

ETUDE RÉTROSPECTIVE DES URGENCES CHIRURGICALES VISCÉRALES DE L'ENFANT AU CHU DE BRAZZAVILLE (CONGO)

J.R. MABIALA-BABELA, N. PANDZOU, E. KOUTABA, S. GANGA-ZANDZOU, P. SENG

Med Trop 2006; **66** : 172-176

RÉSUMÉ • Apprécier la fréquence des urgences chirurgicales viscérales de l'enfant et en identifier les différentes causes d'une part, évaluer leur pronostic d'autre part. L'étude, rétrospective, a concerné les enfants âgés de 1 mois à 15 ans hospitalisés dans le service de Chirurgie pédiatrique du CHU de Brazzaville (Congo) et ayant une urgence chirurgicale viscérale. Sur 206 (14,1 %) enfants admis pour une urgence chirurgicale viscérale, 185 ont fait l'objet de l'étude. Parmi les 185 enfants ayant une urgence chirurgicale viscérale, il existait une prédominance masculine (67 %). La plupart des patients (71,3 %) était âgée de plus de 5 ans. Les causes des urgences chirurgicales viscérales étaient représentées par les appendicites aiguës (30,3 %), les péritonites (28,1 %), les hernies étranglées (22,2 %), les contusions abdominales (7,6 %), les invaginations intestinales (6,4 %), les autres causes d'occlusions (2,7 %) et les plaies abdominales (2,7 %). Les péritonites étaient imputées à une perforation appendiculaire dans 76,9 % des cas ; les hernies étranglées étaient inguinales (70,7 %) et ombilicales (29,3 %) ; l'invagination intestinale, idiopathique dans tous les cas, s'observait volontiers chez les moins de 6 mois (58,3 %). Les suites opératoires ont été simples dans 82,4 % des cas, compliquées dans 17,6 % des cas ; 8 décès (4,3 %) ont été enregistrés. En cas de décès, le délai de recours était supérieur à 3 jours dans 87,5 % des cas et le délai de prise en charge supérieur à 6 heures pour tous. Un diagnostic plus précoce et une prise en charge initiale plus prompte constituent des facteurs d'amélioration du pronostic des urgences chirurgicales viscérales.

MOTS-CLÉS • Urgence chirurgicale viscérale - Enfant - Brazzaville

.....
RETROSPECTIVE STUDY OF VISCERAL SURGICAL EMERGENCIES IN CHILDREN AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF BRAZZAVILLE (CONGO)

ABSTRACT • The purpose of this study was to estimate the incidence of visceral surgical emergencies in children and to determine the main causes and their prognoses. A retrospective study was carried out among children ranging from 1 month to 15 years who underwent emergency visceral surgery in the pediatric surgery unit of the University Hospital Center in Brazzaville, Congo. A total of 185 of the 206 children (14.1 %) admitted for emergency visceral surgery were included in the study. The study population was predominantly male (67 %). Most patients (71.3 %) were over 5 years of age. The main indications for visceral surgery were acute appendicitis (30.3 %), peritonitis (28.1 %), strangulated hernia (22.2 %), abdominal contusion (7.6 %), intussusception (6.4 %), other causes of intestinal obstruction (2.7 %), and abdominal wounds (2.7 %). Peritonitis was due to ruptured appendix in 76.9 % of cases. Strangulated hernias were inguinal in 70.7 % of cases and umbilical in 29.3 %. Intussusception was idiopathic in all cases and usually observed in infants under 6 months of age (58.3 %). Postoperative recovery was uneventful in 79.5 % of cases and complicated in 16.2 %. Eight deaths (4.3 %) were recorded. For the patient that died, the delay between initial symptoms and admission was longer than 3 days in 87.5 % of cases and the interval for surgical treatment was longer than 6 hours in all cases. Early diagnosis and prompt surgical treatment are favorable prognostic factors for the outcome of emergency visceral surgery.

KEY WORDS • Emergency visceral surgery - Children - Brazzaville, Congo.

