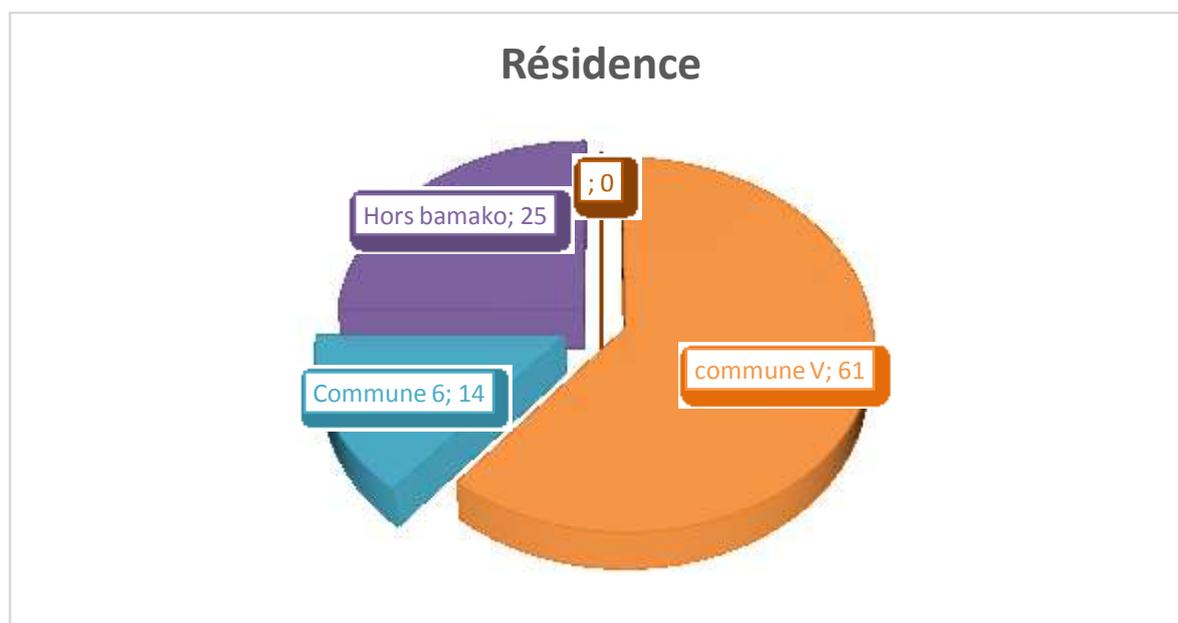
La tranche d'âge **24-59 mois** était de **51,2%**. La moyenne était de **25,62±18,971mois**. Les extrêmes de 1 à 59 mois.

**Tableau VII : Répartition des patients selon l'ethnie**

Ethnie	Effectifs	Pourcentages
Bambara	63	50.4
Malinké	12	9.6
Sarakolé	17	13.6
Peulh	11	8.8
Senoufo	3	2.4
Bozo	2	1.6
Dogon	4	3.2
Mianka	4	3.2
Autre*	8	6.4
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

\*:Bobo (2) + Dafing (1) + Djawando (2) + Maure (1) + Samogo (1) + Sonrhaï (1)

Les Bambarasont représenté 50,4% de cas.



**Figure4 Répartition des patients selon la résidence**

les résidents de la commune Vont représentés60,8% de cas

**Tableau VIII : Répartition des patients selon la provenance**

<b>Aire de santé</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Asacotoqua	2	1.6
Adasco	2	1.6
Asacokal	8	6.4
Asacogua	2	1.6
PMI BAdala	1	0.8
Non renseigné	110	88
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

L'aire de santé était non renseignée dans 88% des cas

**Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents familiaux et personnels**

<b>Antécédents</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Connus	4	3.2
Non connus	121	96.8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Seul 3,2% de nos patients avaient des antécédents familiaux et personnels connus.

## **B. Arrivée et circonstance d'arrivée au Csref**

**Tableau X : Répartition des patients selon le motif de consultation**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Fièvre	17	13.6
<b>Convulsion</b>	<b>25</b>	<b>20.0</b>
<b>Coma</b>	<b>24</b>	<b>19.2</b>
Détresse respiratoire	13	10.4
<b>Pâleur</b>	<b>29</b>	<b>23.2</b>
Diarrhée/Déshydratation	6	4.8
Autres*	11	8.8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

\* : altération de l'états général plus œdème des membres inférieurs (1) + Cris plaintif (1) + Hyperesthésie cutanée (1) + Fièvre et refus de téter (2) + Hypotonie axiale (1) + Prostration (1) + Raideur de la nuque (1) + Toux (1) + Agitation (1) + Accident domestique (1).

