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

Les pathologies chirurgicales néonatales au centre hospitalo-universitaire de Kamenge. A propos de 110 cas

Ndayiragije, Jonice; Sous la direction de: Dr Mbonicura Jean Claude

2021-06
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/707

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

LES PATHOLOGIES CHIRURGICALES NEONATALES AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE KAMENGE. A PROPOS DE 110 CAS.

Par

NDAYIRAGIJE Jonice

Sous la direction de:

Dr MBONICURA Jean Claude

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

Bujumbura, Juin 2021

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

1. Président : Dr Alice NDAYISHIMIYE, Pédiatre

2. Directeur : Dr Jean Claude MBONICURA, Chirurgien viscéral

3. Secrétaire: Dr Clovis Paulin BARAMBURIYE, assistant en Anatomie

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS (A.A : 2019-2020)

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

II. PROFESSEURS EMERITE

1. Pr Evariste NDABANEZE : Hépato-Gastroentérologie
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie Chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie Chirurgicale

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies infectieuses et parasitaires
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
9. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
10. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-Rhino-Laryngologie

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique
2. Pr Serge BAHIMANGA : Pédiatrie
3. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
4. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie

5. Pr Joseph NYANDWI	: Néphrologie, Sémiologie et Physiologie rénale
6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE	: Gynécologie-Obstétrique et Soins Maternels et Infantiles
7. Pr Jean Claude NIYONDIKO	: Anatomie, Pathologie Chirurgicale
8. Pr Eugène NDIRAHISHA	: Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardio-vasculaire
9. Pr François NDIKUMWENAYO	: Physiologie, Education à la Citoyenneté
10. Pr Patrice BARASUKANA	: Neuroanatomie ; Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique
11. Pr Sébastien MANIRAKIZA	: Imagerie Médicale
12. Pr Déogratias NTUKAMAZINA	: Gynécologie-Obstétrique
13. Pr Levi KANDEKE	: Ophtalmologie
14. Pr Alexis SINZAKARAYE	: Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation
15. Pr Martin MANIRAKIZA	: Pathologies infectieuses et parasitaires, Endocrinologie
16. Pr Pontien NDABASHINZE	: Pédiatrie
17. Pr AMANI Moïbéni	: Sémiologie Médicale et Physiologie Digestive
18. Pr Stanislas HARAKANDI	: Soins Palliatifs et douleurs *;* Anesthésie-Réanimation
19. Pr Léonard BIVAHAGUMYE	: Oto-Rhino-Laryngologie
20. Pr Gilbert NDAYIZEYE	: Anatomie
21. Pr Paul BANDEREMBAKO	: Urologie

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale
2. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
3. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie
4. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
5. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale
6. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
7. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
8. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie, Neurochirurgie
9. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche Épidémiologie et Déontologie
10. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie
11. Pr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
12. Pr Désiré NISUBIRE : Biologie moléculaire, Cytologie et Génétique

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la Santé Publique, Gestion Hospitalière
3. Dr Désiré HABONIMANA : Epidémiologie, Méthodologie de la Recherche
4. Dr Alexandre NIYONKURU : Médecine nucléaire

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Clovis Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr Eloi IRANGABIYE : Anatomie-Pathologie
4. Dr Episode NTAWUYAMARA : Anatomie-Pathologie
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 Thaddée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr Jean Bosco KAYOYA : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mr Éric NIYIKIZA : Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
11. Dr Alexis BANUZA : Informatique
12. Mme Anne Marie NAHIMANA : Soins Infirmiers
13. Dr Emmanuel KAMO : Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie
17. Dr Révérien NDAYIRORERE : Urologie
18. Dr Stève NIMUBONA : Anatomie, Sémiologie chirurgicale II
19. Dr BAMPOYE Freddy : Anesthésie-Réanimation
20. Dr NDAYISABA Carter : Anesthésie- Réanimation

DEDICACES

A mes regrettés parents ;

A mon fiancé Gervais NDAYIKENGURUKIYE ;

A la famille Ir Tsitsi MASIYIWA ;

A mon frère ;

A mes sœurs ;

A tous les enseignants qui m'ont ouvert la voie au monde du savoir, de l'école primaire à l'Université ;

A tous ceux qui me sont chers ;

Je dédie cette thèse.

REMERCIMENTS

Au **Dr Jean Claude MBONICURA**, **spécialiste en chirurgie générale et viscérale, Directeur de cette thèse.** Vous avez accepté avec spontanéité de guider nos premiers pas dans la recherche. Malgré vos multiples responsabilités, vous étiez toujours disponible et prêt à nous écouter. Votre amour du travail bien fait et votre raisonnement scientifique nous serviront toujours de modèle. Trouvez ici le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

Au Dr Alice NDAYISHIMIYE, Spécialiste en Pédiatrie et Président du jury. Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de juger ce travail de recherche et de faire partie du jury malgré vos multiples responsabilités. Trouvez ici l'expression de notre profond respect.

Au Dr Clovis Paulin BARAMBURIYE, assistant en Anatomie et Membre du jury. C'est un honneur pour nous de vous compter parmi nos juges dans ce travail. Trouvez ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance.

A la 36ème promotion de la faculté de médecine de Bujumbura pour les joies et les peines partagées.

A tous ceux qui, de loin ou de près, ont contribué à notre formation et particulièrement à la réalisation de ce travail.

Nous disons sincèrement merci à vous tous.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

> /< : supérieur/ inferieur

% : Pourcentage

ASP : Abdomen sans préparation

AVB : Accouchement par voie basse

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

Coll : Collaborateurs

CPN : Consultations Prénatales

ECUN : Entérocolite ulcéro-nécrosante

H : Heure

LCS : Liquide Cérébro-Spinal

MAR : Malformations Ano-Réctales

MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

n : nombre

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PCN : Pathologies chirurgicales néonatales

PD : Pays en développement

SA : Semaine d'aménorrhée

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Vue de face d'un nouveau-né présentant une hydrocéphalie 3
Figure 2 : Vue de profil d'un nouveau-né présentant une encéphalocèle occipitale 4
Figure 3 : Vue de face des nouveaux-nés présentant respectivement une fente labiale unilatérale et fente labio-palatine bilatérale 5
Figure 4 : Vue postérieure d'un nouveau-né présentant de malformation congénitale type spina bifida. 6
Figure 5 : Vue de face d'un nouveau-né présentant un tératome sacrococcygien de grande taille avec anus antéposé 6
Figure 6 : Vue de face d'un nouveau-né présentant une malformation congénitale type omphalocèle non rompu 7
Figure 7 : Vue de face d'un nouveau-né présentant un Laparoschisis 8
Figure 8 : Vue de face d'un bébé présentant une imperforation anale 9
Figure 9 : Vue de face d'un nouveau-né présentant une extrophie vésicale 9
Figure 10 : Classification anatomique de l'atrésie de l'œsophage selon Ladd et Gross 10
Figure 11 : Anatomie de l'hypospadias 11
Figure 12 : Epispadias masculin 11
Figure 13 : vue de face d'un enfant présentant un Genu Recurvatum 12
Figure 14 : vue de face d'un enfant présentant un pied bot 12