En milieu hospitalier, les urgences chirurgicales occupent habituellement une place différente de celle des urgences médicales. En France, en 2002, sur 3,5 millions de passages d'enfants par an à l'accueil, 60 % étaient des urgences médicales et 40 % des pathologies chirurgicales (1). Il en est de même en Afrique où la situation sanitaire de l'enfant demeure pourtant préoccupante à cause d'une mortalité encore effroyable, mais les urgences chirurgicales occupent une place

marginale par rapport aux urgences médicales. C'est ainsi que les travaux relatifs aux urgences pédiatriques en abordent surtout les aspects médicaux. Parmi les rares enquêtes disponibles, celle réalisée à Libreville au Gabon évalue les urgences chirurgicales et traumatiques à 11 % de toutes les urgences (2). Notre étude, la première au Congo, s'assigne comme but de caractériser les urgences chirurgicales viscérales de l'enfant au CHU de Brazzaville, en dehors de la période néonatale.

• Travail du Service de pédiatrie-nourrissons (J.R.M-B., N.P., S.G-Z., P.S., Pédiatres) et de Chirurgie pédiatrique (E.K., Chirurgien pédiatre), Centre Hospitalier Universitaire, Brazzaville, Congo.

• Correspondance : J.R. MABIALA-BABELA, Service de Pédiatrie Nourrissons, CHU, BP. 32, Brazzaville, Congo.

• Courriel : j.mabiala.babela@camail.com •

• Article reçu le 20/01/2005, définitivement accepté le 21/03/2006.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude, rétrospective et exhaustive, qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2003 au CHU de Brazzaville, dans le service de Chirurgie Pédiatrique. Le service de Chirurgie Pédiatrique, d'une capacité de 25 lits,

est dirigé par un chirurgien pédiatre assisté de deux chirurgiens généralistes. Les patients admis dans ce service proviennent majoritairement des autres formations sanitaires de la ville ou de l'intérieur du pays, via les urgences chirurgicales ; mais ils sont adressés parfois par les services de pédiatrie et des consultations externes du CHU. Le service des urgences chirurgicales accueille et prend en charge tous les cas chirurgicaux qui nécessitent des soins d'urgence. La garde y est assurée par des équipes de deux médecins en formation postdoctorale de chirurgie générale.

En postopératoire immédiat, les malades sont adressés dans le service de soins intensifs pédiatriques pour des soins de réanimation. Enfin, certaines urgences telles que les ingestions de produits caustiques sont directement prises en charge par le service d'ORL.

Le plateau technique est doté d'un laboratoire multidisciplinaire et d'un service d'imagerie médicale (radiographie, échographie, tomodensitométrie). Mais la disponibilité des examens dans le temps s'avère aléatoire. Par ailleurs, l'analyse bactériologique se résume à l'examen direct du produit de prélèvement après coloration au Giemsa. Enfin, le dosage d'antigènes solubles et la culture ne peuvent être réalisés. Le recours à l'antibiothérapie, était systématique. Selon les cas, les céphalosporines de troisième génération, l'amoxicilline, l'association amoxicilline-acide clavulanique ou l'oxacilline associée ou non à un aminoside et tantôt au métronidazole, étaient les molécules utilisées.

L'étude concernait les enfants âgés de 1 mois à 15 ans, admis pour une urgence chirurgicale viscérale (UCV). Seuls ont été retenus les enfants dont les dossiers étaient exploitables.

Les variables étudiées étaient le sexe, l'âge, le délai de recours au CHU, les causes des UCV, le délai de prise en charge chirurgicale par rapport à l'admission et les modalités thérapeutiques et évolutives.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 1461 enfants (63,7% de garçons) étaient admis dans le Service de Chirurgie Pédiatrique. Parmi eux, 206 (14,1%) présentaient une UCV. Cependant, seuls 185 ont obéi aux critères d'éligibilité et constitué l'échantillon du présent travail.

La plupart (124 cas soit 67%) étaient de sexe masculin. L'âge était inférieur à 1 an dans 26 cas (14,1%), compris entre 1 et 5 ans, 27 cas (14,6%), entre 6 et 10 ans, 55 cas (29,7%), et entre 11 et 15 ans, 77 cas (41,6%). Les extrêmes étaient de 2 mois et de 15 ans, et l'âge moyen de 8,3 ans.

LES CAUSES DES UCV

Les appendicites aiguës, les péritonites et les hernies étranglées constituaient les principales UCV (Tableau I).

