UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Les urgences médicales pédiatriques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge : Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs : Etude prospective menée du 1 er Novembre 2018 au 30 Avril 2019 à propos de 301 cas

Harerimana, Jean Pierre; Directeur de thèse : Pr Pontien Ndabashinze

2020-02

https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/754

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

LES URGENCES MEDICALES PEDIATRIQUES AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE KAMENGE :

Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs : Etude prospective menée du 1er Novembre 2018 au 30 Avril 2019 à propos de 301 cas

Par

Jean Pierre HARERIMANA

Directeur de thèse :

Pr Pontien NDABASHINZE

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en Médecine

Bujumbura, Février 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2018-2019)

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEUR EMERITE

1. Pr Evariste NDABANEZE : Synthèse clinique et thérapeutique
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie chirurgicale

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : PIP
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie structurale et métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie digestive

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie

2. Pr Gordien NGENDAKURIYO : O.R.L

3. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique

4. Pr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie

5. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie F., Hématologie clinique, Biochimie pathologique

6. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie

7. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologique

8. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie-obstétrique et soins maternels et infantiles

9. Pr J.Claude NIYONDIKO : Anatomie

10. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie cardiaque

11.Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la citoyenneté

12. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique

13. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie médicale

14. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie

15. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie, Médecine physique et de réadaptation

16. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie

17. Pr Martin MANIRAKIZA : PIP, Endocrinologie

18. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins palliatifs et douleurs, Anesthésie-réanimation

19.Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie tête et cou, Sémiologie chirurgicale

20.Pr Amani Moibeni : Sémiologie médicale et Physiologie

21. Pr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Louis NGENDAHAYO : Anatomopathologie

2. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie médicale

3. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie médicale

4. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie moléculaire, Cytologie et Génétique

5. Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie

6. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie

7. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie

8. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie

9. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale

10. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie

11. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie

12. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie

VI.CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : ISP
3. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la recherche, Epidémiologie et Déontologie
4. Dr Alexandre NIYONKURU : En formation

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie générale
3. Dr Desiré HABONOMANA : En formation
4. Dr Daniel NDUWAYO : Neurophysiologie
5. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des services de santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : en formation
3. Dr IRANGABIYE Eloi : en formation
4. Dr NTAWUYAMARA Epipode : en formation
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologie

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie pathologie spéciale
4. Dr Thadée BARANCIRA : Physique

5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie générale et organique
6. Dr KAYOYA Jean Bosco : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie générale
9. Mr Eric NIYIKIZA : Maths
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais médical
11. Dr Alexis BANUZA : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins infirmiers
13. Dr KAMO Emmanuel : Médecine du travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

- A mes parents ;

- A mes frères et soeurs ;

- A nos oncles et tantes;

- A tous mes amis.

Nous dédions cette thèse.

REMERCIEMENTS

Au Pr Pontien NDABASHINZE, Directeur de cette thèse, c'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail de thèse malgré vos multiples responsabilités, permettez-nous de vous témoigner toute notre reconnaissance et de vous remercier. Votre amour du travail, votre disponibilité, votre rigueur scientifique nous serviront toujours d'exemple.

Au Pr Stanislas HARAKANDI, Président du jury, nous sommes très honorés par votre acceptation de juger ce travail de recherche et de faire partie du jury malgré vos nombreuses tâches. Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Au Dr Alice NDAYISHIMIYE, membre du jury, c'est un immense honneur de vous compter parmi nos juges. Trouvez ici le témoignage de toute notre gratitude et de notre reconnaissance.

A tous nos éducateurs, de l'école primaire à l'université pour la formation scientifique dispensée, nous vous remercions sincèrement.

A nos parents, vous nous avez envoyé au banc de l'école, vous nous avez soutenu et encouragé. Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde affection.

A vous tous qui, de près ou de loin, avez contribué à la formation et particulièrement à la réalisation de ce travail,

Nous adressons nos sincères remerciements.

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

%	: pourcentage
+	: plus
^{0}C	: degré celsius
ADH	: Antidiuretic hormone
AEG	: Altération de l'état général
CHU	: Centre hospitalo-universitaire
Coll.	: Collaborateurs
CRP	: C-reactive protein
CVO	: Crise vaso-occlusive
ECBU	: Examen cyto-bactériologique des urines
FC	: Fréquence cardiaque
FR	: Fréquence respiratoire
GE	: Goutte épaisse
GEA	: Gastroentérite aiguë
H	: heure
HTIC	: Hypertension intra-crânienne

IDR : Intradermo-réaction

IMAO : Inhibiteur de la monoamine oxydase

IMF : Infection materno-foetale

INBP : Infection néonatale bactérienne précoce

IVD : Intraveineuse directe

IVL : Intraveineuse lente

Kg : Kilogramme

LCR : Liquide céphalo-rachidien

m^2 : mètre carré

mg : milligramme

NFS : Numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

P. : Page

PaCo2 : Pression partielle de dioxyde de carbone

PC : Périmètre crânien

PIP : Pathologies infectieuses et parasitaires

pH : potentiel hydrogène

PL : Ponction lombaire

RDC	: République démocratique du Congo
SA	: Semaine d'aménorrhée
SGB	: Streptocoque du groupe B
SNG	: Sonde nasogastrique
SRO	: Soluté de réhydratation orale
TA	: Tension artérielle
TRC	: Temps de recoloration cutanée
UNICEF	: United nations of international children's emergency fund.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Evaluation de la tolérance de la fièvre 8

Tableau II : Echelle de BLANTYRE.....11

Tableau III : Echelle de GLASGOW.....12

Tableau IV: Score de SILVERMAN:utilisé chez le nouvau-né.....16

Tableau V: Répartition des patients selon la résidence 24

Tableau VI: Répartition des patients selon le mode de consultation.....25

Tableau VII: Répartition des patients selon la profession du père 26

Tableau VIII: Répartition des patients selon la profession de la mère.....26

Tableau IX: Répartition des patients selon le niveau d'instruction du père 27

Tableau X : Répartition des patients selon le niveau d'instruction de la mère 27

Tableau XI: Répartition des patients selon le délai de consultation.....28

Tableau XII: Répartition des patients selon le motif de consultation.....29

Tableau XIII: Répartition des patients selon l'état général.....30

Tableau XIV: Répartition des patients selon les signes physiques.....30

Tableau XV: Répartition des patients selon les examens complémentaires 31

Tableau XVI: Répartition des patients selon le diagnostic retenu.....32

Tableau XVII : Répartition des patients selon les produits utilisés.....33

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le type d'antipaludiques parmi les patients qui avaient le paludisme grave.....33

Tableau XIX : Répartition des patients selon le traitement antibiotique.....34

Tableau XX: Répartition des patients selon le type d'antibiotiques 34

Tableau XXI: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation 35

Tableau XXII: Répartition des patients selon l'évolution.....35

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'âge et évolution.....36

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le délai de consultation et évolution 37

Tableau XXV : Répartition des patients selon le diagnostic retenu et évolution....38

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Répartition des patients selon le sexe 25

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2018-2019) i
DEDICACES vi
REMERCIEMENTS vii
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS viii
LISTE DES TABLEAUX xi
LISTE DES GRAPHIQUES xiii
TABLE DES MATIERES xiv
0. INTRODUCTION 1
CHAPITRE I: GENERALITES 3
I.1. Urgence 3
I.2. Tri des enfants aux urgences 3
I.3. Service des urgences 5
I.3.1. Rôle de ce service à l'hôpital 5
I.4. Prise en charge du patient 6
I.4.1. Accueil 6
I.4.2. Prise en charge proprement dite 6
I.5. Quelques symptômes et étiologies d'urgence 7
I.5.1. Fièvre aiguë 7
I.5.1.1. Définition 7
I.5.1.2. Evaluation de la tolérance d'une fièvre aiguë chez le nourrisson 8
I.5.1.3. Etiologies 8
I.5.1.4. Traitement de la fièvre aiguë du nourrisson 8
I.5.2. Convulsions 9
I.5.2.1. Définition 9

I.5.2.2. Clinique des convulsions 9
I.5.2.3. Etiologies 10
I.5.2.4. Traitement d'urgence des convulsions 10
I.5.3. Coma 11
I.5.3.1. Définition 11
I.5.3.2. Evaluation de la profondeur du coma : 11
I.5.3.3. Principales étiologies 12
I.5.3.4. Mesures de réanimation en urgence 13
I.5.4. Déshydratation aigue du nourrisson 13
I.5.4.1. Signes cliniques de la déshydratation aiguë 13
I.5.4.2. Principes du traitement 14
I.5.5. Détresse respiratoire 15
I.5.5.1. Définition 15
I.5.5.2. Clinique 15
I.5.5.3. Orientation étiologique 16
I.5.5.4. Principes du traitement d'urgence 17
I.5.6. Infections bactériennes du nouveau-né 17
I.5.6.1. Facteurs de risque anténatals d'infection néonatale bactérienne précoce :.18
I.5.6.2. Signes cliniques qui doivent faire évoquer une infection néonatale bactérienne précoce 18
I.5.6.3. Examens complémentaires à effectuer chez un nouveau-né à risque d'INBP : 19
I.5.6.4. Prise en charge 19
CHAPITRE II : PATIENTS ET METHODES 21
II.1. Cadre d'étude 21
II.2. Patients 22
II.2.1. Période et lieu d'étude 22

II.2.2. Population étudiée 22
II.2.2.1. Critères d'inclusion 22
II.2.2.2. Critères d'exclusion.....22
II.3. Méthodes 22
II.3.1. Type d'étude.....22
II.3.2. Taille de l'échantillon 23
II.3.3. Recueil des données 23
II.3.4. Saisie et traitement des données.....23
CHAPITRE III: RESULTATS.....24
III.1. Caractéristiques sociodémographiques.....24
III.1. 1. Résidence 24
III.1. 2. Sexe 25
III.1. 3. Mode de consultation.....25
III.1. 4. Profession du père.....26
III.1. 5. Profession de la mère 26
III.1. 6. Niveau d'instruction du père 27
III.1. 7. Niveau d'instruction de la mère 27
III.2. Données cliniques 28
III.2.1. Délai de consultation.....28
III.2.2. Motif de consultation 29
III.2.3. Etat général 30
III.2.4. Signes physiques à l'examen.....30
III.3. Examens complémentaires.....31
III.3.1. Examens 31
.III.4. Diagnostic retenu 31
III.4.1. Diagnostic 32
III.5. Prise en charge d'urgence.....33