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des nouveau-nés selon le sexe 17
Tableau II : Répartition des nouveau-nés selon l'âge à l'admission 17
Tableau III : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance 18
Tableau IV : Répartition des patients en fonction du terme de l'accouchement 18
Tableau V : Répartition des mères en fonction de la gestité 18
Tableau VI : Répartition des mères en fonction de la parité 19
Tableau VII : Répartition des patients selon le mode d'accouchement 19
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du type de grossesse 19
Tableau IX : Répartitions des mères en fonction du nombre de CPN réalisées 20
Tableau X : Répartition des mères en fonction du nombre d'échographies réalisées 20
Tableau XI : Répartition des patients en fonction du délai de consultation 21
Tableau XII : Répartition des différentes pathologies 22
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du type de pathologies 23
Tableau XIV : Répartition des pathologies en fonction de l'urgence 23
Tableau XV : Répartition des patients en fonction du moment du diagnostic 24
Tableau XVI : Répartition des patients selon l'attitude thérapeutique 24
Tableau XVII : Répartition des patients opérés en fonction du délai de prise en charge chirurgicale 25
Tableau XVIII : Répartition des patients opérés en fonction des complications post-opératoires 25
Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du pronostic vital 26
Tableau XX : Répartition des patients décédés en fonction du moment de décès . 26
Tableau XXI : Répartition des patients décédés selon le type de mortalité 26
Tableau XXII : Répartition de la mortalité selon les différentes pathologies 27
Tableau XXIII : Répartition des patients selon leur mode de sortie 28
Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation. 29

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS (A.A : 2019-2020) ii

DEDICACES vi

REMERCIMENTS vii

SIGLES ET ABBREVIATIONS viii

LISTE DES FIGURES ix

LISTE DES TABLEAUX x

TABLE DES MATIERES xi

AVANT -PROPOS xiv

0. INTRODUCTION 1

0.1. Contexte et justification 1

0.2. Objectifs 2

0.3. Questions de recherche 2

CHAPITRE I. GENERALITES 3

I.1. Description des principales pathologies chirurgicales néonatales 3

I.1.1. Quelques pathologies chirurgicales néonatales congénitales 3

I.1.1.1. Pathologies neurochirurgicales et ORL 3

I.1.1.1.1. Hydrocéphalie 3

I.1.1.1.2. Encéphalocèle 4

I.1.1.1.3. Fentes labiales et palatines 4

I.1.1.1.4. Spina bifida 5

I.1.1.1.5. Tératome sacrococcygien 6

I.1.1.2. Pathologies viscérales et urologiques 7

I.1.1.2.1. Omphalocèle 7

I.1.1.2.2. Laparoschisis 7

I.1.1.2.3. Aganglionose colique ou Maladie de Hirschprung 8

I.1.1.2.4. Malformations ano-rectales (MAR) 8

I.1.1.2.5. Extrophie vésicale 9

I.1.1.2.6. Atrésie de l'œsophage 9

I.1.1.2.7. Hypospadias 10
I.1.1.2.8. Epispadias 11
I.1.1.3. Malformations des membres 12
I.1.1.3.1. Genu recurvatum 12
I.1.1.3.2. Pieds bots congénitaux 12
I.1.2. Pathologies chirurgicales néonatales acquises 13
I.1.2.1. Péritonite méconiale 13
I.1.2.2. Entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN) 13
I.1.2.3. Complications du mésentère commun : le volvulus 14
CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODES 15
II.1. Type, lieu et durée d'étude 15
II.2. Population de l'étude 15
II.3. Recueil et analyse des données 15
II.4. Contraintes et limites 16
CHAPITRE III. RESULTATS 17
III.1. Données épidémiologiques 17
III.1.1. Fréquence globale 17
III.1.2. Sexe 17
III.1.3. Age à l'admission 17
III.1.4. Poids de naissance 18
III.1.5. Terme à l'accouchement 18
III.1.6. Gestité 18
III.1.7. Parité 19
III.1.8. Mode d'accouchement 19
III.1.9. Type de grossesse 19
III.1.10. Consultations prénatales au cours de la grossesse 20
III.1.11. Echographies réalisées au cours de la grossesse 20
III.2. Aspect diagnostique 21
III.2.1. Délai de consultation 21
III.2.2. Types de pathologies 22
III.2.3. Urgences chirurgicales néonatales 23
III.2.4. Moment du diagnostic 24

III.3. Aspects thérapeutique et évolutif 24
III.3.1. Traitement 24
III.3.2. Délai de prise en charge chirurgicale 25
III.3.3. Complications postopératoires 25
III.3.4. Devenir des patients 26
III.3.5. Moment de décès 26
III.3.6. Type de mortalité 26
III.3.7. Mode de sortie 28
III.3.8. Durée d'hospitalisation 29
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET COMMENTAIRES 30
IV.1. Caractéristiques épidémiologiques 30
IV.1.1. Fréquence hospitalière des pathologies chirurgicales néonatales 30
IV.1.2. Sexe 30
IV.1.3. Age à l'admission 30
IV.2. Aspect diagnostic 31
IV.3. Aspects thérapeutiques et évolutifs 32
IV.3.1. Traitement 32
IV.3.2. Mortalité 33
CHAPITRE V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS 34
V.1. Conclusion 34
V.2. Suggestions 35
REFEFENCES 36
ANNEXES 43
ANNEXE 1 : FICHE DE RECEUIL DES DONNEES 43
ANNEXE 2 : SERMENT DE GENEVE 46
RESUME 47

AVANT -PROPOS

Les pathologies chirurgicales néonatales sont caractérisées par une mortalité très élevée dans les pays en développement y compris notre pays. Nous avons décidé de mener une étude pour savoir leur place au CHU de Kamenge en étudiant les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs.

Nous sommes heureux de vous présenter les résultats de notre étude et nous tenons à remercier tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail. Nous vous souhaitons une très bonne lecture et un très bon apprentissage.

0. INTRODUCTION

0.1. Contexte et justification

Les pathologies chirurgicales néonatales (PCN) sont l'ensemble des affections congénitales ou acquises, nécessitant une intervention chirurgicale dans un délai plus ou moins court [1]. Les pathologies rencontrées sont essentiellement malformatives. Il s'agit le plus souvent d'urgence chirurgicale mettant en jeu le pronostic vital et /ou fonctionnel [2].