Lapâleur a représentée 23,2% des cas

**Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la référence**

<b>Origine de la référence</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Médecin de ville	5	10.0
CS Réf de kalanbancoro	7	14.0
Cscom	23	46.0
Cabinet Médical	15	30
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Les CSCOM constituaient l'origine de référence dans 46% des cas.

**Tableau XII : Répartition des patients selon le motif de référence**

<b>Motif de référence</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Une prise en charge adéquate	49	39.2
Non renseigné	76	60.8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Une prise en charge adéquate comme motif de référence était observé dans 39,2% des cas.

**Tableau XIII : Répartition des patients selon le traitement antérieur**

<b>Traitement antérieur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Médical</b>	<b>54</b>	<b>43.2</b>
Traditionnel	25	20.0
Automédication	6	4.8
Médical+ Traditionnel	19	15.2
Médical + automédication	4	3.2
Traditionnel+ automédication	1	0.8
Aucun	16	12.8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

le traitement médical était administré dans 43,2% des cas avant l'admission.

### **C. Examen clinique**

**Tableau XV : Répartition des patients selon les symptômes à l'admission**

<b>Examen clinique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Trouble de la conscience</b>	<b>64</b>	<b>52.0</b>
Convulsion	12	9.6
Bombement de la fontanelle	6	4.8
Raideur de la nuque	2	1.6
Hyperesthésie cutanée	8	6.4
Agitation	2	1.6
Pâleur	36	28.8
Ictère	2	1.6
Détresse respiratoire	24	19.2
Signes de déshydratation sévère	16	12.8
Pli dénutrition	4	3.2
Hépatomégalie	18	14.4
Splénomégalie	12	9.6

Le trouble de la conscience constituait 52% des cas.

**Tableau XVI : Répartition des patients selon les signes auscultatoires associés à la détresse respiratoire**

<b>Signes auscultatoires associés à la détresse respiratoire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Râles bronchiques	7	19.2
Râles crépitants	11	54.83
Râles crépitant et des ronchi	4	16.7
Râles sibilants	2	8.33
Total	24	100

Les râles crépitants constituaient 54,83% des cas.

*Epidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois à l'accueil de la  
consultation externe du service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf)  
commune V*

#### D. Prise en charge du patient

**Tableau XVII : Répartition des patients selon les gestes de réanimation à l'admission**

Gestes de réanimation à l'admission	Effectifs	Pourcentages
Libération de voies aériennes	11	8.8
Oxygénation	11	8.8
<b>Ventilation couplé au massage cardiaque</b>	<b>3</b>	<b>2.4</b>

La ventilation couplée au massages cardiaque était de 2,4% des cas.

**Tableau XVIII: Répartition des patients selon le traitement d'urgence**

Traitement d'urgence	Effectifs	Pourcentages
Diazépam	19	15.2
Gardanal <sup>R</sup> ou phénobarbital	10	8.0
<b>Paracétamol injectable</b>	<b>104</b>	<b>83.2</b>
Corticoïde	33	26.4
Bronchodilatateur	2	1.6
Transfusion	35	28.0
Perfusion de sérum glucosé	5	4
Ringer lactate	96	76.8

Le paracétamol injectable a été utilisé dans 83.2% des cas.

**Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du résultat des examens complémentaires réalisés en urgence en urgence**

Résultat des examens complémentaires réalisés en urgence		Effectifs	Pourcentages
<b>TDR + (n=66)</b>		66	52.8
<b>Goutteépaisse +(n=4)</b>		4	3.2
<b>Glycémie(n=93)</b>	Hypoglycémie	12	74.4
	Normal	41	
	Hyperglycémie	40	
<b>Tauxd'HB (n=57)</b>	Anémie	41	32.8
	Pas d'anémie	16	
<b>Groupage rhesus</b>		41	32.8
<b>ECBC du LCR(n=24)</b>	Claire	7	24.8
	Trouble	16	
	Hématique	1	

La glycémie et la TDR ont été demandés dans 52.8% et 74.4% des cas.

**Tableau XX: Répartition des patients selon le diagnostic retenu**

Etat général	Effectifs	Pourcentages
<b>Neuropaludisme</b>	<b>34</b>	<b>27.2</b>
<b>Paludisme grave forme anémique</b>	<b>25</b>	<b>20.0</b>
Palu grave forme mixte	6	4.8
Méningite	21	16.8
Pneumopathie	14	11.2
Bronchiolite	2	1.6
Intoxication	1	0.8
Diarrhée/Déshydratation sévère	8	6.4

Autres*	16	12.8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

\* : Anémie sévère sur drépanocytose (1) + Abscess axillaire (1) + Anémie sévère sur drépanocytose (2) + Déshydratation évidente sur pneumopathie (1) + Gastroentérite sur malnutrition aigüe sévère (1) + Neuropaludisme sur bronchiolite (1) + Neuropaludisme sur pneumopathie (1) + Pneumonie franche lobaire (2) + Pneumopathie sur déshydratation sévère (1) + Pneumopathie sur malnutrition aigüe sévère (1) + Sepsis sur malnutrition aigüe sévère (2).