III.5.1. Produits utilisés en urgence 33
III.5.2. Type d'antipaludique.....33
III.5.3. Traitement par antibiotique.....34
III.5.4. Type d'antibiotiques.....34
III.5.5. Durée d'hospitalisation.....35
III.6. Evolution.....35
III.6.1. Evolution en générale 35
III.6.2. Relation entre âge et évolution 36
III.6.3. Délai de consultation et évolution 37
III.6.4. Diagnostic retenu et évolution 38
CHAPITRE IV: DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE 39
IV.1. Caractéristiques sociodémographiques.....39
IV.1. 1. Résidence.....39
IV.1. 2. Age.....39
IV.1. 3. Sexe.....40
IV.1. 4. Profession et niveau d'instruction des parents 40
IV.1. 5. Mode de consultation.....41
IV.2. Caractéristiques cliniques 41
IV.2. 1. Délai de consultation 41
IV.2. 2. Motif de consultation.....42
IV.2. 3. État général 42
IV.3. Examens complémentaires 43
IV.4. Diagnostic retenu 43
IV.5. Prise en charge.....44
IV.5. 1. Produits utilisés pour le traitement symptomatique 44
IV.5. 2. Antipaludique.....44
IV.5. 3. Antibiotique 45

IV.5. 4. Durée d'hospitalisation.....45
IV.6. Evolution.....46
CHAPITRE V: CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....47
V.1. CONCLUSION.....47
V.2. SUGGESTIONS.....48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....49
ANNEXES.....56

0. INTRODUCTION

Les urgences pédiatriques constituent l'ensemble des états morbides menaçant la vie de l'enfant dans une échéance plus ou moins brève nécessitant une prise en charge rapide et adéquate **[1].**

« Chez l'enfant, et particulièrement chez le petit nourrisson, les agressions les plus diverses mêmes minimes peuvent déclencher brutalement et inopinément, les désordres les plus graves de l'état général et la faillite des grandes fonctions aboutissant en quelques heures à un état catastrophique » **[2].**

Les urgences médicales pédiatriques représentent un véritable problème de santé publique dans le monde, elle est estimée entre 4,5% et 50% selon les régions **[3].**

Leur importance est due à plusieurs facteurs : précarité économique des populations, recours tardifs aux soins, gestions inadéquates des centres médicaux hospitaliers.

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 **[4].**

Au Mali, la fréquence des urgences médicales pédiatriques a été estimée à 28,4% en 2012 au centre de santé de référence de la commune V **[5].**

En RDC, leur fréquence été estimée à 21,4% en 2018 à l'hôpital général de référence de Kindu **[3]**.

La mortalité liée aux urgences médicales pédiatriques a été estimée à 19,4% à l'hôpital Gabriel Touré en 2005 **[6].**

De nombreux décès surviennent dans les 24H suivant l'admission aux urgences, alors qu'ils pourraient être évités si des enfants très malades sont identifiés peu de temps après l'arrivée et que le traitement est instauré très rapidement **[7]**.

L'Afrique subsaharienne comptabilise encore 41% de décès d'enfants dans le monde **[8].**

Les urgences pédiatriques restent une réalité quotidienne et un problème de santé publique. Au Burundi, peu d'études parlent sur les urgences médicales pédiatriques, d'où le choix de notre étude.

Objectif général : Contribuer à l'étude des urgences médicales pédiatriques au CHU Kamenge

Objectifs spécifiques :

1. Identifier les caractéristiques sociodémographiques des enfants reçus pour urgence médicale;
2. Identifier les principales étiologies des urgences médicales pédiatriques au CHU Kamenge ;
3. Déterminer les aspects thérapeutiques et évolutifs.

CHAPITRE I: GENERALITES

I.1. Urgence

Ce concept est difficile à définir. L'urgence peut être définie différemment selon les personnes concernées par cette situation dite urgente.

Pour les médecins, c'est une situation pathologique grave qui risque de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel si elle n'est pas traitée dans les délais les plus brefs **[9].**

Pour le malade, par contre, toute situation pathologique nouvelle ou insolite est une urgence qui justifie le transfert dans un établissement de soins et l'intervention du médecin **[10].**

I.2. Tri des enfants aux urgences

Le tri est le processus par lequel les enfants malades bénéficient rapidement d'une évaluation à leur arrivée à l'hôpital, de façon à identifier **[11,12]** :

- Ceux présentant des signes d'urgence et qui ont besoin d'un traitement immédiat ;
- Ceux présentant des signes de priorité et à qui il faut accorder la priorité s'ils font la queue pour qu'ils soient évalués et traités sans retard ;
- Les cas non urgents qui ne présentent ni signes d'urgence, ni signes de priorité.

Les signes d'urgences [**13**] sont les suivants :

- obstruction des voies aériennes ou absence de respiration ;
- détresse respiratoire grave ;

- cyanose centrale ;

- signes de choc (mains cyanosées, TRC > 3 sec, FC élevé, poul faible ou TA basse ou imprenable) ;

- Coma (diminution importante du degré de vigilance) ;

- convulsions ;

- signes de déshydratation sévère chez un enfant atteint.

Les signes de priorité [13] : caractérisent les enfants présentant un risque élevé de décès. Ces enfants doivent être évalués sans retard inutile. Ces signes sont :

- très petit nourrisson : tout enfant malade âgé de moins de 2 mois ;

- température : enfant est très fébrile ;

- traumatisme ou autre problème chirurgical urgent ;

- pâleur prononcé ;

- intoxication ;

- douleurs (intenses) ;

- détresse respiratoire ;

- enfant agité, continuellement irritable ou léthargique ;

- transfert (urgent) ;

- malnutrition : amaigrissement visible et sévère ;

- œdèmes des deux pieds ;

- brûlures (étendues).

I.3. Service des urgences

I.3.1. Rôle de ce service à l'hôpital

Le service des urgences a pour rôle de répondre 24 H sur 24H aux demandes de santé des personnes qui se présentent à l'hôpital sans y avoir un rendez-vous, que leur état soit réellement urgent d'un point de vue médicale ou qu'il soit ressenti comme tel **[14].**

Mais il ne doit pas être considéré comme un substituant aux services sanitaires du premier contact. L'accès doit être réservé aux malades en phase aiguë qui ont besoin immédiatement de soins d'urgence à l'hôpital **[9]**. Le service des urgences assure aux malades et aux blessés la prestation sur place des examens et des traitements qu'ils requièrent **[10].**

Le service des urgences doit être fonctionnel à toute heure pour assurer l'accueil médico-administratif des malades candidats à une hospitalisation ou à des soins immédiats, établir un premier diagnostic pour ces malades et leur prodiguer les premiers soins urgents ou débuter un traitement approprié **[14]**. En l'absence de soins d'urgence, il oriente les consultations à l'hôpital ou de tout autre établissement approprié **[10].**

I.4. Prise en charge du patient

I.4.1. Accueil

L'accueil est le point le plus important et le départ de toute relation avec la personne soignée et ses accompagnants. Il doit être fait dans un climat de l'ouverture et de respect mutuel.

Le patient qui consulte aux urgences est souvent inquiet, il se demande si on arrivera à le soulager. A travers l'accueil qui lui est réservé, il jugera le milieu hospitalier, le médecin qui le reçoit. S'il est bien reçu, il aura confiance et sera dans les meilleures conditions pour être soigné **[14].**

Il est donc vital d'être courtois, bon, intéressé, patient et capable de donner confiance au patient par une attitude positive **[9].**

I.4.2. Prise en charge proprement dite

Aux urgences, les patients ne font que transiter. Le travail doit donc être rapide et précis. Les gestes cliniques, biologiques et thérapeutiques doivent être précis, très ordonnés, très systématiques et très logiques.**[9,14].**

Aux urgences, un traitement symptomatique est toujours nécessaire pour soulager et apaiser le patient ; un traitement étiologique peut être nécessaire ; une prescription est faite pour la suite des soins en hospitalisation ou en ambulatoire.**[9,14].**

L'examen du malade doit être soigneux et attentif. Il permet l'ébauche du diagnostic et peut même indiquer l'urgence de la situation.**[9,10].**

Donc, la qualité de la prise en charge aux urgences peut conditionner l'évolution du patient dans la suite de sa maladie. Pour faire face avec efficacité à la prise en charge des urgences, il faut un personnel et un équipement suffisant.

Une meilleure prise en charge suppose une connaissance globale de la pathologie, un sens clinique averti, une faculté de décision et sûre **[14].**

La prise en charge aux urgences se termine par la décision d'hospitaliser, de transférer ou de proposer des soins en ambulatoire. Il faut toujours rassurer le patient, sa famille et appliquer la décision car la plupart des patients, hospitaliser signifie gravité**.** Si le patient est référé, il faut lui donner un mot de transfert qui précise le motif, les soins déjà reçus, et les soins éventuellement nécessaires dans l'avenir **[10].**

I.5. Quelques symptômes et étiologies d'urgence

I.5.1. Fièvre aiguë

I.5.1.1. Définition

Dans la littérature, il n'y a pas de consensus universel sur la température corporelle normale chez l'enfant ou sur le moyen le plus sûr de sa mesure. Ceci parce que la valeur de cette température est fonction du moment de sa prise, du site de sa prise (rectal, axillaire, buccal, …) et du thermomètre utilisé **[16,17].**

Petersdorf définit la fièvre par une température corporelle supérieure ou égale à 38,3°c**[18]**.

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

résultats à condition de prendre la température pendant 3 minutes puis on ajoute 0,5°c au chiffre obtenu **[18]**

I.5.1.2. Evaluation de la tolérance d'une fièvre aiguë chez le nourrisson

Tableau I : Evaluation de la tolérance de la fièvre [18]

Signes	Bonne	Mauvais
Faciès	Vultueux	Pâle, gris, cyanose
Conscience	Normale	Somnolence
Cris	Vigoureux	Plaintif, geignard
Téguments	Erythrosiques	Chauds, extrémités froides
Temps de recoloraton cutanée	Immédiat(<3 secondes)	Allongé(>3 secondes)

Les principaux risques ou complications [17]

• La déshydratation;

• Les convulsions ;

• Le syndrome d'hyperthermie majeure ;

I.5.1.3. Etiologies

Une fièvre bien tolérée fera rechercher : une infection O.R.L, broncho-pulmonaire, urinaire ou une vaccination récente. Une fièvre mal tolérée doit faire redouter : une méningite purulente, une hyperthermie majeure, paludisme.etc. **[17]**

I.5.1.4. Traitement de la fièvre aiguë du nourrisson

Devant une fièvre chez l'enfant, deux problèmes se posent : celui de son traitement symptomatique afin d'éviter les risques propres à la fièvre et celui de son traitement étiologique **[20].**

1. Traitement symptomatique d'urgence [17]:

- **Mesures physiques**

La lutte vise à maintenir une température ambiante modérée (18-20°C).