Si dans les pays développés le dépistage anténatal et la prise en charge précoce ont permis de réduire la mortalité de ces PCN de 50% à moins de 10%, dans les pays en développement (PD), la prise en charge se heurte à de nombreuses difficultés liées au retard de diagnostic et à l'insuffisance du plateau technique. Ces pathologies souvent curables, sont caractérisées par une mortalité encore élevée de nos jours [1, 3 ,4].

En Afrique, la chirurgie néonatale a fait l'objet de peu de travaux [5]. Au Burundi, une étude sur l'omphalocèle a été réalisée au CHU de Kamenge en 2011, dans laquelle, on a trouvé une fréquence de 17,1% [6] ; une autre étude a été rapportée en 2012 au sujet d'atrésies digestives avec une fréquence de 1% [7] et une autre étude sur les occlusions intestinales néonatales a été réalisée en 2020 dans laquelle on a trouvé une fréquence de 60,5% des urgences chirurgicales néonatales [8].

Par contre, les données sur l'ensemble des pathologies chirurgicales du nouveau-né ne sont pas connues car aucune étude n'a été encore faite sur le sujet. C'est pour cette raison qu'il nous a paru opportun de mener une étude pour savoir la place des pathologies chirurgicales néonatales de façon générale au CHU de Kamenge.

0.2. Objectifs

- **Objectif général :**

Etudier les pathologies chirurgicales néonatales au CHU de Kamenge

- **Objectifs spécifiques** :

- Déterminer les caractéristiques épidémiologiques des pathologies chirurgicales néonatales ;
- Décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs de ces pathologies.

0.3. Questions de recherche

1. Quelle est la place des pathologies chirurgicales néonatales au CHU de Kamenge ?
2. Quelles sont les pathologies chirurgicales néonatales fréquemment rencontrées au CHU de Kamenge ?
3. Quelle est l'évolution des nouveaux-nés traités pour pathologie chirurgicale néonatale ?

CHAPITRE I. GENERALITES

Les pathologies chirurgicales néonatales sont l'ensemble des affections congénitales ou acquises, nécessitant une intervention chirurgicale dans un délai plus ou moins court [1].

I.1. Description des principales pathologies chirurgicales néonatales

I.1.1. Quelques pathologies chirurgicales néonatales congénitales

I.1.1.1. Pathologies neurochirurgicales et ORL

I.1.1.1.1. Hydrocéphalie

Le terme d'« hydrocéphalie » qui, étymologiquement signifie « eau dans le cerveau» définit une distension progressive des espaces anatomiques intracrâniens où siège normalement le LCS (les espaces ventriculaires et sous arachnoïdiens), en rapport avec un déséquilibre entre la production et la circulation-résorption. Cette définition exclut notamment :

- les dilatations liées à une atrophie ou à un défaut du développement du parenchyme cérébral,
- les épanchements sous duraux,
- les formations kystiques localisées ne s'accompagnant pas d'un trouble de la dynamique générale du LCS.

Elle reconnait une multitude d'étiologies. On note une fréquence de 0.03% des accouchements [9,10]. Le diagnostic est affirmé entre la 18è et la 20è SA [11].



Figure 1 : Vue de face d'un nouveau-né présentant une hydrocéphalie [12]

I.1.1.1.2. Encéphalocèle

L'encéphalocèle est une malformation due à un défaut de fermeture du tube neural Caractérisée par une hernie du tissu cérébral et /ou des méninges à travers un défect crânien congénital [13, 14,15]. On distingue : les encéphalocèles occipitales ; les encéphalocèles fronto-éthmoïdales essentiellement observées en Extrême-Orient [16].

La prévalence des encéphalocèles diffère d'une région à une autre et varie entre 3 à 61 pour 10.000 naissances vivantes [17].



Figure 2 : Vue de profil d'un nouveau-né présentant une encéphalocèle occipitale [18]

I.1.1.1.3. Fentes labiales et palatines

Les fentes labio-palatines sont les dysmorphoses buccales congénitales résultant d'une absence ou d'une insuffisance de la fusion entre les différents bourgeons faciaux qui se déroule de la 5^{è} à la 7^{è} semaine de vie intra-utérine, et qui aboutit à diverses formes de fentes plus ou moins marquées. Toutes les formes existent donc, de la simple fente labiale à la forme la plus complexe (fente labio-palatine bilatérale complète) [19, 20]. Les fentes labiales s'observent dans environ 0,1% de naissance et celles palatines dans 0,5% de naissance [21].

L'étiologie dépend à la fois de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux. Le diagnostic est souvent réalisé lors d'une échographie anténatale [22].



Figure 3 : Vue de face des nouveaux-nés présentant respectivement une fente labiale unilatérale et fente labio-palatine bilatérale [18]

I.1.1.1.4. Spina bifida

Spina signifie épine (désigne la partie postérieure des vertèbres), bifida veut dire fendue en deux. Il s'agit d'une malformation congénitale localisée dans la moelle épinière qui correspond à l'absence de fusion des arcs postérieurs vertébraux provoquant le plus souvent une protrusion de la moelle [23].

Il existe différents types de spina bifida dont les aspects cliniques sont plus ou moins graves. En effet, on observe deux principaux genres de spina bifida :

- **Spina bifida occulta** : désigne une malformation cachée de la colonne vertébrale. Elle est souvent découverte de façon fortuite lors d'une radiographie ou d'un examen du dos. Cette anomalie se localise surtout au niveau des derniers segments lombaires ou sacrés. A cet endroit, au niveau de la peau, on observe généralement une touffe de poils, un angiome, un nævus pigmenté ou une petite dépression.
- **Spina bifida aperta** : On l'appelle aussi spina bifida ouvert. Il correspond aux formes les plus sévères et les plus handicapantes. Elles représentent environ 90% des Spina bifida. On distingue deux grandes sortes d'aperta : le méningocèle (hernie des méninges) (10%) et le myéloméningocèle (hernie de la moelle et des méninges) (90%) [24,25].



Figure 4 : Vue postérieure d'un nouveau-né présentant de malformation congénitale type spina bifida [12].

I.1.1.1.5. Tératome sacrococcygien

Le tératome est une tumeur germinale contenant des tissus provenant des deux ou des trois feuillets embryonnaires (ectoderme, mésoderme et endoderme). Il représente la tumeur la plus fréquente en période néonatale [26]. L'incidence du tératome sacrococcygien est d'environ 1 /40000 et 1/35 000 naissances vivantes [27]. Il existe une nette prédominance féminine avec un sex-ratio de 1/3 à 4 [28]. Le tératome sacrococcygien est considéré comme une urgence chirurgicale du fait de son potentiel de transformation maligne à partir du 4ème mois de vie, le pronostic est en général excellent dans la période néonatale mais devient progressivement plus sombre avec l'âge avancé de l'enfant [29,30].