Le neuropaludisme et le paludisme grave forme anémique ont représentés 27,2% et 20,0% des cas.

**Tableau XXI: Répartition des patients selon le traitement**

Administration d'antibiotique	Effectifs (n=125)	Pourcentages
Oui	62	49.6
Non	63	50.4
<b>Type d'antibiotique n=61</b>		
Ceftriaxone	6	9.7
Amoxicilline	1	1.6
Ceftriaxone+Gentamycine	48	77.4
Amoxicilline+Gentamycine	1	1.6
Autres*	5	8.1
<b>Anti-paludique n=125</b>		
Oui	68	54,4
Non	57	45.6
<b>Type d'antipaludique</b>		
Artesunate	68	100

\*: Amoxiclav(4) + Ceftriaxone gentamycine [+ ou -] Ciprofloxacine perfusion(1)

L'antibiothérapie a été administrée dans 49.6% des cas.

L'artesunate a été le seul anti paludique soit 100% des cas.

**Tableau XXII : Répartition des patients selon le nombre de jour d'hospitalisation**

<b>La durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
≤3	37	29.6
4 – 7	65	52
<b>8 – 15</b>	<b>23</b>	<b>18.4</b>
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100.0</b>

La tranche de durée d'hospitalisation était de 4- 7jours dans 52%. La moyenne était de 5,52±3,437 jours, avec des extrêmes de 1 et 15 jours.

**Tableau XXIII: Répartition des patients selon le devenir immédiat du patient**

<b>Devenir immédiat du patient</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Retour à domicile	106	84.8
<b>Décédé</b>	<b>14</b>	<b>11.2</b>
Référé	2	1.6
Sortie contreavis médical	3	2.4
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100.0</b>

Les patients décédés constituaient 11.2% des cas

### Analyse statistique bi-variées

**Tableau XXIV: Répartition des patients décédés en fonction du motif de consultation**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Décès</b>		<b>Total</b>
	Oui	Non	
Accident domestique	0	1	1

*Epidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois à l'accueil de la consultation externe du service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf) commune V*

Convulsion	1	24	25
Coma	2	22	24
Agitation	0	1	1
Détresse respiratoire	6	7	13
Pâleur	1	28	29
Diarrhé/Déshydratation	2	4	6
Autres	2	24	26
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>111</b>	<b>125</b>
<b>Khi<sup>2</sup>=22.753</b>	<b>ddl=7</b>	<b>P=0.002</b>	

**Tableau XXV: Répartition des patients décédés en fonction du diagnostic retenu**

Diagnostic retenu	Décès		Total
	Oui	Non	
Neuropaludisme	2	31	33
Paludisme grave forme anémique	0	25	25
Méningite	2	19	21
Pneumopathie	5	9	14
Bronchiolite	0	2	2
Intoxication	0	1	1
Diarrhée/Déshydratation sévère	1	7	8
Autres	4	16	20
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>111</b>	<b>125</b>
<b>Test exact de fisher=14.624</b>			<b>ddl=8 P=0.067</b>

**Tableau XXVI: Répartition des patients décédés en fonction de la durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation	Décès		Total
	Oui	Non	
≤3	12	25	37
4 – 7	2	63	65
<b>8 - 15</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>23</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>111</b>	<b>125</b>
<b>Test exact de fisher=64.855</b>			<b>ddl=12 P=0.00001</b>

# **COMMENTAIRES- DISCUSSION**

## **VI-COMMENTAIRES et DISCUSSION**

IL s'agit d'une étude rétrospective à visé descriptive et analytique qui s'est déroulé au CSRéf de la commune V du district de Bamako, du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2016, dans le service de pédiatrie. Pendant la période d'étude, nous avons sélectionné 990 cas d'urgences ressenties, dont, 125 ont répondu aux critères d'inclusion, soit une fréquence de 12.63%.