Conseiller à la mère de donner beaucoup à boire à l'enfant, à découvrir l'enfant, faire un enveloppement humide.

- **Les antipyrétiques**

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

Ibuprofène : C'est un anti-inflammatoire dérivé de l'acide propionique. Comme l'aspirine, il a donc un effet anti-inflammatoire, analgésique et antipyrétique. Il est administré à raison de 7 à 10 mg / Kg toutes les 6 heures soit 40 mg/kg/24 heures. A ces mesures symptomatiques, il faut y associer un traitement étiologique.

I.5.2. Convulsions

I.5.2.1. Définition

Il s'agit de contractures brusques et involontaires des muscles, qui surviennent au moment des crises **[21].**

I.5.2.2. Clinique des convulsions [21]

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

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

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

I.5.2.3. Etiologies [21]

Chez le nourrisson les causes sont variables :

***La fièvre** : la crise convulsive peut être liée à la fièvre elle-même (convulsion hyperpyrétique). Il faut donc rechercher, une méningite, une encéphalite, le neuropaludisme, les abcès cérébraux. En l'absence de fièvre, d'autres étiologies sont recherchées ; telles l'épilepsie ou les encéphalopathies néonatales.

***Les troubles métaboliques** : les déshydratation sévère, hypoglycémie, les maladies métaboliques, hypo ou hyper natrémie, hypomagnesémie,….

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

***Les traumatismes crâniens** : l'hématome sous dural, …

I.5.2.4. Traitement d'urgence des convulsions [21] :

Les mesures symptomatiques appropriées doivent être appliquées :

- Position latérale de sécurité ;
- Liberté des voies aériennes ;
- Aspiration nasopharyngée si besoin ;
- Oxygénothérapie au masque ;
- Mise en place d'une voie veineuse ;
- Administrer des médicaments :

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

En cas d'échec ou récidive après 5 minutes : 2ème dose de 0,5 mg/kg à renouveler jusqu'à une dose totale de 2 mg/kg.

Ces mesures sont associées au traitement étiologique.

I.5.3. Coma

I.5.3.1. Définition

Le coma, du point de vue phénoménologique peut être défini comme « un état ressemblant au sommeil » et qui comporte une abolition de la conscience et de l'éveil comportemental. Le coma est aussi du point de vue physiopathologique un trouble de la vigilance **[21].**

I.5.3.2. Evaluation de la profondeur du coma :

Tableau II : Echelle de BLANTYRE [23]

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

Mouvements oculaires	Réponse verbale	Réponse motrice
1. Bien adapté	2. Cri adapté	2. Localise un stimulus*
0. Inadaptés	1. Gémissements ou cris inadaptés	1. Retire les membres**
	0. Pas de réponse	0. Pas de réponse

*Frottement d'une jointure du doigt sur le sternum

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

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

Coma stade III : 1 Coma stade IV : 0

Tableau III : Echelle de GLASGOW [24]

(Enfants capable de parler, plus de 3 ans)

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1. Aucune	1. Aucune	1. Aucune
2. A la douleur	2. Incompréhensible	2. Décérébration
3. A la demande	3. Inappropriée	3. Décortication
4. Spontanée	4 .Confuse	4. Evitement
	5. Orientée	5. Orientée à la douleur
		6. A la demande

Normal = 13 – 15 ; Obnubilation : Coma stade I = 8-12 Coma stade II = 6 – 7

Coma stade III = 4 – 5 Coma stade IV = 3

Devant un coma chez l'enfant, il faut :

1. **Recherche des signes de localisation** : asymétrie droite et gauche pour la motricité, le tonus, les signes oculaires.

2. **Recherche des complications :** troubles neurovégétatifs, signes d'engagement.

I.5.3.3. Principales étiologies [25]

- **Causes infectieuses** : paludisme grave, méningite ; encéphalite; ...
- **Causes métaboliques :** déshydratation sévère, hypoglycémie, coma hépatique, hypernatrémie ;...
- **Causes toxiques :** salicylées, neuroleptiques et tranquillisants, opiacés surtout la codéine dans les antitussifs, alcool éthylique ;...
- **Coma post critique** surtout épileptique
- **Coma post traumatique,...**

I.5.3.4. Mesures de réanimation en urgence [26]

- ✓ Pose de la perfusion sur la base de 1 litre/ m^2 / jour ;
- ✓ Mise en place d'une sonde gastrique pour l'alimentation entérale ;
- ✓ Mise en place d'une sonde vésicale pour évaluer la diurèse ;
- ✓ Position proclive de 30° en absence de choc ;
- ✓ Support ventilatoire dès qu'il existe une atteinte axiale ;
- ✓ Traitement de toute insuffisance circulatoire ;
- ✓ Nursing.

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

I.5.4. Déshydratation 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 **[27].**

I.5.4.1. Signes cliniques de la déshydratation aiguë [12,11]

L'examen clinique permet de classer le niveau de déshydratation de l'enfant

Aucune déshydratation: Si au moins deux des signes de déshydratation sévère ou légère ne sont pas présents.

Déshydratation légère: si au moins deux des signes suivants sont présents:

- Agitation, irritabilité ;
- Yeux enfoncés ;
- Boit avidement, assoiffé;
- Pli cutané s'effaçant lentement.

Déshydratation sévère, si au moins deux des signes suivants sont présents:

- Léthargie ou inconscience ;
- Yeux enfoncés ;
- Incapacité ou difficulté à boire
- Pli cutané s'effaçant très lentement.

Reconnaître les signes de gravite immédiate :

La déshydratation peut survenir en quelques heures et provoquer **[28]:**

- Un état de choc hypovolémique
- Des complications neurologiques et rénales ;
- Voire le décès.

I.5.4.2. Principes du traitement

Le traitement repose sur la réhydratation, précédée dans les formes sévères avec choc par une expansion volémique.Il existe plusieurs protocoles de réhydratation. La réhydratation peut être orale dans les diarrhées avec déshydratation modérée, elle doit être intraveineuse dans les formes sévères.Parmi ces protocoles,figure la réhydratation selon les plans de réhydratation selon l'OMS **[11,12,29].**

Plan A (Aucune déshydratation): Traitement à domicile

- Conseiller la mère à donner des liquides supplémentaires et du zinc;
- Conseiller la mère de continuer à allaiter;
- Indiquer la mère quand revenir pour le suivi;
- Réévaluer l'enfant.

Plan B (Déshydratation légère): traiter la déshydratation par des solutions de SRO

- Administrer à l'enfant une solution de SRO et du zinc;
- L'enfant allaité doit continuer d'être nourri au sein;
- Les enfants non allaités doivent recevoir leur lait habituel et des aliments nutritifs après 4 heures d'administration des solutions de SRO;
- Réévaluer l'enfant.

Plan C (Déshydratation sévère)

- Administration des solutions par voie intraveineuse ou par SNG;
- Traitement de l'enfant à l'hôpital;
- Réévaluer l'enfant.

I.5.5. Détresse respiratoire

I.5.5.1. Définition

Elle est la traduction d'une insuffisance respiratoire aiguë, rapidement progressive avec polypnée à l'air ambiant **[30].**

I.5.5.2. Clinique

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

On recherche des signes de gravité témoignant d'une asphyxie, au maximum des signes d'épuisement qui nécessitent une intubation et une ventilation mécanique en urgence **[31].**

Tableau IV: Score de SILVERMAN:utilisé chez le nouvau-né [32]

Signes	Cotation	0	1	2
Inspiration	Tirage intercostal	Absent	Modéré	Intenses et sus sternal
	Entonoir xyphoidien	Absent	Modéré	Intenses
	Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intenses
	Balancement thoraco-abdominal	Respiration synchrone	Thorax immobile	Respiration paradoxale
Expiration	Geignement	Absent	Audible au stéthoscope	Audible à l'oreille

Détresse respiratoire : 1. Minime si < 4 ; 2. Modéré : 4 à 6 ; 3. Grave si > 6

L'évaluation clinique rapide concerne:

1. La fréquence respiratoire ;

2. La mécanique respiratoire ;

3. L'évaluation de la coloration cutanée.

I.5.5.3. Orientation étiologique [32]:

Une dyspnée bruyante (cornage, stridor, wheezing,..) associée à des signes de lutte marqués traduit une origine obstructive.

- Une dyspnée inspiratoire évoque une obstruction haute:

* Nasale (jeune nourrisson) oriente vers une rhinopharyngite obstructive ou une hypertrophie des végétations adénoïdes.

* Pharyngée (enfant) évoque une hypertrophie amygdalienne, un cops étranger.

* Laryngée: plus fréquente chez le nourrisson et révèle avant tout une laryngite sous-glottique (cornage) ou parfois un corps étranger.

- Une dyspnée aux 2 temps évoque une obstruction trachéale (corps étranger parfois mobile ou compression).

- Une dyspnée expiratoire (avec freinage) oriente plutôt vers une obstruction des voies aériennes inférieures (bronchiolite aiguë du nourrisson, corps étranger inhalé, asthme).

I.5.5.4. Principes du traitement d'urgence [33]

Outre le traitement étiologique, il y a le traitement symptomatique et il est fondamental :

- Position demi-assise ;
- Surveillance clinique et gazométrique ;
- Oxygénothérapie : par l'enceinte de HOOD ou par la lunette nasale ;
- Intubation et la ventilation mécanique en cas de signes d'asphyxie et /ou d'hypercapnie (Pa CO2 supérieure à 8 Kpa ou 60 mmhg) avec acidose (pH inférieur à 7,20).