Les appendicites

Les appendicites s'observaient surtout chez le garçon, 34 cas (60,7%). La plupart des cas survenaient chez des

enfants âgés de plus de 5 ans : 20 cas (35,7%) entre 6 et 10 ans, 35 cas (62,5%) entre 11 et 15 ans. Les signes les plus fréquents en étaient la douleur de la fosse iliaque droite associée à une défense localisée (100%), la fièvre (89,2%), la constipation (89,2%) et les vomissements (78,2%). La plupart de ces enfants, 36 cas (66,1%) étaient opérés pendant la garde. Les examens complémentaires (hémogramme, abdomen sans préparation, échographie) étaient rarement demandés. Néanmoins, cinq enfants avaient eu une laparotomie blanche. Ces cas n'étaient pas comptabilisés parmi les appendicites et provenaient tous des urgences chirurgicales. Il s'agissait plutôt d'une adénolymphite mésentérique dans 3 cas, d'une salpingite dans 1 cas et d'une diverticulite de Meckel dans 1 cas. En revanche, une erreur diagnostique de départ a contribué à allonger le délai de prise en charge de plus de 24 heures dans 13 cas. Le compte rendu opératoire révélait les lésions appendiculaires suivantes : une suppuration (78,5%), un catarrhe (12,5%) et une gangrène (9%). Les cas de suppuration appendiculaire ne s'accompagnaient pas de péritonite.

Les péritonites

Les péritonites (52 cas) affectaient majoritairement l'enfant de plus de 5 ans (89,5%) et surtout les garçons (57,7%). Elles se manifestaient par une douleur abdominale diffuse et une contracture généralisée dans tous les cas. Le plus souvent secondaires (48 cas, soit 92,3%), elles étaient liées avant tout à une perforation appendiculaire avec 40 cas (76,9%). Ailleurs (13,5%), la péritonite faisait suite à une perforation intestinale d'origine infectieuse mais, sans que le germe n'ait été identifié. Enfin, dans un cas elle compliquait une omphalite. Les péritonites primitives étaient rares (7,7%). Au total, les appendicites avec ou sans perforation, représentaient avec 96 cas (52%), la première cause des UCV.

Les hernies étranglées

Les hernies étranglées (41 cas) représentaient 19,3% des 212 hernies opérées dans le service. Leur siège était inguinal dans 29 cas (70,7%), ombilical dans les autres cas. Les hernies inguinales se rencontraient préférentiellement chez le garçon (96,5%). L'âge des patients oscillait entre 2 mois et 15 ans. Il était inférieur à 1 an (44,8%), compris entre 1 et 5 ans (31%) et supérieur à 5 ans (24,2%). Les hernies ombilicales étranglées, 12 cas, s'observaient chez les enfants âgés de plus de 12 mois ; 10 d'entre eux avaient entre 1 et 5 ans.

Les contusions abdominales

Les contusions abdominales (14 cas) prédominaient chez le garçon (85,7%), surtout âgé de plus de 5 ans (92,9%). Elles étaient provoquées par une chute du haut d'un arbre (57%), un accident de la voie publique (21,5%) ou une agression physique (21,5%). La laparotomie objectivait une rupture de la rate de type II, III et IV de la classification de Barnett avec 4 cas chacun ; elle révélait également une plaie étoilée du foie (1 cas), une brèche du péritoine pariétocolique (1 cas).

Tableau I - Principales caractéristiques des UCV de l'enfant au CHU de Brazzaville

Etiologies	Effectifs n (%)	Sex ratio (M/F)	Age moyen ± ET (ans)	Interventions n (%)	Complications postopératoires (1) n (%)	Décès (2) n (%)
Appendicites aiguës	56 (30,3)	1,5	11,1 ± 2,7	56 (100)	5 (8,9)	1 (1,8)
Péritonites	52 (28,1)	1,4	10,7 ± 4,0	52 (100)	21 (40,4)	3 (5,8)
Hernies étranglées	41 (22,2)	3,1	7,8 ± 4,5	38 (92,7)	2 (5,3)	2 (4,9)
Contusions abdominales	14 (7,6)	6	9,5 ± 2,8	14 (100)	1 (7,1)	2 (14,3)
Invaginations intestinales	12 (6,4)	3	8,0 ± 0,5	12 (100)	2 (16,7)	-
Occlusions intestinales	5 (2,7)	1,5	9,4 ± 4,8	5 (100)	-	-
Plaies abdominales	5 (2,7)	5	6,2 ± 2,4	5 (100)	1 (20)	-

(1) : Complications postopératoires (32 cas) :