### **Les limites de l'étude**

- ✓ Les études retrouvées dans la littérature sont différentes par le type de population, les conditions de réalisation, les lieux d'études même si parfois nous avons tenté des comparaisons et discuté les différences.
- ✓ Notre étude pourrait présenter un biais d'échantillonnage vis-à-vis de la population du Mali. Nous avons tenté de le réduire au maximum en examinant tous les dossiers des patients dans la salle des archives et auprès des bureaux des différents majors

#### **1- Les caractéristiques sociodémographiques**

##### **➤ Résidence**

L'étude nous montre que la majeure partie de nos patients provient de la commune V, soit 60.8% des cas. Cependant, un nombre non négligeable de patients nous viennent de la commune 6 du district de Bamako soit 13.6 %, voire hors de Bamako avec 25.6%. Nos résultats sont comparables à celui de Traoré I. [21] qui avait retrouvé respectivement 65,5%, 21,8%,12,7%.

Cela montre une fois de plus que le Centre de Sante de Référence de la Commune V est l'un des centres de santé de référence les plus sollicités.

##### **➤ Age et sexe**

Dans notre série, la tranche d'âges la plus dominante était **2-5ans avec 52%**. La moyenne d'âges de notre étude était de **25,62±18,971mois**, avec les extrêmes d'âges de 1 **et 59 mois**. Par contre, d'autres auteurs tels que Traoré I [21], COULIBALY B[23]. KOUROUMA N [11]. TRAORE O[24], avaient

retrouvé une prédominance de la tranche d'âge de 0 à 5 ans. Ce phénomène s'explique naturellement par la vulnérabilité des enfants à cet âge, et leur sensibilité aux infections.

Dans notre étude, le sexe masculin était le plus dominant avec 65,6% de cas et le sex-ratio était de 1,9. Ce résultat est comparable à celui de Traoré I. [21] qui avait retrouvé, le sexe masculin majoritaire, soit 58,5%. Ce résultat est conforme à celui rencontré dans la littérature.

### **La Provenance**

La majorité des patients, venaient directement de la maison, soit 84,8% et 15,2%, ont été référés. Ce résultat est comparable à celui de Traoré I. [21] qui retrouvait respectivement 70,7% et 23,1%.

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

### **2-les caractéristiques cliniques**

#### **➤ Les motifs de consultation ou de référence**

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

La pâleur, soit 23.2% des cas ; les convulsions 20.0% ; le coma 19.2%, la fièvre soit 13.6% des cas ; 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, de méningite et les infections respiratoires évoqués dans notre étude.

#### **➤ Les Pathologies**

Les urgences pédiatriques sont de causes diverses et variées. Ainsi dans notre étude, les étiologies les plus rencontrées étaient : le neuropaludisme soit 27.2%, Paludisme grave forme anémique soit **20.0%**, la Méningite soit 16.8%, les Pneumopathies soit 11.22%. De plus, Traoré I. [21] avait retrouvé 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 [voir espace inter ligne]**

Le paludisme grave est la première cause d'urgence retrouvée avec 52% de nos urgences. Ce résultat est comparable à celui de Traoré I. [21] et DAFFE H. [14]. Ces deux études ont montré que le paludisme grave et compliqué était la première étiologie des urgences pédiatriques avec respectivement 70%, 70,5%. Au Bénin, également le paludisme grave constitue la première cause des urgences dans 56% des cas COULIBALY S [24]. Ces résultats confirment que le paludisme reste la première cause de morbidité chez les enfants en milieu hospitalier au Mali voire dans la zone tropicale. Le CSRéf Dans la pyramide sanitaire ; le CSRéf est une structure de niveau II. IL évacue au CHU les cas dont la prise en charge pourrait être difficile à son niveau. Ainsi, parmi les patients vus aux urgences qui ont été hospitalisés dans le service, quatorze (14) soit 11,2 % de décès ont été recensés, Cela témoigne de la gravité des cas. COULIBALY B avait relevé 74 décès, soit 19,4% de son effectif [12] ; Traoré I. [21] dans son étude avait trouvé 13% de décès dans son effectif. Par ailleurs nous n'avons pas retrouvé un lien statistiquement significatif entre le diagnostic retenu et le décès avec  $P=0,067$ . En revanche une relation a été établie entre le motif de consultation ou de référence et les décès avec  $P=0,02$ . En effet les enfants admis avec détresse respiratoire avaient plus de risque de décès que les autres enfants. La durée moyenne de séjour dans le service était en moyenne de 4 jours d'hospitalisation soit 60,8% ; ces résultats sont similaires à ceux de : B. COULIBALY [22], 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 DAFFE H [40] trouvait une durée moyenne de 3 jours. Dans notre série d'étude nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la durée d'hospitalisation et le nombre de décès avec  $P=0,00001$ . La plus part des enfants décèdent le premier jour de l'admission, ceci s'explique par le retard à la consultation.

*Epidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois à l'accueil de la consultation externe du service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf) commune V*

# CONCLUSION

## **VII- CONCLUSION**

Les urgences vitales pédiatriques sont assez fréquentes dans le service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune 5. Elles représentaient environ 5% de l'ensemble des consultations du service et la majorité des hospitalisations du service.

La tranche d'âge de 24 à 59 mois était la plus atteinte avec 51,2%.

Plusieurs facteurs étaient liés à la survenue et à la prise en charge urgente de ces urgences pédiatriques notamment : les retards de consultation, l'éloignement par rapport à l'hôpital, le mauvais traitement antérieur, l'évolution souvent imprévisible des affections infantiles et l'insuffisance de prise en charge en amont dans les structures périphériques.

Le paludisme grave et compliqué constituait la première cause de ces urgences pédiatriques avec 52% des cas suivi de la méningite 16%.

Le taux de mortalité était assez élevé (11,2%), surtout dans les 24 premières heures.

# RECOMMANDATIONS

## VIII- RECOMMANDATIONS

A la lumière de cette étude sur les urgences vitales, en vue d'une diminution de leur fréquence et d'une meilleure prise en charge, les

Recommandations suivantes s'imposent :

### ✓ **A la population**

- Eviter l'automédication et les traitements traditionnels souvent inefficaces
- Eviter le retard de consultation après le début d'une quelconque maladie.
- Appliquer des règles d'hygiène collective et individuelle.

### ✓ **Au CSRéf**

- La création d'une véritable salle de tri des urgences avec équipements adéquats.
- La dotation du service de pédiatrie d'un stock minimum des produits d'urgences.
- Mettre à la disposition des malades, des kits d'urgences à des prix abordables.
- Le renforcement du personnel de la pédiatrie.
- 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.

### ✓ **Au personnel sanitaire [ré organiser]**

- Organiser la référence des malades vers le service de pédiatrie.
- Eduquer les parents à l'utilisation des moustiquaires et rideaux imprégnés en vue de la lutte contre le paludisme.
- Entreprendre des campagnes d'information et d'éducation de la population sur la notion d'urgence et de gravité pour éviter le recours tardif aux unités de soins.
- Assurer une prise en charge correcte et spécialisée des urgences pédiatriques.

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1 ABDOUR.O.,etColl.**

Les urgences Pédiatriques au centre hospitalier de Libreville.

Méd.Afr.Noire 2002 49(11) :475-80.

### **2 ATAKOUMAD.Y.,GBETOGLOD.,TURSZA.,ASSIMADIJ.K.**

Etude épidémiologique de 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.,etColl.**

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., PORTEJ., BONJ.C., RODIERJ.**

Rôle du paludisme dans les convulsions fébriles chez l'enfant à Pointe-Noire.

Arch.Franç.Péd.1991;48:665-8

### **5 ATANDA H.L.,PORTEJ.,RODIERJ.,BONJ.C.,SENGAP.,KUAKUVIN.**

Mortalité et morbidité infantiles sur une population d'un service médical

à Pointe-Noire. Médecine.Afr.Noire :1991(114)pp.24-35

### **6- BLANCHARD B.**

Infection à V.R.S chez l'enfant Arch. Péd. Franç. 1994 ; 8:738-745.

### **7- 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,

### **8-BLANCHARD B.**

Infection à V.R.S chez l'enfant Arch. Péd. Franç. 1994 ; 8:738-745.

### **9- ATANDA H.L., PORTE J., RODIER J., BON J.C., SENGA 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

**10- ATANDA H.L, et Coll.**

Place des urgences médicales pédiatriques dans un service médical à Pointe-Noire.

Médecine AfrNoire : 1994,41(1) pp.17-20

**11- 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

**12- COULIBALY.BREHIMA**

Urgences médicales dans le service de pédiatrie du CHU-GT Thèse de Med. Bamako, 2006-N°265

**13- GILBERT HUAULT, BERNARD LABRUNE.**

Urgences pédiatriques. Médecine- Sciences (Flammarion). 3è édition, Paris, 1988

**14- Consultations pédiatriques urgentes”.**

Revue médicale de la Suisse romande 121,305-307,2001

**15- N.K. KUAKUVI, S.L. MARTIN, H. D. SOW, M.G. SALL.... M. FALL.**

Les urgences médicales pédiatriques à l'Hôpital d'enfants d'Albert Royer-Dakar : aspects épidémiologiques et thérapeutiques.

**16- GILBERT HUAULT, BERNARD LABRUNE.**

Urgences pédiatriques. Médecine- Sciences (Flammarion). 3è édition, Paris, 1988

**17-FELIX A. HAZOUME.**

Urgences pédiatriques Laboratoire Synthélabo France, 1992.