I.5.6. Infections bactériennes du nouveau-né

Le nouveau-né est particulièrement exposé aux infections en raison de l'immaturité de son système immunitaire et des multiples bouleversements bactériologiques qui entourent la naissance. Les infections font partie des pathologies les plus fréquentes (1 à 4% des naissances vivantes) et les plus graves (10 à 20% de mortalité) de la période néonatale. Elles sont potentiellement curables et évitables. **[34, 35, 36, 37, 38].**

I.5.6.1. Facteurs de risque anténatals d'infection néonatale bactérienne précoce :

- Colonisation maternelle à streptocoque du groupe B durant la grossesse actuelle ;
- Antécédent d'infection néonatale à streptocoque du groupe B lors d'une précédente grossesse ;
- Rupture des membranes supérieures à 12H ;
- Prématurité spontanée et inexpliquée inferieur à 37SA ;
- Fièvre maternelle supérieur à 38° en perpartum ou dans les 2 H suivant l'accouchement**.**

I.5.6.2. Signes cliniques qui doivent faire évoquer une infection néonatale bactérienne précoce [39]:

- Signes généraux : température supérieure à 38°C ou hypothermie inférieure à 36°C ;
- Signes respiratoires : détresse respiratoire, geignement, battement des ailes du nez, FR supérieure à 60, tachypnée ;
- Signes hémodynamiques : tachycardie supérieure à 160 battement/minute, bradycardie inférieure à 80 battement/minute, signes de choc (TRC augmenté, pâleur, hypotension artérielle, oligurie) ;
- Signes neurologiques : somnolence, irritabilité, hypotonie, convulsion ;
- Signes digestifs : refus de boire, vomissement.

Signes de gravité d 'une infection néonatale bacterienne précoce **:**

- Troubles hémodynamiques nécessitant un remplissage vasculaire ou administrations des drogues vaso-actives.
- Signes cliniques neurologiques : troubles de la conscience ou convulsion.

I.5.6.3. Examens complémentaires à effectuer chez un nouveau-né à risque d'INBP :

- Hémoculture : examen de référence recommandé pour établir le diagnostic étiologique d INBP ;
- Ponction lombaire : recommandée de réaliser chez un nouveau-né à risque d'INBP dans les conditions suivantes :
  - Hémoculture positive
  - Nouveau-né avec hypotonie ou signes neurologiques
- CRP : après H12 de vie.

I.5.6.4. Prise en charge [39]

Antibiothérapie initiale

En première intention

- Amoxicilline 100mg/kg/24h en IVD+gentamycine 5mg/kg/24h en IVL

En cas de signes de gravité : cefotaxime 200mg/kg en 2 injIVD+Gentamycine 5mg/kg/24h en une inj IVL

Si listériose évoquée, ajouter ampicilline 100mg/kg/j en 2 inj.

Si infection maternelle en cours documentée (ECBU, Hémoculture) à une autre bactérie que SGB : Traitement du nouveau-né à adapter selon l'antibiogramme.

Adaptation et durée d'antibiothérapie :

Envisager l'arrêt d'antibiothérapie à 48H si

- Hémoculture stérile, examen clinique normale, stabilité ou diminution de CRP

Continuer alors la surveillance clinique 24 à 48H.

Poursuivre de l'antibiothérapie probabiliste si

- Signes de gravité initiaux ;
- Nouveau-né fortement suspect d'infection même si les hémocultures sont stériles.

Poursuivre de l'antibiothérapie et adaptation à l antibiogramme en cas d'infection documentée par hémoculture ou LCR :

- Hémoculture positive sans localisation méningée

✓ Arrêt gentamycine après 2 doses et poursuivre le traitement par B-lactamines ;
✓ Si hémoculture positive à SGB, amoxicilline 100mg/kg/j pdt 7jours ;
✓ Si hémoculture positive à E. coli (même si ampicilline sensible), cefotaxime 100mg/kg/j pendant 7 jours.

En cas de méningite :

- Poursuivre gentamycine pendant 2 a5 jours puis poursuivre le traitement par les B-lactamines
- Si méningite à SGB, amoxicilline 200mg/kg/j en 2 inj jusqu'à7 jours de vie puis en 3 inj par jours pendant 14 jours.
- Si méningite a E. coli, cefotaxime 200mg/kg/24h IVD en 2 injections jusqu'à 7 jours puis en 4 inj IVD pendant 21 jours.

CHAPITRE II : PATIENTS ET METHODES

II.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service des urgences pédiatriques du CHU Kamenge.Le service de pédiatrie compte :

- 4 médecins spécialistes ;
- 5 médecins généralistes ;
- 11 médecins de 3ème cycle ;
- 22 internes ;
- 19 infirmiers en hospitalisation ;
- 12 infirmiers dans le service des urgences pédiatriques ;
- 6 aide-soignants dans le service des urgences pédiatriques,
- 2 travailleurs en hospitalisations.

Organisation du travail

Le service des urgences pédiatriques fonctionne à toute heure. L'accueil des patients est assuré par un médecin de garde (pouvant être un médecin généraliste ou un médecin de 3ème cycle) et/ou un interne.

Acôté du médecin de garde, interne et infirmier, existe un aide-soignant chargé de conduire le patient dans l'unité d'hospitalisation.

Matériel

Le service des urgences pédiatriques compte 8lits, un cabinet de consultation, une salle d'accueil des urgences et dans cette salle, on y trouve 2 tables d'examens, une table de bureau, 3 chaises, 2 balances, un robinet, le chariot, une armoire de pharmacie, un téléphone fixe.

II.2. Patients

II.2.1. Période et lieu d'étude

Notre étude porte sur période de 6 mois allant du 1er Novembre 2018 au 30 Avril 2019. Elle s'est déroulée dans le service de pédiatrie du CHU Kamenge.

II.2.2. Population étudiée

II.2.2.1. Critères d'inclusion

Il a été inclus dans notre étude tout enfant accueilli dans le service des urgences pédiatriques pour urgence médicale avec signes d'urgence et/ou de priorité, admis et traité dans le service de pédiatrie du CHU Kamenge au cours de la période de l'étude.

II.2.2.2. Critères d'exclusion

Il a été exclu dans notre étude :

- tout enfant en tableau d'urgence chirurgicale ;

- tout enfant dont la mère a refusé de participer à notre étude.

II.3. Méthodes

II.3.1. Type d'étude

C'est une étude prospective et descriptive des urgences médicales pédiatriques menée du 1er Novembre 2018 au 30 Avril 2019, soit 6 mois.

II.3.2. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'a pas été prédéfinie, la population de l'étude a été recrutée de façon exhaustive en tenant compte des critères d'inclusion. Pendant notre étude, 301 patients ont répondu aux critères.

II.3.3. Recueil des données

Pour recueillir les données, nous avons utilisé une fiche élaborée en tenant compte des objectifs fixés. Tant qu'il était possible, nous avons rempli les fiches nous-mêmes et dans les autres cas, nous avons sollicité le recours d'un interne. Les données étaient vérifiées en revoyant le patient et en interrogeant l'équipe qui a reçu le patient.

II.3.4. Saisie et traitement des données

La saisie et le traitement des données ont été faits à l'aide des logiciels informatiques MICROSOFT OFFICE WORLD 2010, MICROSOFT OFFICE Excel 2007, Logiciel SPSS 18 (Statistical package for the Social Sciences).

Le test statistique utilisé est le test du Khi-carré pour étudier la signification avec $P< 0,05$

CHAPITRE III: RESULTATS

III.1. Caractéristiques sociodémographiques

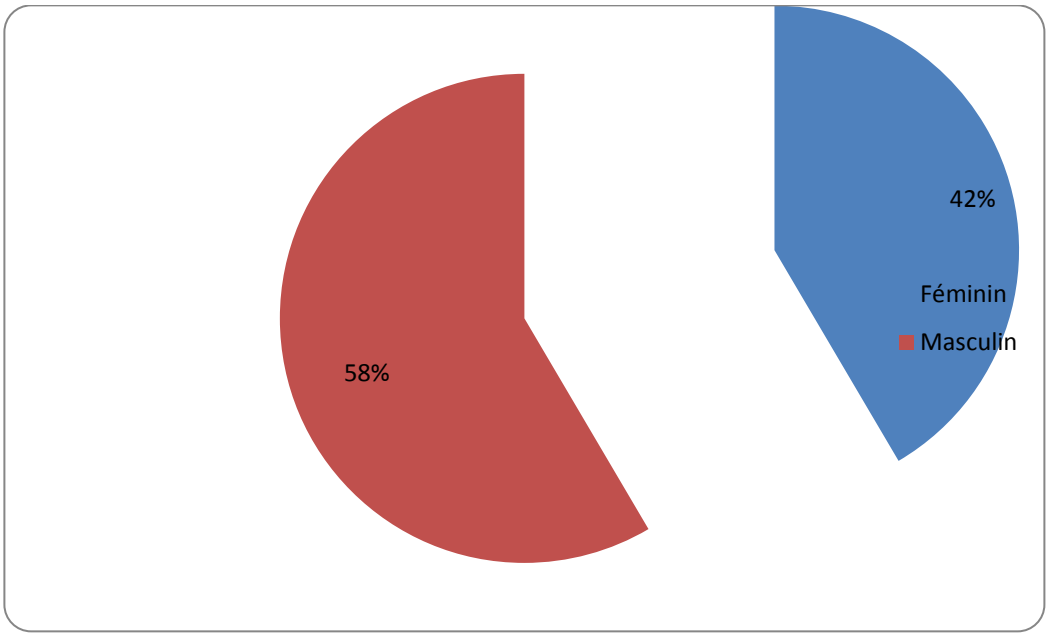
III.1. 1. Résidence

Tableau V: Répartition des patients selon la résidence

Province et/ou étranger	Effectif	Fréquence (%)
Mairie de Bujumbura	201	66.7
Bujumbura	65	21.59
Bubanza	18	5.9
Cibitoke	8	2.6
Bururi	3	0.99
Muramvya	3	0.99
Gitega	1	0.33
Mwaro	1	0.33
RDC	1	0.33
Total	**301**	**100.00**

Dans notre étude les urgences proviennent de plusieurs provinces et les plus représentées sont la Mairie de Bujumbura, Bujumbura, Bubanza, Cibitoke respectivement avec 201cas soit 66,7%; 65 cas soit 21,59%; 18 cas soit 5,9%;8cas soit 2,6%. L'étude montre aussi qu'on a reçu un cas urgent venant de l'étranger (République démocratique du Congo), soit 0,33%.

III.1. 2. Sexe



Graphique 1: Répartition des patients selon le sexe

Notre étude montre que le sexe masculin est le plus représenté avec 58% contre 42% pour le sexe féminin avec un sexe ratio de 1,4 en faveur des garçons.