- Suppurations pariétales = 24 cas : péritonites (17 cas), appendicites (4 cas), invaginations intestinales (2 cas) et plaies abdominales (1 cas)
- Choc septique = 4 cas : péritonite (3 cas), appendicite (1 cas)
- Choc hypovolémique = 3 cas : péritonite (1 cas), hernie étranglée (2 cas)
- Anémie post hémorragique = 1 cas (contusion abdominale)

(2) Décès = 8 cas : choc septique (4 cas), choc hypovolémique (3 cas), anémie post hémorragique (1 cas)

L'invagination intestinale

L'invagination intestinale aiguë (12 cas) concernait particulièrement le garçon (75 %) et l'enfant de moins de 6 mois (58,3 %). L'âge moyen était de 8 ± 0,5 ans. Les principaux signes cliniques étaient représentés par la douleur (100 %), les vomissements (75 %), le refus de téter (75 %) et la rectorragie (66,7 %).

Aucun cas de laparotomie blanche n'a été retrouvé. Cependant, une hésitation diagnostique a été signalée dans 3 cas, responsable d'un retard thérapeutique supérieur à 24 heures. Dans tous les cas, l'absence d'un lavement baryté (panne de l'appareil), et d'une échographie abdominale concluante en étaient la cause. Enfin, au cours de la même période, 3 enfants ont bénéficié, à tort, d'une échographie abdominale en urgence avec lavement baryté chez un enfant, pour suspicion d'invagination intestinale.

Les lésions siégeaient au niveau iléocoecal (6 cas), iléoiléal (2 cas), iléocoecocolique (2 cas) et iléocolique (2 cas). Dans tous les cas, il s'agissait d'une invagination intestinale idiopathique.

Les autres causes des UCV

Les occlusions intestinales aiguës (5 cas), autres que les invaginations intestinales, résultaient d'une bride post-opératoire de l'intestin grêle (4 cas) ; la cause était inconnue dans 1 cas. Les plaies abdominales (5 cas) s'accompagnaient toutes d'une éviscération. L'agent vulnérant était une arme blanche (3 cas), une arme à feu (1 cas) et une souche de bois (1 cas).

MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Parmi tous les patients, 182 (98,4 %) ont été opérés en urgence. La voie d'abord en cas de péritonite était d'emblée une coeliotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Quand la péritonite était en rapport avec une perforation intestinale, en plus d'une appendicectomie de principe systématique, une iléostomie latérale par extériorisation de la perforation était pra-

tiquée dans 6 cas. Les autres cas ont bénéficié d'une résection intestinale avec anastomose termino-terminale. Trois hernies étranglées ont bénéficié d'une simple réduction manuelle sous anesthésie générale. Il s'agissait dans les trois cas d'une hernie ombilicale. L'évolution dans tous les cas était favorable.

Le délai de prise en charge était inférieur à 6 heures dans 34,1 %, compris entre 6 et 24 heures dans 54,1 % et supérieur à 24 h dans les autres cas (11,8 %). Le retard dans la prise en charge (délai supérieur à 6 heures) était imputable à une hésitation diagnostique, 16 cas (8,6 %), au manque de moyens financiers par les parents, 85 cas (46 %) et aux problèmes organisationnels, 21 cas (11,4 %). En postopératoire, une antibiothérapie était systématiquement utilisée, soit parce que le tableau clinique s'y prêtait, soit parce que les mesures d'asepsie étaient incertaines. Ainsi, dans les péritonites et les appendicites, on avait recours, selon les cas et les disponibilités financières, à l'amoxicilline (200 mg/kg/j), à l'oxacilline (200 mg/kg/j) ou au ceftriaxone (75 à 100 mg/kg/j) associée à la nétilmycine (6 mg/kg/j) pendant 5 jours et au métronidazole (40 mg/kg/j). Dans tous les cas, la durée du traitement n'excédait pas 10 jours. Dans les autres cas, une monothérapie à base d'amoxicilline, d'oxacilline ou d'amoxicilline-acide clavulanique était utilisée.