18-Urgences pédiatriques : prise en charge pré hospitalière. Revues médicales de la Suisse romande, 119,11-21,1999

**19-Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans.**

<http://orumig.com/docs/jeunenf.pdf>.

20- **ERIC PICHARD, JEAN BEYTOUT, JEAN DELMON, BRUNO MACHOU.** MALINTROP Afrique. Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique. Edition JonhLibbeyEurotext, Paris, 2002

21-Rapport au parlement sur la sécurité sociale. Cours des comptes. Les éditions des journaux officiels. Sept 2002 : 358- 368, Paris

#### **14 DAFFE H.**

Urgences pédiatriques au service de pédiatrie de l'hôpital régional Nianankoro Fombade ségou. Thèse Méd. Bamako; 2006. N°159

#### **15 DANV., HAZOUMEF.A., AYIVIB., DOUMAKPAISS.,**

Prise en charge des urgences d'un 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 suicide venant à l'âge adulte.  
Pub.

«Urgences Pratiques»: 16 juin 1999, Mise en ligne le 5 Fév. 2001. [www.snpeh.org/sneph\\_urgence\\_cau\\_html](http://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 IG05, 4-1990

#### **18 DEVICTORD.**

Urgences en Pédiatrie: données chiffrées. In: Journées parisiennes de pédiatrie Paris, Flammarion. Médecines-Sciences, 1994:381-6.

**19 DOUMBIAM.N.**

P.C.I.M. Edans leservice deconsultationexternepédiatriquedel'H.G. T

Thèse Méd. BKO 2001. N° 119

**20 GILBERTH., LABRUNEB.**

Urgences Pédiatriques

Flammarion, Médecine-Sciences 3<sup>ème</sup> édition, Paris, 1988; 60-67.

**21 GLOT SERD, SAGERA, SOCOLARD, WEITZMANM.**

Prior approval in the pediatric emer

gency room. Pediatrics, 1991 ; 88

: 674-80.

**22- TRAOREI.**

Les Urgences Pédiatriques dans le Service de Pédiatrie du CSRéf-CV.

Thèse de médecine Bamako 2010-2011

**23- COULIBALY B.**

Urgences médicales dans le service de pédiatrie du CHU-GT

Thèse de Med. Bamako, 2006-N° 265

**24- TRAORE O.**

Les Prescriptions d'urgences en pédiatrie au C.H.U-G.T.

Thèse de Pharmacie Bamako, 2005 ; N° 71

**25- 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

**26 GRIMPREL E., QUINTET B.**

Les intoxications chez l'enfant.

Poly\_TounianP : 517-27

[www.chusa.jussieu.fr/pedagogie/dcem3/pediatrie/poly\\_tounian\\_v3.pdf](http://www.chusa.jussieu.fr/pedagogie/dcem3/pediatrie/poly_tounian_v3.pdf) : (30-07-2011)

**27-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

**28-HANTSON P., BAUD F.**

Intoxications aiguës médicamenteuses.

E.M.C, (Paris France) 1995, P28.27-GRIMPREL E., QUINTET B

[www.keneya.net/fmpos/these/med/2006/pdf/06265.pdf](http://www.keneya.net/fmpos/these/med/2006/pdf/06265.pdf) : 08-07-2012 à 02H53min

**29 HAZOUME F.A., POHLMANN A., BABA MOUSSA A.**

Urgences Pédiatriques à Cotonou.

Méd. Afr. Noire 1977 (16) :148. Pp 149 -153.

30-HAZOUME F.A., et Laboratoire Synthélabo-France.

Urgences Pédiatriques. Paris : laboratoires synthelab ; 1992.106p

**31-HUE V., WALTER-NICOLET E., MARTINOT A.,**

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

**32- 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

Thèse Méd Bamako. 2003. N°73

**34-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)

**35-LAVAUD J. LOMBRIL P., ALFARO C., VITOUX-BROT., BRODIN M., BOURRILLON A.,**

Intoxications aiguës de l'enfant, EMC med. Chirurgie, Ed. Scientifiques et médicales Elsevier. Pédiatrie, 4125, A-15, 2002, 23p

**36-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.

**37 MALI breaking news [en ligne]. The world fact book**

Disponible : <http://www.einnews.com/mali/frames/country.> : (30-07-2011)

**38-MALONE R.E.,**

Heavy use of emergency services social construction of policy problème. Soc. Sci. Méd. 1995 ; 40 :469-77.

**39-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)

**40- MOLYNEUX M, MARSH K, 40**

Epidemiological aspects of severe and, complicated malaria research needs. Apply. Field. Res. Malaria 1991, 2 : 6-8.