Figure 5 : Vue de face d'un nouveau-né présentant un tératome sacrococcygien de grande taille avec anus antéposé [31]

I.1.1.2. Pathologies viscérales et urologiques

I.1.1.2.1. Omphalocèle

Une omphalocèle est une malformation congénitale due à un défaut de fermeture de l'anneau ombilical avec extériorisation des viscères abdominaux recouverts par la membrane amniotique translucide et avasculaire [32]. Elle se présente comme une large hernie centrée par le cordon ombilical où les viscères extériorisés sont protégés par un sac [33]. Le diagnostic anténatal de l'omphalocèle est le plus souvent fait lors de l'échographie initiale vers la 10è et 12è semaine d'aménorrhée [34]. Leur pronostic dépend des malformations associées, de la précocité de la prise en charge, de la taille du collet et du contenu [35,36].

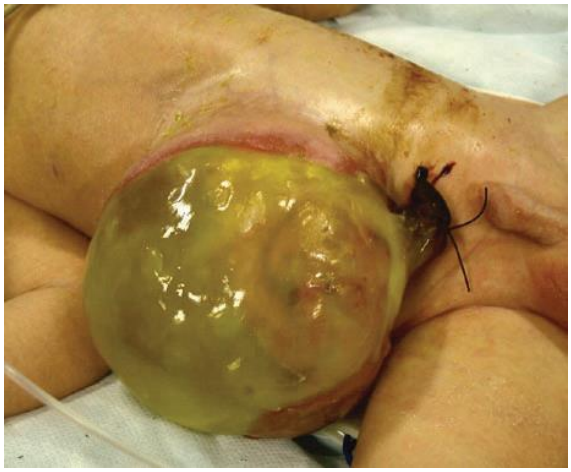


Figure 6 : Vue de face d'un nouveau-né présentant une malformation congénitale type omphalocèle non rompu [34]

I.1.1.2.2. Laparoschisis

C'est une véritable éviscération congénitale caractérisée par un défect pariétal para ombilical. Le cordon s'insère normalement sur la paroi abdominale antérieure et les viscères herniés sont dépourvus de couverture amniotique. C'est une foetopathie le plus souvent sans malformation associée. Le jeune âge maternel, souvent des femmes primipares, est retrouvé dans toutes les séries [37]. Le laparoschisis est plus rare que l'omphalocèle et sa fréquence est estimée à 1/1000 naissances. Dans les pays développés, le pronostic final de cette malformation est excellent, et la survie sans séquelle dépasse 95 % [38].



Figure 7 : Vue de face d'un nouveau-né présentant un Laparoschisis [12]

I.1.1.2.3. Aganglionose colique ou Maladie de Hirschprung

Elle a été décrite en 1886 par un médecin Danois Harald Hirschprung qui lui a donné son nom [34]. C'est une occlusion fonctionnelle par absence congénitale de cellules ganglionnaires au niveau des plexus mésentériques d'Auerbach et sous-muqueux de Meissner dans un segment de longueur variable du tractus digestif [35]. C'est une neurocristopathie qui résulte d'une anomalie de migration, de prolifération et de différenciation des cellules. Elle survient de façon sporadique dans 90 à 92% des cas [39]. Son association à d'autres malformations ne se voit que dans 30% des cas. L'existence des formes familiales dans 8 à 10% des cas, a permis d'évoquer l'hypothèse d'une maladie génétique [40].

I.1.1.2.4. Malformations ano-rectales (MAR)

Ce sont des anomalies congénitales interrompant de façon totale ou partielle la continuité de la partie terminale du tube digestif (rectum ou anus) ou en modifiant la topographie [32]. On distingue les formes hautes, les formes intermédiaires et les formes basses. Elles touchent plus souvent les garçons que les filles [41].



Figure 8 : Vue de face d'un bébé présentant une imperforation anale [18]

I.1.1.2.5. Extrophie vésicale

C'est une aplasie plus ou moins complète de la paroi abdominale sous-ombilicale ainsi que de la paroi antérieure de la vessie, du col et de l'urètre, de la verge ou du clitoris. L'extrophie vésicale peut être mineure, se résumant à une fistule urinaire vésicale antérieure ou à un épispadias. La forme majeure correspond à l'extrophie cloacale, avec malformation ano-rectale associée et fistule recto-urinaire [42].

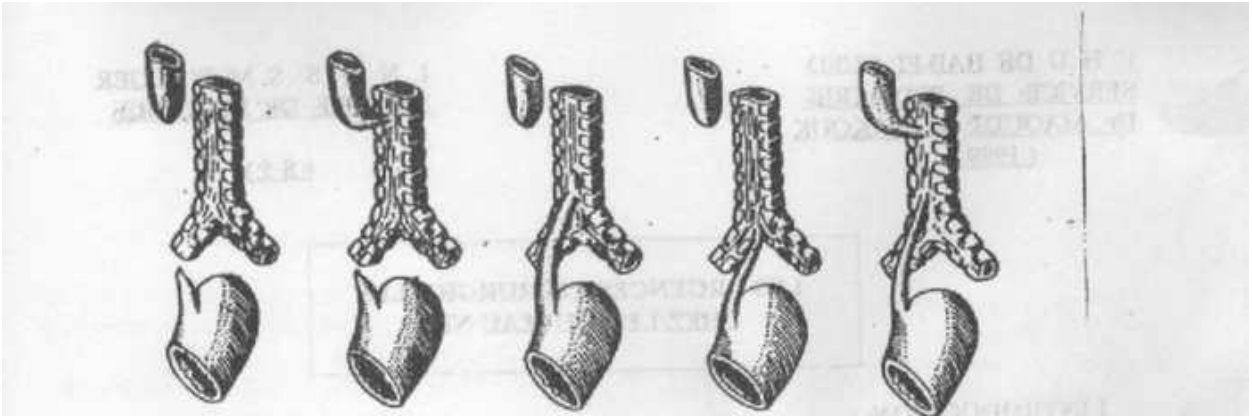


Figure 9 : Vue de face d'un nouveau-né présentant une extrophie vésicale [12]

I.1.1.2.6. Atrésie de l'œsophage

L'atrésie de l'oesophage est une interruption de la continuité de l'oesophage avec ou sans fistule trachéo-oesophagienne [1]. Elle est généralement estimée à 1/3000 naissances vivantes. La cause précise de l'atrésie de l'oesophage n'est pas connue [43]. La présence ou l'absence de la fistule oesotrachéale et la localisation de la fistule lorsqu'elle existe, permettent de faire une classification anatomique [44].