ÉVOLUTION

Les suites opératoires ont été simples dans 150 cas (82,4 %) et compliquées dans 32 cas (17,6 %) ; 8 décès (4,3 %) ont été enregistrés. La morbidité post-opératoire (32 cas) était dominée par les suppurations pariétales, 24 cas (75 %), observées surtout en cas de péritonites, 17 cas (70,8 %). Parmi ceux-là, 8 cas étaient attribués à une antibiothérapie insuffisante du fait des moyens financiers limités des parents. Le décès était survenu après une péritonite (3 cas), une appendicite (1 cas), une hernie étranglée (2 cas) ou une invagination intestinale (2 cas). En cas de décès, l'âge des enfants était inférieur à 6 ans dans 5 cas (62,5 %), le délai de recours égal ou supérieur à 3 jours dans 7 cas (87,5 %) et le délai de prise en charge supé-

rieur à 6 heures dans tous les cas. Le décès était attribué à un choc septique (4 cas dont un au décours d'une appendicectomie, probablement par lâchage du moignon), un choc hypovolémique (3 cas) et une anémie post-hémorragique (1 cas). Le choc septique dans 3 cas survenait chez des enfants ayant présenté une péritonite par perforation intestinale (probablement d'origine typhique) et dont la prise en charge postopératoire était insuffisante (manque d'antibiotiques et de solutions de remplissage). La durée moyenne d'hospitalisation était de 9 jours pour l'ensemble des patients et de 22 jours en cas de suppuration pariétale.

DISCUSSION

Les urgences chirurgicales viscérales représentent à Brazzaville 14,1 % des admissions du Service de Chirurgie Pédiatrique. Elles concernent essentiellement le garçon avec 67 % des cas et affectent surtout les enfants de plus de 5 ans, à l'exception des hernies étranglées et des invaginations intestinales. L'âge moyen global de nos patients (8,3 ans), est proche de celui rapporté par Cau *et Coll* en France (1).

La plupart des patients (70,3 %) sont admis plus de 24 heures après l'apparition des premiers symptômes. Le retard à la consultation, habituel en Afrique, est imputable principalement à des facteurs culturels (croyances et coutumes), et surtout économiques (2, 3). En effet, en l'absence de système de protection sociale, toutes les dépenses de santé au CHU (consultation, examens complémentaires, produits pharmaceutiques) sont totalement à la charge des malades. Certes, selon le rapport mondial sur le développement humain de l'an 2000, l'indice de développement humain du Congo, de 0,507 en 1999 était supérieur à la valeur moyenne en Afrique subsaharienne; mais la moitié des ménages congolais vivent actuellement au-dessous du seuil de pauvreté (4). De plus, cet indice a baissé de près de 12 % ces trois dernières années (5). Ainsi, les frais d'hospitalisation représentent alors une charge économique difficile, voire impossible à assurer. Ceci concourt non seulement à allonger le délai de recours à l'hôpital, mais aussi à augmenter le retard dans la prise en charge au sein de l'hôpital. En outre, l'éloignement et/ou l'enclavement de certaines zones géographiques constituent également une cause de retard dans le recours à l'hôpital.

Des déficiences dans la prise en charge initiale ont été également signalées dans cette étude. Les causes de celles-ci sont à rechercher à trois niveaux. D'abord, est incriminée l'insuffisance du plateau technique, source d'erreurs diagnostiques. En effet, l'allongement du délai de prise en charge du fait d'une hésitation diagnostique rapporté dans trois cas d'invagination intestinale aiguë aurait pu être évité si le plateau radiologique était performant. Ensuite, interviennent les déficiences organisationnelles de la garde de chirurgie en rapport avec le déficit en personnel qualifié, source de retard diagnostique, la précarité du plateau technique, mais aussi et surtout le caractère discontinu des prestations de qualité dans d'autres services médicotecniques (radiologie, laboratoire). Enfin, se surajoute le coût prohibitif de certains examens com-

plémentaires eu égard au niveau socioéconomique globalement bas du congolais.

L'appendicite aiguë constitue la première cause des UCV chez l'enfant, comme le relèvent également de nombreux auteurs. Cependant, sa fréquence est diversement appréciée : 30,3 % à Brazzaville et 10,39 % à Lomé (6), puis 42,5 % au Liban (7). Des différences dans le recueil des données pourraient expliquer ces divergences : en effet, certains auteurs (7) comptabilisent les péritonites appendiculaires parmi les appendicites.

L'appendicite affecte surtout le garçon, comme le signalent aussi Siegal *et Coll* (8). En revanche, d'autres (9) relèvent une égale distribution entre les deux sexes. L'appendicite s'avère rare avant 5 ans : 1,8 % dans notre série, 1 % pour Siegal *et Coll* (8) et 4 % pour Adejuyigbe *et Fadiran* (9).