**41-MOYEN G., HINDA H., MBIKA-CORDORELLE., OKOKO A.R., OBENGUI.**

Urgences médicales en Réanimation.

Méd. Afr. Noire 2004 (5) : 665-66,9

*Epidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois à l'accueil de la consultation externe du service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf) commune V*

**42-OUOLOGEM B. 6**

Epidémiologie des urgences Pédiatriques au service des urgences-réanimations de l'H.G. T Thèse

Med. Bamako ; (1996) N°36.

**43- REFABERT L., LANGLAIS S. 35**

Préparation au concours d'internat Pédiatrie.

Collection ellipses. P : 60-67(7)

**44-TRAORE O. AMINATA 13**

Les Prescriptions d'urgences en pédiatrie au C.H.U-G.T. Thèse de Pharmacie  
Bamako, 2005 ; N°71

# ANNEXES

## X. ANNEXES

### Fiche d'enquête

**Epidémiologie des urgences vitales pédiatriques chez les enfants de 1 mois à 59 mois à l'accueil de la consultation externe du csréf commune 5**

#### A. Identification de l'enfant :

**-Nom et prénom :**

.....

**-Age / / 1 : 1 à 6mois 2 : 6 à 2ans 3 : 2 à 5ans**

**-Sexe / / 1 : Masculin 2 : Féminin**

**-Ethnie/ / 1 : Bambara 2 : malinké 3 :Sarakolé  
4 : Peulh**

**5 :Sonrhäi 6 : Senoufo 7 :Bozo  
8 : Dogon**

**9 :Mianka 10 : Kassouké 11 : Autres**

**-Résidence/ / 1 : commune 1 2 : commune 2 3 : commune  
3 4 : commune 4**

**5 : commune 5 6 : commune 6 7 : hors  
bamako**

**-Provenance/ / 1 : Asacotoqua 2 : Asacoda 3 : Adasco  
4 : Asacogua**

**5 : Sab1 6 : Sab2 7 : Sab3 8 :  
Asacobadji 9 : Hors C5**

10 : Ascoda

11 : Asacokaner

12 : PMI

badala

**B : Arrivée et circonstance d'arrivée au CREF**

**\_Date d'arrivée**      **Jour/**    /      **Mois/**    /      **Année/**  
/

**-Heure d'admission**    **Heure/**    / / /      **Minutes/**    / / /

**-Comment le patient est il arrivé aux urgences ?**    /    /

**1 : Moyens propres**      **2 : Protection civile**      **3 : Ambulance d'une structure**  
**4 : Autres**

**.Préciser**

.....

**-Durée estimative du transfert/**    /

**1 : Inf à 30min**      **2 : 30min à 1h**      **3 : 1h à 2h**      **4 :**  
**Sup à 2h**

**-Motif de consultation**

**1 : Accident de la voie publique**      **2 : Accident domestique**      **3 :**  
**Convulsion**      **4 : Coma**

**5 : Agitation**      **6 : Détresse respiratoire**      **7 : Paleur**      **8 :**  
**Diarrhée /Déshydratation**

**9 : Dénutrition**      **10 : Autres**

**.Préciser.....**

.....

**-Le patient a-t-il été adressé /**    /      **1 : Oui**      **2 : Non**

Si oui par qui ? / / 1 : Médecin de ville 2 : CSEF 3 : Cscm  
4 : Cabinet Médical

5 : Clinique privée 6 : Pharmacie

-Le motif de transfert / /

1 : Une prise en charge adéquate 2 : Manque de place 3 :  
Compléter la prise en charge et ou émettre un avis 4 : Absence  
de personnel qualifié 5 : Plateau technique insuffisant 6 :  
Autes

.Préciser.....  
.....

\_Traitement antérieur/ /

1 : Médical 2 : Traditionnel 3 : Automédication  
4 : Aucun 5 : (1+2) 6 : (1+3)  
7 : (2+3)

### C.Examen clinique

#### Examen général

-Les paramètres du malade :

.Poids/ / . Température axillaire/ / .Taille/ /

.PB/ /

.FC/ / . FR/ /

\_Etat général/ / 1 : Bon 2 : Passable 3 : Altéré

-Les signes physiques :