III.1. 3. Mode de consultation

Tableau VI: Répartition des patients selon le mode de consultation

Mode	Effectif	Fréquence (%)
Domicile	182	60.5
Référés	119	39.5
Total	**301**	**100.0**

Notre série montre que 182 cas soit 60,5% venaient directement de la maison contre 119 cas soit 39,5% qui ont été référés.

III.1. 4. Profession du père

Tableau VII: Répartition des patients selon la profession du père

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Cultivateur/ouvriers	150	49.83
Fonctionnaire	62	20.60
Commerçant	39	12.96
Sans	17	5.66
Maçon	9	2.99
Elève/Etudiant	5	1.66
Taxi vélo	5	1.66
Plombier	4	1.33
Chauffeur	3	1.00
Mécanicien	2	0.66
Motard	2	0.66
Agent de sécurité	1	0.33
Convoyeur	1	0.33
Tailleur	1	0.33
Total	**301**	**100.00**

Notre série montre que les pères cultivateurs et/ou ouvriers sont les plus représentés avec 150 cas soit 49,83% suivis des fonctionnaires avec 62 cas soit 20,60% et des commerçants avec 39 cas soit 12,96%.

III.1. 5. Profession de la mère

Tableau VIII: Répartition des patients selon la profession de la mère

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Cultivatrice/Ménagère	177	58.8
Fonctionnaire	46	15.28
Sans profession	34	11.30
Commerçante	26	8.64
Elève/étudiante	16	5.32
Mécanicienne	1	0.33
Agent communautaire de santé	1	0.33
Total	**301**	**100.00**

Notre étude montre que les mères de la plupart de nos patients sont des cultivatrices et/ou ménagères avec 177 cas soit 58,8% suivis de fonctionnaires avec 46 cas soit 15,28% et des mères sans profession avec 34 cas soit 11,30%.

III.1. 6. Niveau d'instruction du père

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

Niveau	Effectifs	Fréquence (%)
Non scolarisé	119	39.53
Primaire	80	26.58
Secondaire	68	22.59
Universitaire	34	11.30
Total	**301**	**100.0**

Notre série montre que les pères non scolarisés sont prédominants avec 119 cas soit 39,53% suivis de ceux du niveau primaire avec 80 cas soit 26,58%, ceux du niveau secondaire avec 68 cas soit 22,59% et ceux du niveau universitaire avec 34 cas soit 11,30%.

III.1. 7. Niveau d'instruction de la mère

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

Niveau	Effectifs	Fréquence (%)
Non scolarisée	122	40.53
Primaire	95	31.56
Secondaire	62	20.60
Universitaire	22	7.31
Total	**301**	**100.0**

La majorité des mères étaient non scolarisées avec 122 cas soit 40,53% suivies de celles du niveau primaire avec 95 cas soit 31,56%. Celles qui ont un niveau secondaire et universitaire étaient respectivement avec 62 cas soit 20,60% ; 22 cas soit 7.31%.

III.2. Données cliniques

III.2.1. Délai de consultation

Tableau XI: Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai	Effectifs	Fréquence (%)
De 0 à 2 jours	220	73.09
De 3 à 7 jours	78	25.91
Plus de 7 jours	3	1.00
Total	**301**	**100.0**

Notre étude montre que 220 cas soit 73,09% ont consulté dans les deux premiers jours d'évolution de la maladie suivis de 78 cas soit 25,91% qui ont consulté entre 3 et 7 jours d'évolution de la maladie. Il montre aussi que 3 cas soit 1% des patients ont consulté après 7 jours d'évolution de la maladie. Le délai de consultation variait entre 0 et 11jours avec un délai moyen de 3,6 jours.

III.2.2. Motif de consultation

Tableau XII: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif	Effectif n=301	Fréquence (%)
Fièvre	270	89.7
Vomissements	92	30.6
Détresse respiratoire	61	20.3
Convulsions	44	14.6
Toux	42	14.0
Refus de téter	17	5.6
Dyspnée	16	5.3
Pleurs incessants	16	5.3
Diarrhée	13	4.3
Céphalée	12	4.0
Anorexie	8	2.7
Coma	6	2.0
Ictère	5	1.7
Prématurité	5	1.7
Prostration	5	1.7
Asthénie	3	1.0
Frissons	3	1.0
Œdèmes	3	1.0
Sueurs	3	1.0
Agitation	1	0.33
Amaigrissement	1	0.33
Absence de cris à la naissance	1	0.33
Dysphagie	1	0.33

Dans notre étude le patient pouvait se présenter avec plusieurs signes. Sur effectif de 301 patients, le tableau montre que la fièvre, les vomissements, la détresse respiratoire ont été les motifs de consultation prédominants chez nos patients respectivement avec 270 cas soit 89,7%; 92 cas soit 30,6%; 61 cas soit 20,3%. Les convulsions étaient en 4ème position avec 44 cas soit 14,6%, la toux en 5ème position avec 42 cas soit 14,0%, refus de téter en 6ème position avec 17 cas soit 5,6%.

III.2.3. Etat général

Tableau XIII: Répartition des patients selon l'état général

Etat général	Effectif	Fréquence (%)
Altéré	169	56.15
Conservé	132	43.85
Total	**300**	**100.0**

169 cas soit 56,15% avaient un état général altéré et 132 cas soit 43,85% avaient un état général conservé.

III.2.4. Signes physiques à l'examen

Tableau XIV: Répartition des patients selon les signes physiques

Signes	Effectif	Fréquence (%)
Pâleur	67	22.26
Signes de lutte	66	21.93
Râles crépitants	42	13.95
Plis de déshydratation	14	4.65
Râles sibilants	7	2.33
Ictère	7	2.33
Hypotonie	5	1.66
Splénomégalie	4	1.33
Hépatomégalie	3	1.33
Coma	6	2.0

La pâleur, les signes de lutte, les râles crépitants étaient les signes les plus retrouvés à l'examen physique de nos patients respectivement avec 67 cas soit 22,26% ; 66 cas soit 21,93%; 42 cas soit 13,95%.

N.B: A l'examen, l'enfant pouvait présenter un ou plusieurs signes physiques positifs ou tout simplement sans signes positifs.

III.3. Examens complémentaires

III.3.1. Examens

Tableau XV: Répartition des patients selon les examens complémentaires

Examens	Effectif	Fréquence (%)
NFS	300	99.7
CRP	288	95.7
GE	256	85.0
Urée	141	46.8
Créatinine	141	46.8
Glycémie	139	46.2
PL	85	28.2
Radiographie thoracique	77	25.6
Groupe sanguin	55	18.3
Ionogramme	27	9.0
ECBU	18	6.0
Echographie	14	4.7
Test d'Emmel	4	1.3
IDR	2	0.7

Notre série montre que la NFS, la CRP, la GE ont été les examens complémentaires les plus pratiqués respectivement avec 300 cas soit 99,7%; 288 cas soit 95,7% ; 256 cas soit 85%. L'urée, la créatinine et la glycémie étaient pratiqués respectivement avec 141 cas soit 46,8% ; 141 cas soit 46,8% ; 139 cas soit 46,2 %.

Notons que chez un seul patient, on pouvait réaliser plusieurs examens complémentaires.

III.4. Diagnostic retenu

III.4.1. Diagnostic

Tableau XVI: Répartition des patients selon le diagnostic retenu

Diagnostic	Effectif	Fréquence (%)
Paludisme grave	105	34.9
Infections néonatales	71	23.6
Pneumopathie bactérienne	42	13.9
Bronchiolite	21	7.0
Méningite	13	4.0
Prématurités	8	2.6
GEA	7	2.3
Septicémie	7	2.3
Crise anémique sur drépanocytose	6	1.9
Cardiopathie décompensée	5	1.6
Infections urinaires	4	1.3
Encéphalopathie post-anoxique	4	1.3
Epilepsie	3	1.0
Hypoglycémie	3	1.0
Convulsions hyperpyrétiques	1	0.3
Syndrome de Lyell	1	0.3
Total	**301**	**100.0**

Notre étude montre que le paludisme grave a été la première étiologie des urgences médicales avec 105 cas soit 34,9% suivis d'infections néonatales avec 71 cas soit 23,6% et pneumopathies bactériennes avec 42 cas soit 13,96%. La bronchiolite et la méningite étaient en 4ème et 5ème position respectivement avec 21 cas soit 7% ; 13 cas soit 4%.

III.5. Prise en charge d'urgence

III.5.1. Produits utilisés en urgence

Tableau XVII : Répartition des patients selon les produits utilisés

Produits	Effectif (n=218)	Fréquence (%)
Dipyrone	148	67.9
Oxygène	55	25.2
Transfusion	45	20.6
Réhydratation parentale	28	12.8
Paracétamol	15	6.9
Diazépam	11	5.0
Phénobalbital	8	3.7

La dipyrone, l'oxygène, le sang étaient les produits d'urgence les plus utilisés respectivement avec 148 cas soit 67,9% ; 55 cas soit 25,2% ; 45 cas soit 20,6%.

III.5.2. Type d'antipaludique

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le type d'antipaludiques parmi les patients qui avaient le paludisme grave

Antipaludiques	Effectif (n=105)	Fréquence (%)
Quinine	104	99.04
Artésunate injectable	1	0.96
Total	**105**	**100.00**

Le tableau montre que 104 cas soit 99,04% ont reçu la quinine injectable comme traitement antipaludique et un seul cas, soit 0,96% a reçu l'artésunate injectable.

III.5.3. Traitement par antibiotique

Tableau XIX : Répartition des patients selon le traitement antibiotique

Antibiotique	Effectif	Fréquence (%)
Oui	188	62.4
Non	113	37.6
Total	**301**	**100.0**

Notre étude montre que 188 cas soit 62 .4% avaient bénéficié un traitement antibiotique.

III.5.4. Type d'antibiotiques

Tableau XX: Répartition des patients selon le type d'antibiotiques

Antibiotique	Effectif (n=188)	Fréquence (%)
Claforan+ampicilline+gentamycine	58	30.9
Claforan	51	27.1
Ampicilline	31	16.4
Claforan+ gentamycine	30	16.0
ampicilline+gentamycine	7	3.7
Cloxacilline	4	2.1
Métronidazole	3	1.5
Augmentin	2	1.06
Ciprofloxacine	2	1.06

Notre étude montre que la trithérapie par claforan + ampicilline +Gentamycine étaient prédominant avec 58 cas soit 30,9% suivis de la monothérapie par claforan et ampicilline respectivement avec 51 cas soit 27,1% ; 31 cas soit 16,4%.