La rareté de l'appendicite chez le très jeune enfant s'explique classiquement par trois principaux facteurs (10) : l'immaturité du système lymphoïde appendiculaire, la persistance de la forme fœtale de l'appendice en cône avec une large ouverture dans le cæcum au cours des douze premiers mois, et enfin la position couchée du nourrisson. Ces deux derniers éléments prédisposent moins à la survenue d'un obstacle intraluminal. En l'absence de complication à type de péritonite (un cas dans notre série), le pronostic de l'appendicite est favorable comme le signalent la majorité des auteurs (6, 8, 9).

Les péritonites, deuxième cause des UCV, sont le plus souvent secondaires. Elles résultent surtout des perforations appendiculaires; quelques auteurs (11) signalent cependant une prédominance des perforations intestinales. L'origine typhique est la plus souvent incriminée en Afrique (11,12). D'ailleurs, dans notre série, tous les cas de perforation intestinale survenaient dans un contexte infectieux. Les péritonites primitives, en l'absence de facteur étiologique intraluminal évident, s'avèrent rares : 3,6 % et 4,15 % respectivement pour Freij *et Coll* (13) et Tekou *et Coll* (6). La péritonite primitive est souvent monomicrobienne. Les Gram positifs tels le streptocoque et le pneumocoque sont classiquement les germes les plus fréquemment rencontrés (14, 15).

L'étranglement de la hernie inguinale est d'autant plus fréquent que le sujet est jeune. Le tiers de nos patients et de ceux de Levard *et Aigrain* (16) et de Harouna *et Coll* (17) ont moins d'un an. La hernie ombilicale s'étrangle exceptionnellement en Europe : 1/1500 cas pour certains (18), 1 % pour d'autres (19). Ces valeurs sont plus élevées à Brazzaville et Niamey (17) avec respectivement 26,7 % et 7,5 % des cas. La prise en charge précoce des hernies ombilicales en Europe pourrait contribuer à minimiser le taux des hernies étranglées. Dans notre série, trois cas de hernie ombilicale ont bénéficié d'une réduction manuelle. La réduction manuelle est un geste tenté souvent par le chirurgien devant tout étranglement herniaire sans signe de gravité. Cependant, en cas de réussite, une observation du malade en hospitalisation s'impose pendant au moins 24 à 48 heures.

L'invagination intestinale est l'apanage du nourrisson de sexe masculin (20). La hiérarchie des symptômes répertoriés chez nos patients est superposable à celle de la série de Legraverand *et Coll* (21). Pour ces auteurs, les douleurs abdominales sont constantes, et les vomissements constituent le

deuxième signe le plus fréquent (80%), suivis des rectorragies (44%) et du boudin d'invagination (25%). Idiopathique dans tous nos cas, l'invagination intestinale résulte ailleurs d'une lésion organique dans 10% des cas. Celle-ci survient alors volontiers après l'âge de trois ans (19, 22).

La morbidité post-opératoire est dominée par les supurations pariétales (80%); celles-ci se rencontrent surtout au cours des péritonites et contribuent à allonger la durée du séjour à l'hôpital. Elles sont imputables à une aseptie et à des mesures d'hygiène déficientes.

La mortalité affecte avant tout les enfants de moins d'un an. Elle peut être attribuée d'une part au délai de recours plus long lié aux conditions difficiles d'accès à l'hôpital (absence d'ambulance, inaccessibilité de certaines zones géographiques), et au degré de pauvreté élevé prédisposant à certaines attitudes (automédication, consultations religieuses ou de traditionnelles). Le retard dans la prise en charge à l'hôpital explique d'autre part le taux de mortalité élevé. La précarité du plateau technique, le manque de personnel qualifié (anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens pédiatres) et des moyens de réanimation adéquats, mais également le niveau socio-économique bas en sont les principales causes.

CONCLUSION

Les UCV représentent une préoccupation non moins négligeable du service de Chirurgie Pédiatrique au CHU de Brazzaville. L'appendicite aiguë, les péritonites et les hernies étranglées en sont les causes les plus fréquentes. La réduction du délai de recours, une meilleure organisation de la prise en charge pré- et post-opératoire et la lutte contre la pauvreté en constituent le gage d'un bon pronostic.