.Conscient/ / 1 : Oui 2 : Non

- . Convulsion/ / 1 : Oui 2 : Non
- . Bombement de la fontanelle/ / 1 : Oui 2 : Non
- .Raideur de la nuque/ / 1 : Oui 2 : Non
- . Hyperesthésie cutanée/ / 1 : Oui 2 : Non
- .Agitation/ / 1 : Oui 2 : Non
- .Pâleur / / 1 : Oui 2 : Non
- .Ictère/ / 1 : Oui 2 : Non
- .détresse respiratoire / / 1 : Oui 2 : Non
- .Cyanose/ / 1 : Oui 2 : Non
- Examen pulmonaire / / 1 : Normal 2 : Anormal
- Si anormal  
préciser.....
- Examen cardiaque : 1 : Normal 2 : Anormal
- Si anormal  
préciser.....
- Pli de déshydratation/ / 1 : Oui 2 : Non
- Pli de dénutrition/ / 1 : Oui 2 : Non
- Odoemes/ / 1 : Oui 2 : Non
- Hépatomégalie/ / 1 : Oui 2 : Non
- Splénomégalie/ / 1 : Oui 2 : Non

**D.Prise en charge du patient**

### 1. Geste de réanimation

\_Oxygénation/ / 1 : Oui 2 : Non

\_Aspiration/ / 1 : Oui 2 : Non

Ventilation/ / 1 : Oui 2 : Non

### 2. Traitement d'urgence

-Diazépan/ / 1 : Oui 2 : Non

\_Gardénal/ / 1 : Oui 2 : Non

\_Paracétamol inj / / 1 : Oui 2 : Non

-Corticoïde/ / 1 : Oui 2 : Non

-Bronchodilatateur/ / 1 : Oui 2 : Non

-Sang/ / 1 : Oui 2 : Non

Autres à préciser.....

### 3. Défaut de prise en charge d'urgence/ /

1 : Difficulté financière 2 : Retard de paiement du produit

3 : Absence du produit

4 : Absence de matériel de réanimation

### 4. Les examens complémentaires réalisés

-TDR/ / 1 : Oui 2 : Non

Si oui résultat

-GE/ / 1 : Oui 2 : Non

**Si oui résultat**

**-Glycémie/ / 1 : Oui 2 : Non**

**Si oui résultat**

**-TX D'HB/ / 1 : Oui 2 : Non**

**Si oui résultat**

**-Groupage rhésus/ / 1 : Oui 2 : Non**

**-ECBC du LCR/ / 1 : Oui 2 : Non**

**Si oui résultat**

**-NFS/ / 1 : Oui 2 : Non**

**Si oui résultat**

**-CRP/ / 1 : Oui 2 : Non**

**Si oui résultat**

**-Rx thorax de face/ / 1 : Oui 2 : Non**

**Si oui résultat**

**Autres/ / A**

**préciser.....**

**5.Diagnostic retenu/ /**

**1.Neuropaludisme 2. Palu grave forme anémique 3.**

**Méningitge 4. Pneumopathie**

**5.Bronchiolite 6. Intoxication 7.**

**Diarrhée/Déshydratation sévère 8. Autres**

A

préciser.....  
.....

### 6. Les médicaments utilisés pour le traitement curatif

-Les antipaludiques/ / 1 : Oui 2 : Non

-types d'antipaludiques/ / 1 : Artesunate 2 : Artemether  
3 : Quinine

-Les antibiotiques/ / 1 : Oui 2 : Non

-Types d'antibiotiques/ / 1 : Ceftriaxone 2 : Gentamycine  
3 : Amoxicilline

4 : Ceftriaxone+gentamycine 5 : Amoxicilline+gentamycine 6  
: Autres

A

préciser.....  
.....

7. Le nombre du jour de traitement/ /

### 8. Devenir immédiat du patient

1. Retour à domicile 2. Décédé 3. Evadé 4. Référé  
5. Sortie contre avis médical

## **FICHE SIGNALETIQUE**

Nom : Cissé

Prénom : Boubou

Titre de la thèse : Epidémiologie des urgences vitales chez les enfants de 1 à 59 mois à l'accueil de la consultation externe du service de pédiatrie du CSref commune 5

Année universitaire : 2017-2018

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et  
D'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Pédiatrie

Résumé : Il s'agissait d'une retro prospective qui s'est déroulée de janvier 2016 à décembre 2017 à propos de 125 cas d'urgences. Elle avait comme but d'étudier les urgences pédiatriques.

De cette étude, il est ressorti que *la tranche d'âges la plus dominante était 24-59 mois avec 51,2%* avec une prédominance masculine.

Les états cliniques les plus fréquents étaient : la pâleur (23,2%), les convulsions (20%) et les comas (19%).

Le paludisme compliqué avec 52% de cas, première cause de convulsion, d'anémie, de coma et premier diagnostic retenu.

La mortalité globale est de 11,2% avec comme première cause les pathologies respiratoires.

L'optimisation de la prise en charge de ces urgences passe par l'éducation de la population sur la nécessité d'une consultation précoce, l'amélioration des premiers niveaux de soins.

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