III.5.5. Durée d'hospitalisation

Tableau XXI: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée	Effectif	Fréquence (%)
0-7 jours	182	60.47
8-14 jours	93	30.90
15-21 jours	17	5.65
22-28 jours	5	1.66
29 jours et 36 jours	4	1.33
Total	**301**	**100.0**

L'étude montre que 182 cas soit 60,47% ont été hospitalisés moins de 8jours suivis de 93 cas soit 30,90% qui ont été hospitalisés entre 8 et 14 jours. La durée d'hospitalisation variait de 0 à 36 jours avec une moyenne de 7,2 jours, soit 7 jours.

III.6. Evolution

III.6.1. Evolution en générale

Tableau XXII: Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Effectif	Fréquence (%)
Guérison	276	91.7
Décès	23	7.6
Evasion	2	0.7
Total	**301**	**100.0**

L’étude montre que pour 276 cas soit 91,7%, l’évolution a été bonne. Mais, on enregistre 23 cas de décès soit 7,6%.

III.6.2. Relation entre âge et évolution

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'âge et évolution

Evolution / Age	Décès	Guérison	Evasion	Total
0-29 jours	5	78	0	83
1-11 mois	6	34	0	40
12-59 mois	7	123	0	130
5-10 ans	4	28	0	32
11-15 ans	1	13	2	16
Total	**23**	**276**	**2**	**301**

P=0,000<0,05. La différence est statistiquement significative. L'âge a une influence sur l'évolution de la maladie.

Notre série montre que c'est dans les tranches d'âge de 12-59mois ,1-11 mois où il y a plusieurs décès soit respectivement 7 et 6 décès. La tranche d'âge de 0-5 ans enregistre 18 décès soit 78,2% de tous les décès. Les autres tranches d'âge 5-15 ans totalisent 5 décès seulement, soit 21,8% de tous les décès.

III.6.3. Délai de consultation et évolution

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le délai de consultation et évolution

Evolution / Délai	Décès	Guérison	Evasion	Total
1-2 jours	7	211	2	220
3-7 jours	15	63	0	78
7 jours et plus	1	2	0	3
Total	**23**	**276**	**2**	**301**

P=0,000<0,05. Le délai de consultation a une influence sur l'évolution de la maladie

Le tableau montre que la majorité de décès se trouve chez les patients qui ont consulté un peu tardivement entre 3 et 7 jours d'évolution de la maladie soit 15 décès (65,2% de tous les décès). Mais également on a enregistré 7 décès soit 30,4% de tous les décès parmi ceux qui ont consulté précocement et un seul décès soit 4.4% qui a consulté après 7 jours.

III.6.4. Diagnostic retenu et évolution

Tableau XXV : Répartition des patients selon le diagnostic retenu et évolution

Evolution / Diagnostic	Décès	Guérison	Evasion	Total
Paludisme grave	6	98	1	105
Infections néonatales	4	67	0	71
Pneumopathie bactérienne	4	38	0	42
Bronchiolite	0	21	0	21
Méningite	2	11	0	13
Prématurité	0	8	0	8
Gastro-enterite aiguë	0	7	0	7
Septicémie	4	3	0	7
Anémie mal tolérée sur terrain drépanocytaire	1	5	0	6
Cardiopathie décompensée	1	4	0	5
Infections urinaires	0	4	0	4
Encéphalopathie post-anoxique	1	3	0	4
Epilepsie	1	2	0	3
Hypoglycémie	0	3	0	3
Convulsions hyper pyrétique	0	1	0	1
Syndrome de Lyell	0	0	1	1
Total	**23**	**276**	**2**	**301**

P=0,000<0,05.

Le diagnostic a une influence sur l'évolution de la maladie.

Cette étude montre que c'est le paludisme qui a emporté beaucoup d'enfants (6 enfants) soit 26,0% de tous les décès suivi d'infections néonatales (4 décès soit 17,4%), pneumopathies bactériennes (4 décès soit 17,4%) et septicémie (4 décès soit 17,4%). Mais par rapport au nombre des consultants pour chaque étiologie c'est la septicémie qui vient en première position où parmi les 7enfants qui avaient la septicémie 4 enfants sont morts suivis de pneumopathies bactériennes (4 décès dans 42).

CHAPITRE IV: DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Il s'agit d'une étude prospective menée dans le service de pédiatrie du CHU Kamenge du 1er Novembre 2018 au 30 avril 2019. Pendant cette période 2554 patients ont consulté en urgence et 301 ont répondu à nos critères.

IV.1. Caractéristiques sociodémographiques

IV.1. 1. Résidence

L'étude montre que nos patients proviennent de plusieurs provinces et même à l'étranger en RDC avec un seul cas mais la majorité provient de la Mairie de Bujumbura avec 201 cas soit 66,7% ; Cependant un nombre non négligeable de nos patients provient des autres provinces environnantes de l'hôpital comme Bujumbura, Bubanza, Cibitoke respectivement avec 21,59%; 5,9% ; 2,6%.

Nizigama J. **[40]** avait trouvé dans son étude sur la contribution à l'étude épidemiologique des urgences pédiatriques au CHU Kamenge que la grande partie des patients venaient du quartier KAMENGE avec 30,67%; CIBITOKE avec 14,6%; NGAGARA avec 10,67% ; KINAMA avec 10% qui sont des zones de la commune NTAHANGWA.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients se font soigner à l'hôpital le plus proche où l'accès est facile mais aussi le CHU Kamenge est un hôpital de 3ème référence et se trouve dans un milieu urbain.

IV.1. 2. Age

Les enfants de moins de 5ans étaient les plus représentés soit 84%. Ces résultats sont comparables aux résultats des autres auteurs : Kingwengwe A.et coll. [**3**] 2018 en RDC ont trouvé que 70% étaient des enfants de moins de 5 ans; Ibrahim Y.T.[5**]** en 2012 au Mali a trouvé dans son étude que 79 ,6% étaient les enfants de moins

de 5ans.La prédominance de ces enfants est retrouvée aussi dans l'étude de Coulibaly B. **[6]** en 2005 au Mali qui a trouvé que 67,5% des enfants avaient un âge compris entre 1 et 59 mois.

Nizigama J. **[40]** au CHU Kamenge a trouvé que 66,67% avait entre 1 et 4 ans.

Cette prédominance de la tranche d'âge de 1 à 59 mois pourrait s'expliquer par la vulnérabilité (immaturité immunitaire) de ces enfants et leur sensibilité aux infections avec évolution imprévisible.

IV.1. 3. Sexe

Le sexe masculin était prédominant soit 58,47%. Ces résultats sont semblables à ceux de Ibrahim Y.T. **[5]** en 2012 au Mali, Coulibaly B. **[6]** en 2005 au Mali, Diarra N.C. **[41]** en 2008 au Mali, Nizigama J. **[40]** au Burundi, Kingwengwe A.et coll. **[3]** en 2018 en RDC qui ont trouvé respectivement 58,5%; 59,2% ; 57,7%; 60,67%; 52,3%.

IV.1. 4. Profession et niveau d'instruction des parents

Dans notre étude la majorité des enfants provenaient des parents appartenant à des classes sociales peu favorisées économiquement et peu scolarisées.

En effet, les pères cultivateurs étaient plus nombreux soit 49,83% et 39,5% étaient non scolarisés. De même les mères cultivatrices et /ou ménagères étaient plus représentées soit 58,8% et 40,53% étaient non scolarisées.

Ces résultats sont comparables à ceux de Ibrahim Y.T **[5]** en 2012 au Mali qui a trouvé dans son étude que les pères ouvriers étaient plus représentés avec 77,1% et 33,1 % étaient non scolarisés. De même pour les mères 77,7% étaient des ménagères et 32,9% étaient non scolarisées.

Le niveau d'instruction et la profession des parents semblent avoir une influence négative sur la survenue des urgences. Signalons aussi que la majorité de la population de notre pays est cultivatrice.

Au Burundi, selon l'enquête démographique et de santé 2016-2017, 84% des femmes et 66% des hommes étaient des agriculteurs.

Les femmes et les hommes qui n'avaient aucun niveau d'instruction étaient respectivement à 36% et 26%.**[42]**

Ce qui pourrait aussi expliquer le taux élevé des parents agriculteurs et non scolarisés.

IV.1. 5. Mode de consultation

La grande majorité de nos patients venaient directement de la maison soit 60 ,5% et 39,5% ont été référés. Ibrahim Y.T **[5]** en 2012 au Mali a trouvé que 70 ,7% des patients venaient directement de la maison et 23,1% des cas ont été référés. Mais ces résultats sont différents de ceux de Diarra N.C. **[41]** qui a trouvé dans son étude que 57,3% étaient référés.

Cela montre que les patients ne respectent pas la pyramide sanitaire

IV.2. Caractéristiques cliniques

IV.2. 1. Délai de consultation

Notre étude montre que la majorité des patients soit 73 ,09% ont consulté après 24H d'évolution de la maladie.

Ces résultats sont semblables à ceux de Abdou O.et coll. **[1]** à Libreville au Gabon qui ont trouvé que 67,50% ont consulté 24H après l'évolution de la maladie. Coulibaly B. **[6]** au Mali a trouvé que 48,4% ont consulté entre 0 et 3 jours

d'évolution de la maladie. Ibrahim Y.T. **[5]** a trouvé que 65% des cas ont consulté après 7 jours d'évolution de la maladie.

Cela montre que les consultations restent tardives malgré la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans.

IV.2. 2. Motif de consultation

Dans notre étude la fièvre était le premier motif de consultation le plus retrouvé avec 89,7% suivie de vomissements avec 30,6% ; la détresse respiratoire à 20,3% comme 3ème motif de consultation.

Ibrahim Y.T **[5]** en 2012 au Mali a trouvé dans son étude la fièvre comme premier motif de consultation avec 41,3% suivis des vomissements avec 24,6%.

Ils sont comparables aussi aux résultats de Diarra N.C**. [41]** en 2008 au Mali qui a trouvé dans son étude que la fièvre était le premier motif de consultation.

Coulibaly B. **[7]** au Mali a trouvé que les convulsions étaient le premier motif de consultation aux urgences avec 19,7%.

La prédominance de la fièvre pourrait s'expliquer car elle accompagne beaucoup de pathologies.