Le diagnostic positif de l'atrésie de l'oesophage se fait surtout à la naissance lors de l'examen clinique minutieux du nouveau-né. En anténatal c'est un diagnostic de suspicion. Les examens complémentaires, notamment la radiologie, confirment le diagnostic [45].



Type I (7 à 10%) Type II (l%) Type III et IV (90%) Type V (2 à 3%)

Figure 10 : Classification anatomique de l'atrésie de l'œsophage selon Ladd et Gross [43]

I.1.1.2.7. Hypospadias

L'hypospadias est une malformation congénitale fréquente due à une insuffisance de virilisation du tubercule genital au cours du développement embryonnaire.

Cet arrêt du développement des structures constituant la face ventrale du pénis induit des anomalies morphologiques typiques et de sévérité variable [46].

Sa fréquence est estimée entre 1/300 (0,3%) et 1/250 (0,4%) naissances masculines.

Les hypospadias sont regroupés en 3 formes, il y a des formes dites « antérieures» ou « distales» représentant plus de 70% des cas, des formes « moyennes» retrouvées dans 10% des cas et des formes «postérieures» ou « proximales» qui représentent 20% des cas [47].

Le traitement de l'hypospadias est exclusivement chirurgical [48].



Figure 11 : Anatomie de l'hypospadias [49,50]

I.1.1.2.8. Epispadias

L'épispadias est une malformation urogénitale rare se caractérisant par une aplasie plus ou moins complète de la face supérieure de l'urètre. Fréquemment associé à une extrophie vésicale, il est isolé dans10% des cas. On distingue des épispadias continents et incontinents [51].

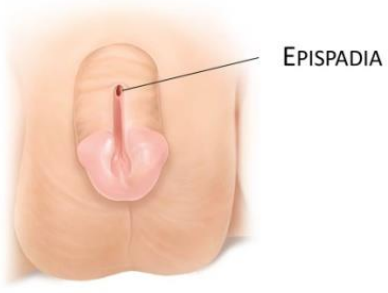


Figure 12 : Epispadias masculin [52]

I.1.1.3. Malformations des membres

I.1.1.3.1. Genu recurvatum

Il s'agit d'anomalie à type d'hyperextension excessive du genou. Il peut être unilatéral ou bilatéral.



Figure 13 : vue de face d'un enfant présentant un Genu Recurvatum [18]

I.1.1.3.2. Pieds bots congénitaux

Ce sont des déformations fréquentes généralement bilatérales. Il en existe différentes variétés en fonction du sens de la déformation. On distingue :
les pieds bots varus équins, les pieds bots convexes, les pieds bots talus [53].



Figure 14 : vue de face d'un enfant présentant un pied bot [18]

I.1.2. Pathologies chirurgicales néonatales acquises

I.1.2.1. Péritonite méconiale

- **La péritonite méconiale** : elle résulte d'une perforation intestinale en milieu aseptique en anténatal, entraînant un passage de méconium dans la cavité péritonéale. Dans la race blanche, elle révèle une mucoviscidose dans environ un quart de cas.
- **La péritonite médicale** : rare en période néonatale, pouvant être secondaire à une perforation digestive, à une septicémie. Elle peut être associée à une péritonite méconiale. Elle peut être révélatrice d'une maladie de Hirschprung par perforation cæcale. Il y a un état inflammatoire de la cavité péritonéale dans les deux cas.

Cliniquement, il y a une distension abdominale avec signe de défense, des vomissements souvent bilieux, une absence ou retard d'émission de méconium. L'état général est vite altéré [54]. L'ASP et L'échographie confirment le diagnostic en montrant respectivement une calcification péritonéale, un pneumopéritoine de la grande cavité ou un épanchement et un pneumopéritoine ou un épanchement liquidien sous forme d'ascite. Le traitement est médico-chirurgical, et est une urgence chirurgicale [55].

I.1.2.2. Entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN)

L'E.C.U.N est une maladie du nouveau-né, d'origine vasculaire et infectieuse. Elle est acquise. Le nouveau-né prématuré est le plus souvent touché de cette maladie.

Il s'agit d'une nécrose de la muqueuse digestive de l'intestin grêle survenant dans un contexte septique ou chez un Hirschprung. Le risque de survenue d'une péritonite par perforation ou une ischémie intestinale est élevé. Sa cause reste mal éclairée [56].

Le tableau clinique est dominé par un faciès septique, un ballonnement abdominal douloureux à la palpation, des vomissements alimentaires post prandiaux précoces et bilieux, des selles glairo-sanguinolantes ou tout simplement une rectorragie.

L'ASP montre une distension abdominale avec une pneumatose intestinale. La présence d'un pneumopéritoine signe la perforation digestive. Le traitement est avant tout médical. Le traitement chirurgical vient en cas de péritonite par perforation digestive, devant une sténose cicatricielle ou lorsque le traitement médical est inefficace pour lever le plastron [57].

I.1.2.3. Complications du mésentère commun : le volvulus

Le mésentère commun correspond à la persistance de la disposition embryonnaire de l'intestin et qui n'a pas subi la rotation normale, ni les accolements postérieurs à la paroi qui se produisent normalement lors de la réintégration dans l'abdomen de l'anse intestinale primitive aux environs de la 12ème semaine du développement embryonnaire [1]. Le mésentère commun est associé le plus souvent à un défaut de la rotation de l'anse intestinale primitive autour de l'axe vasculaire mésentérique supérieur.

En lieu des accolements postérieurs normaux, se produisent des accolements anormaux, reliant l'angle iléo-caecal au péritoine pariétal postérieur, en bridant le duodénum et rapprochant l'un de l'autre les angles : iléo-caecal et duodénojéjunal. Cela favorise le volvulus du grêle avec un ou plusieurs tours de la masse intestinale autour de l'axe mésentérique . Un tel accident est grave car la circulation sanguine est entravée dans tout le territoire mésenterique avec risque accru d'ischémie étendue du grêle. Le volvulus complet se manifeste à la naissance par des vomissements bilieux avec un abdomen plat douloureux qui est le siège d'une défense plus ou moins généralisée. L'émission de selles sanglantes est tardive et traduit la souffrance ischémique de l'intestin [43].

A l'ASP, les images se confondent à celles d'une atrésie duodénale. L'échographie visualise les vaisseaux mésentériques et retrouve ici une artère mésentérique supérieure située à droite de la veine et surtout un signe de tourbillon témoignant en doppler du volvulus des vaisseaux mésentériques [58].

Le traitement est une extrême urgence chirurgicale en vue d'éviter la nécrose intestinale qui compromet dangereusement le pronostic vital [59].

CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODES

II.1. Type, lieu et durée d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur une période de 3 ans allant du 1er Juillet 2017 au 30 Juin 2020. Elle a été réalisée dans les départements de Pédiatrie (service de Néonatologie) et de Chirurgie générale du CHU de Kamenge.