RÉFÉRENCES

- 1 - CAU D, CARBAJAI R, ARSAN A, BAUD O - Urgences : demande ou tyramie ? Assises Nationales de la Santé de l'Enfant et de l'adolescent (Lyon) 2002, p 5-6.
- 2 - ABDOU-RAOUF O, GUIKOUMBI JR, NDINGA JP *et Coll* - Les urgences pédiatriques au Centre hospitalier de Libreville. *Med Trop* 2002; **62** : 281.
- 3 - KASSAL B, KANE O, DIOUF E, BEYE MD - Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. *Med Trop* 2002 ; **62** : 247-50.
- 4 - République du Congo - Rapport national sur le développement humain 2002. Brazzaville : PNUD, 2002, p.49
- 5 - Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques. La République du Congo en quelques chiffres 2003. Brazzaville : Ministère de l'Economie et des Finances, 2004, p.25
- 6 - TEKOU HA, ATTIPOU K, SONGNE B *et Coll* - Prise en charge des appendicites aiguës de l'enfant au CHU de Tokoin à Lomé. *J Afr Chir Digest* 2002; **2** : 167-74.
- 7 - HADDAD D, ZEBOUNI S, DAHER P *et Coll* - Le rôle de l'échographie dans le diagnostic de l'appendicite aiguë de l'enfant. A propos de 35 cas. *J Med Liban* 1998 ; **46** : 79-83
- 8 - SIEGAL B, HYMAN E, LAHATE, OLAND Y - Acute appendicitis in early childhood. *Helv Paediatr Acta* 1982 ; **37** : 215-9.
- 9 - ADEJUJIGBE O, FADIRAN OA - Pattern of acute appendicitis in Nigerian children. *Ann Trop Paediatr* 1989 ; **9** : 93-7.
- 10 - BARGY F, BAUDOIN S. Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Pédiatrie* 4-002-5-75, 1999, 10 p.
- 11 - AGUEHOUNDE C, DICK R, BROU H *et Coll* - Bilan de deux années et demi d'activité du service de chirurgie pédiatrique en collaboration avec le service de réanimation pédiatrique au CHU de Yopougon. *Med Afr Noire* 1995 ; **42** : 344-9.
- 12 - CHARRIERAS JL, BROCA A - La fièvre typhoïde chez l'enfant à Tananarive, commentaires à propos de 97 observations. *Med Trop* 1985 ; **45** : 413-22.
- 13 - FREIJ BJ, VOTTELER TP, MC CRACKEN GH - Péritonite primitive chez des enfants auparavant en bonne santé. *J Pédiatrie* 1985 ; **4** : 99-102.
- 14 - BARGUELLIL F, GORDAH N, BEN RAIES N *et Coll* - Péritonite primitive à pneumocoque chez l'enfant. *Med Trop* 1996 ; **56** : 279 - 81.
- 15 - TEKOU H, FOLY A, AKUE B ; Les péritonites primitives de l'enfant au CHU de Tokoin de Lomé. A propos de vingt-six cas. *Ann Pédiatr* 1999 ; **46** : 435- 40.
- 16 - LEVARD G, AIGRAIN Y. Pathologie urgente du canal périto-vaginal chez l'enfant. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Urgences* 24300 D10 ; 1989 ; 24300 D10 : 4 p.
- 17 - HAROURA Y, GAMATIE Y, ABARCHI H, BAZIRA L - Les hernies inguinales de l'enfant : à propos de 98 cas à l'hôpital national de Niamey. *Med Afr Noire* 2001 ; **48** : 1999-2003.
- 18 - PAPAGRIGORIAS S, BROWSE DJ, HOWARD ER. Incarceration of umbilical hernias in children : a rare but important complication. *Paediatr Surg Int* 1988 ; **14** : 231-6.
- 19 - BARGY F, BAUDOIN S - Hernies de l'enfant. *Rev Prat* 1997 ; **47** : 289-94.
- 20 - LEVARD G. Invagination intestinale aiguë du nourrisson. *Rev Prat* 2001 ; **51** : 1731-7.
- 21 - LEGRAVEREND JM, CANARELLI JP, OBRY C *et Coll* - L'invagination intestinale aiguë. Réflexions diagnostiques et thérapeutiques. A propos d'une série de 76 cas. *Larc Medical* 1985 ; **5** : 125-8.
- 22 - GUY JM - Invagination intestinale aiguë. In « FAGNIEZ PL, HOUSSIN D - Pathologie chirurgicale ». Masson ed, Paris, 1991, pp 246-52