IV.2. 3. État général

Notre série montre que pour 56,15% de nos patients l'état général était altérés. Coulibaly B. **[6]** en 2005 au Mali a trouvé que pour 73,82% des patients leur état général était altéré. Un autre auteur Diarra N.C **[41]** en 2008 au Mali a trouvé que pour 34,5% des patients, l'état général était altéré.

Selon la littérature surtout chez les enfants de moins de 30 mois, une affection courante peut se compliquer rapidement en raison de la fragilité de l'enfant **[43].**

Ce qui pourrait expliquer l'altération rapide de l'état général de la plupart des enfants.

IV.3. Examens complémentaires

Les examens complémentaires plus pratiqués étaient la NFS, la CRP, la GE respectivement avec 99,7%; 95,7%; 85%.

Ces résultats sont proches de ceux de Coulibaly B. **[7]** qui a trouvé que l'hémoglobine et l'hématocrite étaient les examens les plus pratiqués à 96,34%, la GE avec 64,66%.

La prédominance de ces examens pourrait s'expliquer car ce sont des examens les plus demandés en cas de fièvre ! Signalons aussi que quelques enfants arrivaient sous traitement avec GE déjà fait, d'où la CRP paraît être plus demandé par rapport à la GE.

IV.4. Diagnostic retenu

Les urgences médicales pédiatriques ont des causes diverses. Les étiologies les plus rencontrées dans notre étude sont le paludisme grave avec 34,9%; les infections néonatales avec 23,6% ; les pneumopathies bactériennes avec 13,9%.

Ces résultats sont semblables à ceux de Kingwengwe A.et coll. **[3]** en 2018 au Congo qui ont trouvé que le paludisme était la première étiologie des urgences.

Diarra N.C **[41]** en 2008 au Mali, Coulibaly B. **[7]** en 2005 au Mali Ibrahim Y.T **[5]** en 2012 au Mali ont trouvé respectivement dans leurs études que le paludisme grave représentait la 1^{e} étiologie des urgences pédiatriques avec 32,4% ; 32,72%; 49%.

Ndukwu et al. au Nigeria en 2015 ont trouvé que le paludisme, la déshydratation, les infections respiratoires, les septicémies sont les principales étiologies des urgences médicales respectivement avec 19,5% ; 17,7% ; 14,2% ; 7,5% **[7]**.

Ces résultats confirment que nous sommes dans la région endémique et que le paludisme reste la première cause de morbidité chez les enfants surtout de moins de 5 ans.

IV.5. Prise en charge

IV.5. 1. Produits utilisés pour le traitement symptomatique

Dans notre étude, la dipyrone a été le produit le plus utilisé en urgence comme antipyrétique avec 67,9% suivis de l'oxygène avec 25,2% et le sang avec 20,6%.
Coulibaly B. **[6]** au Mali a trouvé que le paracétamol était le produit le plus utilisé avec 47,51% comme antipyrétique.

La différence sur les produits utilisés comme antipyrétique pourrait être liée à la disponibilité de ce produit, le prix moins élevé de la dipyrone par rapport au paracétamol mais aussi parce que dans beaucoup de pays la dipyrone a été retirée sur le marché à cause de ses effets secondaires (agranulocytose).

IV.5. 2. Antipaludique

La quinine injectable a été l'antipaludique le plus utilisé dans notre étude avec 99,04% contre 0,96% d'artésunate injectable.
Coulibaly B. **[6]** en 2005 au Mali a trouvé que 67,6% ont reçu l'arthemether comme antipaludique.
Cela montre qu'au cours de notre étude au CHU Kamenge, l'artésunate injectable n'était pas utilisé comme molécule de première intention.

IV.5. 3. Antibiotique

Dans notre étude la majorité de nos patients ont bénéficié une antibiothérapie dans 62,4% des cas.

Ce résultat est comparable à celui de Coulibaly B. **[6]** en 2005 au Mali qui a trouvé que 69,62% des cas avaient bénéficié une antibiothérapie.

La trithérapie par claforan +ampicilline + gentamycine était plus utilisée avec 30,9% dans notre étude. La monothérapie par le claforan était en deuxième postition avec 27,1%. Coulibaly B. **[6]** au Mali a trouvé que la bithérapie par céftriaxone +gentamycine et la monothérapie par la céftriaxone étaient les plus utilisés respectivement avec 38,72% et 26,7%.

Dans notre étude la prédominance de la trithérapie par claforan+ampicilline +gentamycine s'explique par le protocole appliqué pour le traitement des INBP et il y avait plusieurs cas d'INBP.

IV.5. 4. Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation dans 60,47% des cas était entre 0 à 7 jours. La durée variait de 1 à 36 jours avec une moyenne de 7,2 jours. Ces résultats sont proches de ceux de Ibrahim Y.T **[5]** qui a trouvé que dans 56% des cas la durée d'hospitalisation était entre 0 à 4 jours. Coulibaly B. **[6]** a trouvé que dans 63,6% la durée était supérieure ou égale à 4 jours. Kingwengwe A. et coll. **[3]** en 2018 en RDC que 50,2% des patients ont été hospitalisés moins de 4jours.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la durée de traitement du paludisme ne dépasse pas 7 jours et la grande partie de nos patients étaient hospitalisés pour le paludisme grave.

IV.6. Evolution

La grande majorité de nos patients ont eu une évolution bonne avec guérison à 91,7%.

Au cours de notre étude nous avons enregistré 23 décès, soit 7,6%; toutes les tranches d'âge étaient concernées avec une prédominance entre 12 et 59 mois.

Mais 78,2% de décès se retrouve dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans.

Cette prédominance est trouvée aussi dans l'étude Diarra N.C. **[41]** et s'explique par l'immaturité immunitaire de ces enfants et l'évolution souvent imprévisible des affections infantiles. Le taux de mortalité dans notre étude est différent de ceux trouvés par Kingwengwe A. et coll. **[3]** en 2018 au Congo**,** Coulibaly B. **[6]** et Diarra N .C **[41]** qui ont trouvé respectivement 17,1%; 19,4% et 15%.

Cela montre que taux de mortalité reste en peu élevé malgré la gratuité de soins pour les enfants de moins de 5 ans et pourrait s'expliquer par les consultations tardives et l'évolution imprévisible chez ces enfants.

Selon la littérature, la plupart de décès chez les enfants âgés de 1 à 5 ans sont des affections respiratoires aiguës, diarrhée, paludisme, VIH/SIDA, malnutrition **[44].**

Les causes de décès pendant la période néonatale sont la prématurité, l'asphyxie (enfant ne respire pas), les infections néonatales **[45].**

Dans notre série, les premières causes de décès des enfants de moins de 5 ans, période néonatale et postnatale confondues sont le paludisme, les infections néonatales, pneumopathies bactériennes, septicémie respectivement avec 26% (6 cas), 17,4% (4 cas), 17,4% (4 cas).

CHAPITRE V: CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons conclure que les urgences médicales pédiatriques sont une réalité et un véritable problème de santé publique. Les urgences médicales pédiatriques proviennent de plusieurs localités mais principalement dans les communes environnantes de l'hôpital.

Le niveau d'instruction, le bas niveau socio-économique semblent avoir une incidence sur la survenue des urgences médicales pédiatriques. Le sexe masculin est prédominant. La tranche d'âge de 0-5ans est la plus représentée. Un nombre non négligeable des patients a consulté tardivement et une grande partie vient directement de la maison. La fièvre est le premier motif de consultation. La NFS, CRP, GE sont les examens les plus pratiqués.

Les principales étiologies des urgences médicales pédiatriques sont le paludisme grave, les infections néonatales et les pneumopathies bactériennes. La quinine injectable, la trithérapie à base de claforan, ampicilline, gentamycine sont les médicaments les plus prescrits dans le traitement étiologique. La durée d'hospitalisation est de 0 à 7 jours pour la plupart. La mortalité reste en peu élevée ; la tranche d'âge de 0 à 5 ans est la plus touchée et le paludisme grave est la première étiologie la plus incriminée.

V.2. SUGGESTIONS

Au terme de notre étude, nous suggérons

Au Ministère de la Santé publique et de Lutte contre le SIDA:

- Améliorer le plateau technique des hôpitaux pour une meilleure orientation étiologique rapide;

Aux personnels soignants:

- Assurer une éducation des parents pour utilisation des moustiquaires;
- Assurer une prise en charge rapide et correcte des urgences pédiatriques;
- Référer rapidement toute affection qui dépasse les compétences et pouvant entrainer une détresse vitale;

A la population:

- Dormir sous moustiquaires imprégnés d'insecticides à longue durée d'action pour lutter contre le paludisme
- Améliorer l'hygiène;
- Consulter précocement.

Aux étudiants de la Faculté de Médecine:

- Mener une étude prospective à l'échelle nationale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abdour.O., et Coll.

Les urgences Pédiatriques au centre hospitalier de Libreville. Méd. Afr. Noire 2002 49 (11): 475-80.

2. Weir, et Coll.

Overview of children in the Emergency, Rockville, Statistical Brief, 2010, P.157

3. Kingwengwe A. et coll.

Epidemiology of Pediatric Medical Emergencies at the Kindu Reference General Hospital (HGRK): state of affairs and perspectives.Open access librairy journal, 2019,Vo 6,no 9,P 1-9.

4. Hue V., Walter-Nicole E., Martinot A. et coll.

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.Archpediat.2004 ;11 (10 :1191-1196.

5. Ibrahim Y.T.

Les urgences pédiatriques au centre de santé de référence de la commune V, Thèse de doctorat en médecine générale, Bamako,2012, P.56, 57-60.

6. Coulibaly B.,

Les urgences pédiatriques dans le service de pédiatrie au CHU Gabriel-Touré, Thèse de doctorat en médecine générale, Bamako, 2005, P68, 71, 76.

7. Ndukwu, C.I et all.

Pattern and outcome of post-natal Pediatric emergencies in Nnamdi.

Journal Nigerian de la pratique Clinique, 2015, P.18, 348-353.

8. **UNICEF** : Rapport 2010: Levels and trends in Child mortality [en ligne:www.unicef.org/french] consulté le 3/2/2019 à 21h.

9.Ndayishimiye Alice

Urgences médicales au CHU Kamenge:profil du patient et sa prise en charge,thèse de doctorat en médecine générale,Bujumbura,2005

10.Mabano Channel

Passages inappropriés aux servives des urgences de l'hôpital Prince Régent Charles,thèse de doctorat en médecine générale,Bujumbura,2011.

11. OMS : Memento des soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes de l'enfance, 2è édition, 2015, P.2-3,146.