II.2. Population de l'étude

La population de l'étude était composée des nouveau-nés hospitalisés en Néonatologie ou en Chirurgie.

Les dossiers colligés au cours de cette étude ont été choisis sur base des critères suivants :

- **Critère d'inclusion** : Tout nouveau-né ayant été hospitalisé pour une pathologie chirurgicale néonatale, opéré ou non au CHU de Kamenge, durant la période d'étude.
- **Critère d'exclusion** : tout nouveau-né avec :
    - dossier incomplet ;
    - dossier non retrouvé ;
    - malformations cardiaques.

II.3. Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte de données préétablie correspondant à chaque dossier du malade et les informations ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des malades, des registres des grandes interventions et des compte- rendu opératoires; des registres des entrants et sortants des Départements de Chirurgie générale et de Pédiatrie (service de Néonatologie).

Ainsi nous avons étudié les variables suivantes :

- Les données sociodémographiques des nouveau-nés (âge, sexe)
- Les antécédents anténataux (nombre de CPN et écographies réalisées au cours de la grossesse) ;
- Les antécédents périnataux (terme à l'accouchement, mode d'accouchement, poids de naissance) ;
- Les renseignements cliniques des nouveau-nés (délai de consultation, types de pathologies, moment du diagnostic) ;
- Les antécédents gynéco-obstétricaux des mères (parité et gestité) ;
- Les renseignements thérapeutiques et évolutifs (attitude thérapeutique, délai de prise en charge chirurgicale défini comme temps s'écoulant entre la date d'admission et la de date d'intervention chirurgicale, complications postopératoires, pronostic vital, moment de décès, mode de sortie et durée d'hospitalisation).

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide de l'outil informatique avec les logiciels suivants :

- Microsoft Word 2016 pour la saisie du texte
- Epi info version 7.2.2.2 et Microsoft Excel 2016 pour l'analyse et le traitement des données.

II.4. Contraintes et limites

La limite principale était liée au type de notre étude par rapport à l'exactitude des données. Nous avons rencontré des difficultés dans la collecte des données. En effet, ces difficultés étaient souvent liées aux dossiers incomplets et non retrouvés.

CHAPITRE III. RESULTATS

III.1. Données épidémiologiques

III.1.1. Fréquence globale

Durant la période d'étude, sur 1643 nouveau-nés hospitalisés, 110 cas de pathologie chirurgicale néonatale ont été retenus sur un total de137 nouveau-nés. Les nouveau-nés ayant des pathologies chirurgicales ont représenté 8,33% de tous les nouveau-nés hospitalisés.

III.1.2. Sexe

Tableau I : Répartition des nouveau-nés selon le sexe

Sexe	**Effectif**	**%**
Féminin	45	40 ,91
Masculin	65	59,09
TOTAL	**110**	**100,00**

Le sexe masculin est représenté dans 59,09% des cas et le sexe féminin représente 40,91% des cas avec un sex- ratio de 1,44.

III.1.3. Age à l'admission

Tableau II : Répartition des nouveau-nés selon l'âge à l'admission

Age à l'admission (jours)	**Effectif**	**%**
[0-7]	79	71,81
[8-15]	18	16,36
Supérieur à 15	13	11,81
TOTAL	**110**	**100,00**

La majorité des nouveau-nés admis soit 71,81% avait un âge compris entre 1 et 7 jours avec des extrêmes de 0 (< à 24 heures) et 26 jours soit un âge moyen de 6,13 jours.

III.1.4. Poids de naissance

Tableau III : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids de naissance (grammes)	Effectif	%
Inférieur à 2500	13	11,81
[2500-3500]	84	76,36
Supérieur à 3500	13	0,91
TOTAL	**110**	**100,00**

La majorité des nouveau- nés soit 76,36% avait un poids de naissance normal avec des extrêmes de 1100 g et 5200g, soit un poids moyen de 3024,45 g.

III.1.5. Terme à l'accouchement

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du terme de l'accouchement

Terme de l'accouchement	Effectif	%
A terme	104	94,55
Prématuré	6	5,45
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans 94,55% des cas, l'accouchement a été à terme.

III.1.6. Gestité

Tableau V : Répartition des mères en fonction de la gestité

Gestité	Effectif	%
Multigeste	75	68,80
Primigeste	34	31,20
TOTAL	**109**	**100,00**

Les multigestes ont été les plus représentées avec 68,80% de la population étudiée. En effet, il y avait deux jumeaux siamois, ce qui modifie l'effectif total.

III.1.7. Parité

Tableau VI : Répartition des mères en fonction de la parité

Parité	Effectif	%
Multipare	63	57,8
Primipare	46	42,20
TOTAL	**109**	**100,00**

Les multipares ont été les plus représentées avec 57,8% de la population étudiée.

En effet, l'effectif total est modifié pour la même raison que celle de la gestité.

III.1.8. Mode d'accouchement

Tableau VII : Répartition des patients selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	%
AVB	90	81,82
Césarienne	20	18,18
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans notre série, 81,82% des patients étaient nés par voie basse.

III.1.9. Type de grossesse

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du type de grossesse

Type de grossesse	Effectif	%
Multiple	3	2,73
Unique	107	97,27
TOTAL	**110**	**100,00**

La majorité des patients soit 97,27% étaient issus d'une grossesse unique.

III.1.10. Consultations prénatales au cours de la grossesse

Tableau IX : Répartitions des mères en fonction du nombre de CPN réalisées

Nombre de CPN	Effectif	%
≥ 3	73	66,97
< 3	34	31,2
Aucune	2	1,83
TOTAL	**109**	**100,00**

Dans notre série, 66,97% des mères avaient effectués au moins trois CPN au cours de leur grossesse.

III.1.11. Echographies réalisées au cours de la grossesse

Tableau X : Répartition des mères en fonction du nombre d'échographies réalisées

Nombre d'échographies	Effectif	%
Supérieure ou égale à trois	59	54,13
Deux	34	31,2
Une	12	11
Aucune	4	3,67
TOTAL	**109**	**100,00**

Dans notre série, 54,13% des mères avaient réalisés au moins trois échographies au cours de leur grossesse**.**

III.2. Aspect diagnostique

III.2.1. Délai de consultation

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	%
[1-7] jours	81	73,64
[8-15] jours	21	19,09
Inférieur à 24H	8	7,27
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans notre série, la majorité des patients soit 73,64 % des cas avaient consulté dans un délai de temps compris entre 1et 7 jours avec des extrêmes allant de 0 jours (<24H) à 24 jours soit un délai moyen de 5,2 jours.