12. Royaume du Maroc : Ministère de la Santé Publique,

Guide des urgences pédiatriques, édition 2018, P. **13**.**OMS.** Manuel du participant: Triage, évaluation et traitement d'urgence,2010. P.2-10.

14. Traore A., Ouedraogo H.Z, Sondo O., Guisson J.P,

Les urgences médicales au centre hospitalier national de Yoldago de Ouagadougou: profil et prise en charge des patients. Cahier de santé 2002,12:307-312.

15. République de Bénin.

Ministère de la santé, de protection sociale et de la condition féminine : Guides pratiques des soins infirmiers de base, Edition MPS-BENIN,1998, P. 100-104.

16. Hay Ad, Redmond N.M, Colstelloe C. et coll.

Paracetamol.and ibuprofen for treatment and fever children: the PITCH randomized controlled health technol, Access 2009;13 (27):1-7.

17. Daniele c., Anna H.

Fever, enemy or friend?A comparison of the perception and management of child hood fever between parents in Germany,Luxembourg and Netherlandsinauguarl - Dissertation, 2011:17-27.

18.Sermet-Gaudelus et coll.

Service de pédiatrie générale,Necker-enfants malades,2005,P 1292-1300.

19. Aujard Y., Bouillon A., Gaudeus J.

Pédiatrie. Ellipses 2009.

20. Jérôme V.M., et coll.

Guide pratique de la consultation en pédiatrie.8ème édition. Masson. Paris, 2005:143-146.

21. Billete De Vilemeur T.

Convulsions fébriles du nourrisson et conduite à tenir en urgencePoly-Tounian 1999, P.183-190.

www.chusa.jussieu.fr/pedagogie/dcem3/pediatrie

22.Cambiejo Masson M.,Detun M.

Neurologie, 10è édition, 2000, P. 129-139.

23. Adama Bah,

Etude des coma fébriles chez les enfants de 4-15ans dans l'unité de réanimation pédiatrique du CHU Gabriel Touré,thèse de doctorat en médecine générale,2007,P 39.

24 Outimh.,De Jonghe B.,Nieskowska A.,

Troubles de la conscience.In:JM.Boles

Réanimation médicale,Paris:Masson,2001,P 1133-1142.

25.Oriot Det Huault

Diagnostic d'un coma de l'enfant

Editions scientifiques et médicales Elsevier ,Paris,2000,P.14

26.Errad Ed,Dr Grange,

Puma protocole

Urgences médicales,Aulmay Surbois,n° 6, 2000.

27. Umberto Simeoni.

Déshydratation aigue sévère du nourrisson.

www.ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/coursen ligne/2001 : consulté le 25/7/219

28. Martinot A., Pruvost I., Aurel M., Dubos F.

Severity Assessment of acute diarrhea. Arch pediatr 2006 nov; 13(11):1466-70.

29. La Revue Prescrire.

Dossier diarrhée aiguë du nourrisson: la réhydratation orale est essentielle.2000 jun;20 (207): 448-58.

30. Costil J., Mothe J.C, Chevalier J.Y, Monier B.

Détresse respiratoire de l'enfant. EMC, Paris, Poumons, 1999.

4064 A10.

31.Landry J.C, Gehri M., Gervaix A.

Reconnaissance des signes de gravités cardiorespiratoires chez l'enfant.

Revue médicale suisse.www.Revmed.ch.26octobre2005 : Consulté le 4/2/2019 à 22h

32 Doumbia M.

P.C.I.M.E dans le service de consultation externe pédiatrique de l'H.G.T**.** Thèse Med. Bko, 2001, n°119.

33.Healthy New partnership.

Un trop grand nombre de décès du nouveau- né.

www.healthynearborns.org,fevrier 2007:consulté le 11/3/2019

34.Chemsi M., Habzi A., Harrak A., Benomar.

Performance de la procalcitonine dans le diagnostic de l'IMF. EMC (Elsevier Masson SAS). Journal de pédiatrie et de puériculture 2017, 25,4:185-192.doi:10:1016/j.JPP.2012.03.009.

35. Matha E., Christopher U., Mathai M.

Is C-Reactive Protein level usefulin differentiating infected from uninfected neonates amount those at risk of infection? Pediatrics 2004, 41:89.

36. Sauret A.

Infections néonatales.

http://www-santé.juin 2013 : consulté le 6/6/2019.

37. Agence National d'accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Diagnostic et traitement de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. Service de recommandations et références professionnelles; septembre 2002, P. 6-7.

38. **Haute autorité de la santé** : Diagnostic et traitement curatif de l'Infection bactérienne précoce du nouveau-né, 2009.

39.Société Française de pédiatrie: Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce. Recommandations pour la pratique clinique, septembre 2017.

https://www.societe-francaise-neonatologie.fr/2017/02/27/recommandationsss/ consulté le 23/9/2019

40.**Nizigama J**.

Contribution à l'étude épidémiologique des urgences pédiatriques au CHU Kamenge. Thèse de doctorat en médecine générale, Bujumbura, 1988, P.41-70

41. Diarra N.C.

Bilan d'activité d'une année au service des urgences pédiatriques du CHU Gabriel-Touré, Thèse de doctorat en médecine générale, Bamako,2009, P.51,53,59,65-66.

42.**République du Burundi** : Troisième enquête démographique et de santé 2016-2017, P.131-134.

43.Sagnes-Raffy et all.

Epidémiologie des Urgences de l'enfant de moins de 2 ans, Société Française de la Médecine d'urgence, 2002, P.10.

44.OMS: Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/mortality/fr/

Consulté le11/12/2019

45. OMS: Enfants : Faire reculer la mortalité

https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality

Consulté le 10/12/2019

ANNEXES

FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom et Prénom :.....

Sexe : M ☐ F ☐

Résidence (commune) :....

Âge :……..

Mode de consultation : Référé (e) ☐ à domicile ☐

IDENTIFICATION DES PARENTS

Niveau d'instruction du père :

Non scolarisé ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Universitaire ☐

Profession du père :

Cultivateur ☐ Commerçant ☐ Fonctionnaire ☐

Elève/Étudiant ☐ Sans ☐ Autres.....

Niveau d'instruction de la mère

Non scolarisé ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Universitaire ☐

Profession de la mère :

Cultivatrice ☐ Commerçante ☐ Fonctionnaire ☐

Elève/Étudiante ☐ Sans ☐ Autres.....

EXAMEN CLINIQUE

Délai de consultation :….

Motifs de consultation :

Fièvre ☐ Convulsions ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐

Coma ☐ Pleurs ☐ Refus de téter ☐

Détresse respiratoire ☐ Autres...

Examen physique ☐

Les paramètres vitaux et mensurations

Température :…. F C :…. F R :….

Poids :…. Taille :…. PC:….

État général : Altéré ☐ Conservé ☐

Signes physiques :

Pâleur ☐ Plis de déshydratation ☐ Plis de dénutrition ☐

Cyanose ☐ Ictère ☐ Hépatomégalie ☐ Splénomégalie ☐

Signes de lutte ☐ Autres....

EXAMENS PARACLINIQUES

Goutte épaisse ☐ NFS ☐ CRP ☐ PL ☐

Urée ☐ Créatinine ☐ Glycémie ☐

Groupage Sanguin et Rhésus ☐ Autres :….

DIAGNOSTIC

Diagnostic (s) systématique(s) :.....

Diagnostic(s) retenu(s):…….

PRISE EN CHARGE

1.Les produits utilisés pour le traitement symptomatique d'urgence:

Antipyrétiques : Ibuprofène ☐ Paracétamol ☐ Autres :….

Antalgiques : ……..

Anti convulsivants: diazépam ☐ phénobarbital ☐

Réhydratation par voie parentérale ☐

Transfusion ☐

Désobstruction des voies aériennes ☐

Oxygénothérapie ☐

Autres…..

2. Traitement étiologique : Oui ☐ Non ☐

Anti paludiques: Artésunate injectable ☐ Quinine injectable ☐

Antibiotiques :

Monothérapie : ampicilline ☐ gentamycine ☐ claforan ☐ autres :…..

Bithérapie : ampicilline + gentamycine ☐ Claforan +ampicilline ☐

claforan +gentamycine ☐

Trithérapie : Ampicilline +Gentamycine +Claforan ☐

Autres : …….

Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐

Si oui, durée d'hospitalisation (en jours):.....

EVOLUTION

Guérison ☐ Décès ☐ Évasion ☐ Inconnue ☐

SERMENT DE GENEVE

"Au Moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Je considèrerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui sera confié à moi.

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

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

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

Je fais ces promesses solennellement, librement et pour honneur".

RESUME

Les urgences pédiatriques constituent l'ensemble des états morbides menaçant la vie de l'enfant.

But : Contribuer à l'étude des urgences médicales pédiatriques au CHU Kamenge.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée dans le service de pédiatrie du CHU Kamenge sur une période de 6 mois, du 1er novembre 2018 au 30 avril 2019. Etaient inclus dans notre étude, les enfants âgés de 0 à 15 ans accueillis dans le service des urgences pédiatriques pour une urgence médicale avec signes d'urgence et/ priorité et hospitalisés dans le service de pédiatrie.

Résultats : 2554 patients ont consulté en urgence et 301 patients ont répondu aux critères. Les urgences médicales pédiatriques proviennent de plusieurs localités et la Mairie de Bujumbura vient en première position avec 66,7%. Il y a une prédominance masculine à 58% avec un sexe ratio de 1,4. La tranche d'âge de 0 à 5 ans est la plus représentée avec 84%. Environ 60,5% viennent directement de la maison.Les patients ont consulté avec 73,9% dans les deux premiers jours d'évolution de la maladie et la fièvre est le premier motif de consultation avec 89,7%. Le paludisme grave est la première étiologie des urgences avec 34,9% suivi d'infections néonatales avec 23,6%.

La quinine injectable est l'antipaludique le plus utilisé avec 99,04%. Environ 60,47% des patients ont été hospitalisés moins de 8 jours. Nous avons enregistré 23 décès, soit 7,6%. La tranche d'âge de 0 à 5 ans a été la plus touchée et le paludisme grave est la première étiologie incriminée.

Conclusion : Les urgences médicales pédiatriques proviennent de plusieurs localités et ont des causent diverses. La consultation précoce, la prise en charge adéquate pourraient contribuer à diminuer le taux de mortalité.

Mots clés: Urgences, pédiatrie, CHU Kamenge.