III.2.2. Types de pathologies

Tableau XII : Répartition des différentes pathologies

Pathologies	Effectif	Pourcentage (%)
Pathologies du tube digestif et de la paroi abdominale :	**62**	**56,36**
-Omphalocèle	18	16,36
-MAR	11	10
-Laparoschisis	8	7,27
-Sténose hypertrophique du pylore	7	6,36
-Maladie de Hirschiprung	5	4,54
-Atrésie du grêle	4	3,36
-Occlusion intestinale néonatale	3	2,72
-Hernie inguino-scrotale étranglée	2	1,18
-Atrésie duodénale	1	0,9
-Extrophie vésicale	1	0,9
-fistule de l'ouraque	1	0,9
-Péritonite	1	0,9
Pathologies neuro-chirurgicales :	**29**	**26, 36**
-Spina bifida	21	19,09
-Hydrocéphalie	3	2,72
-Encéphalocèle	3	2,72
-Tératome sacrococcygien	2	1,81
Pathologies ortho-traumatiques :	**2**	**1,81**
-Fracture obstétricale de la diaphyse fémorale	2	1,81
Autres pathologies :	**17**	**15,45**
-Syndrome polymalformatif	12	10.9
-Fentes labiales complètes	2	1,81
-Angiome jugale	1	0,9
-Plaie infectée du cuir chevelu	1	0.9
-plaie nécrotique de l'avant-bras	1	0.9
TOTAL	**110**	**100.00**

- Les pathologies chirurgicales de l'appareil digestif et de la paroi abdominale étaient les plus représentées soit une fréquence de 56.36% des cas, suivies par les pathologies de l'appareil neuro-méningé, représentées dans 26.36% de la population étudiée.
- Parmi les pathologies de l'appareil digestif et de la paroi abdominale, l'omphalocèle et les MAR étaient respectivement les plus représentées à 16.36% et 10.00% des cas.
- Les spina bifida était la pathologie la plus représentée soit 19.09% de la population étudiée.
- Le syndrome polymalformatif était représenté dans 10.9% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du type de pathologies

Pathologies	**Effectif**	**%**
Acquises	12	10,91
Congénitales	98	89,09
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans notre série, 89 ,09% étaient des pathologies congénitales.

III.2.3. Urgences chirurgicales néonatales

Tableau XIV : Répartition des pathologies en fonction de l'urgence

Urgence chirurgicale	**Effectif**	**%**
Oui	67	60,90
Non	43	39,10
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans notre série, 60,90% étaient des urgences chirurgicales.

III.2.4. Moment du diagnostic

Tableau XV : Répartition des patients en fonction du moment du diagnostic

Moment du diagnostic	Effectif	%
Anténatal	8	7,27
Postnatal	102	92,73
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans notre série, 92,73% des pathologies étaient diagnostiquées après la naissance.

III.3. Aspects thérapeutique et évolutif

III.3.1. Traitement

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'attitude thérapeutique

Attitude thérapeutique	Effectif	%
Non opérés	41	37,27
Opérés	69	62,73
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans notre série, 62,73% des cas avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. Parmi les 41 patients (37,27%) non opérés :

- 22 patients (20%) sont décédés avant l'intervention chirurgicale,
- 5 patients soit 4,55% des cas (deux cas de syndrome polymalformatif avec fentes labiales, deux cas de fentes labio-palatines et un cas d'angiome jugal), le traitement chirurgical a été différé à un âge avancé,
- 5 cas soit 4,55% (1 cas d'extrophie vésicale, deux jumeaux siamois, 1 cas d'hydrocéphalie et un cas d'encéphalocèle) ont été référés ailleurs,
- 6 cas d'omphalocèle (5,45%) ont bénéfice d'un traitement conservateur,
- 2 cas (1,8%) de fracture obstétricale de la diaphyse fémorale ont bénéficié d'un traitement orthopédique et,
- 1 cas (0,9%) de plaie infectée du cuir chevelu a bénéficié d'un traitement médical avec des soins locaux.

III.3.2. Délai de prise en charge chirurgicale

Tableau XVII : Répartition des patients opérés en fonction du délai de prise en charge chirurgicale

Délai de prise en charge chirurgicale	Effectif	%
[1-7] jours	32	46,37
[8-15] jours	11	15,95
Inférieur à 24H	13	18,84
Supérieur à 15 jours	13	18,84
TOTAL	**69**	**100,00**

Dans notre étude, 32 patients soit 46,37% avaient été opérés dans un délai compris entre 1 et 7 jours avec des extrêmes allant de 0 jours (< à 24H) à 48 jours soit un délai moyen de 8,31 jours.

III.3.3. Complications postopératoires

Tableau XVIII : Répartition des patients opérés en fonction des complications post-opératoires

Complications post-opératoires	Effectif	%
Lachage des sutures au site opératoire	4	25,00
Hydrocéphalie	3	18,75
Péritonite	3	18,75
Eventration péristomiale	2	12,50
Méningite	1	6,25
Occlusion intestinale	1	6,25
Lachage des situres et méningite	1	6,25
Récidive de spina bifida	1	6,25
TOTAL	**16**	**100,00**

Parmi les 69 patients opérés, 16 patients soit 23,19% avaient eu au moins une complication post- opératoire. Le lachage des sutures au site opératoire était la complication la plus rencontrée, présente dans 25% des cas.

III.3.4. Devenir des patients

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du pronostic vital

Devenir	Effectif	%
Décédés	41	37,27
Vivants	69	62,73
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans notre étude, le taux de mortalité représentait 37,27%.

III.3.5. Moment de décès

Tableau XX : Répartition des patients décédés en fonction du moment de décès

Moment de décès	Effectif	%
Après l'intervention	19	46, 34
Avant l'intervention	22	53,66
TOTAL	**41**	**100,00**

Dans notre série, la mortalité post-opératoire représentait 46,34% et la mortalité préopératoire représentait 53,66

III.3.6. Type de mortalité

Tableau XXI : Répartition des patients décédés selon le type de mortalité

Type de mortalité	Effectif	%
Précoce : [1-7] jours	15	36,59
Tardive : >7jours	26	63,41
TOTAL	**41**	**100,00**

Dans notre série la mortalité tardive était la plus représentée avec un taux de 63,41%.

Tableau XXII : Répartition de la mortalité selon les différentes pathologies

Pathologies	n	Nombre de décès (N)	Mortalité (%)
Pathologies du tube digestif et de la paroi abdominale :	**62**	**31**	**75,6**
- Omphalocèle	18	12	29,27
- Laparoschisis	8	5	12,2
- Atrésie du grêle	4	4	9,76
- Maladie de Hirschprung	5	3	7, 32
- Sténose hypertrophique du pylore	7	3	7,32
- Occlusion intestinale néonatale	3	2	4,88
- Péritonite néonatale	1	1	2,44
- MAR	11	1	2,44
- Atrésie duodénale	1	0	0
- Hernie inguino-scrotale étranglée	2	0	0
- Extrophie vésicale	1	0	0
- Fistule de l'ouraque	1	0	0
Pathologies neuro-chirurgicales :	**29**	**5**	**12,2**
- Spina bifida	21	5	12,2
- Hydrocéphalie	3	0	0
- Encéphalocèle	3	0	0
- Tératome sacrococcygien	2	0	0
Pathologies ortho-traumatiques :	**2**	**0**	**0**
- Fracture obstétricale de la diaphyse fémorale	2	0	0
Autres pathologies :	**17**	**5**	**12,2**
- Syndrome polymalformatif	12	5	12,2
- Fentes labiales complètes	2	0	0
- Plaie nécrotique du cuir chevelu	1	0	0
- Plaie nécrotique de l'avant-bras	1	0	0
- Angiome jugale	1	0	0
TOTAL	**110**	**41**	**100,00**

Sur les 41 décès :

- 31 décès soit 75,6% étaient issus des pathologies du tube digestif et de la paroi abdominale. 12 de ces décès soit 29,27% étaient entrainés par l'omphalocèle suivie par le laparoschisis qui avait entrainé 5 décès soit 12,2%,
- 5 décès soit 12,2% étaient issus des pathologies neurochirurgicales et tous étaient entrainés par le spina bifida,
- 5 décès soit 12,2% étaient issus d'autres pathologies et tous étaient entrainés par le syndrome polymalformatif.

III.3.7. Mode de sortie

Tableau XXIII : Répartition des patients selon leur mode de sortie

Mode de sortie	Effectif	%
Amélioré	43	39,10
Guéri	21	19,09
Référé	5	4,54
Décédé	41	37,27
TOTAL	**110**	**100,00**

Parmi les 110 patients, 39,10% des cas étaient sortis de l'hôpital étant améliorés, 19,09% des cas étant guéris, 41cas soit 37,27% étant décédés et 5 cas soit 4,54% (1 cas d'extrophie vésicale, 2 jumeaux siamois , 1 cas d'hydrocéphalie et 1 cas d'encéphalocèle) avaient été référés ailleurs.

III.3.8. Durée d'hospitalisation

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif	%
[16-30] jours	28	25,45
[1-7] jours	30	27,27
[8-15] jours	19	17,27
Supérieur à 30 jours	33	30,00
TOTAL	**110**	**100,00**

Dans notre étude, 30% des cas ont été hospitalisés pendant plus de 30 jours, avec des extrêmes allant de 1 jour à 65 jours, donc un séjour moyen de 23,5 jours.

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET COMMENTAIRES

IV.1. Caractéristiques épidémiologiques

IV.1.1. Fréquence hospitalière des pathologies chirurgicales néonatales

La chirurgie néonatale avait représenté 8,33% des admissions du CHU de Kamenge durant notre période d'étude.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats différents du nôtre. **Samake [12]** au Mali en 2018, qui avait trouvé une fréquence de 3% dans son étude ; **Mieret et coll [60]** en Côte d'Ivoire en 2014, qui ont trouvé une fréquence de 9,7% dans leur étude et **Ali et coll [5]** au Niger en 2017 ont trouvé que la chirurgie néonatale représentait 12,8% des admissions dans leur étude.

IV.1.2. Sexe

Dans notre série, il y avait une nette prédominance des patients de sexe masculin soit 59,09% (65 patients) contre 40,91% de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,44.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires :

Pour **Samake [12]** au Mali, le sexe dominant dans son étude était masculin soit 1 féminin sur 1,1 masculin, **Mieret et coll [60]** en Côte d'Ivoire, ont trouvé un sex-ratio de 1,03 masculin pour 1 féminin et **Ali et coll [5]** au Niger ont également trouvé une prédominance masculine dans 66,1% des cas.

IV.1.3. Age à l'admission

Dans notre série, la moyenne d'âge de nos patients est de 6,13 jours et la majorité (71,81%) des nouveau-nés était âgée de 0 à 7 jours à l'admission.
Nos résultats sont proches de ceux d'autres auteurs comme :

Mieret et coll [60] en Côte d'Ivoire qui ont trouvé une moyenne d'âge de 6 jours et **Ali et coll** [5] au Niger qui ont trouvé que l'âge moyen des patients était de 8,71 jours.

Badrinath et coll [61] en Ouganda en 2014 et **Ali et coll** [5] au Niger ont également trouvé que les patients étaient aussi majoritairement admis au cours de la première semaine de vie avec respectivement 63,5% et 60,2% des cas.
La gravité des tableaux cliniques qui se manifestent souvent dès la naissance motiverait les parents à faire consulter leur enfant tôt et en urgence [61,62].

IV.2. Aspect diagnostic

- Dans notre étude, la majorité (89,09%) des patients avait une malformation congénitale.

Nos résultats sont similaires à ceux d'autres auteurs qui ont également trouvé une prédominance des malformations congénitales comme :

Samake [12] au Mali dans 95,6% des cas ; **Ugwu** [63] au Nigéria en 2013 dans 88,7% des cas ; **Shitaye** [64] en Ethiopie en 2016 dans 86,2% des cas et **Awad** [65] au Soudan en 2014 dans 77,24% des cas.

- La pathologie la plus fréquente dans notre étude était le spina bifida, (19,09%), suivi de l'omphalocèle (16,36%) et le syndrome polymalformatif (10,9%).

Par contre, d'autres auteurs ont trouvé des résultats différents des nôtres.
Samake [12] au Mali a trouvé une prédominance de l'Omphalocèle avec 17,5%, suivi du spina bifida et des MAR dans 13,2% chacun.
Ali et coll [5] au Niger ont trouvé une prédominance des MAR dans 32,2% des cas suivis de défects de la paroi abdominale : l'omphalocèle dans 18,3% des cas et le laparoschisis dans 6,5% des cas.
Mieret et coll [60] en Côte d'Ivoire ont trouvé dans leur étude une prédominance de l'omphalocèle dans 29,1% des cas suivis de la maladie de Hirschprung dans 19,4% des cas et du spina bifida dans 12,7% des cas.

Le spectre des admissions chirurgicales néonatales peut varier d'un hôpital à l'autre en fonction de la disponibilité des moyens de diagnostic prénatal, des facilités de transport et du délai de présentation.

- Les pathologies du tube digestif et de la paroi abdominale constituent les cas les plus fréquents dans notre étude avec 56, 34% (n=62).

Cette prédominance est aussi trouvée dans d'autres études :

Mieret et coll [60] ont trouvé dans leur étude une prédominance des pathologies du tube digestif et de la paroi abdominale dans 77,6% des cas ; **Ali et coll** [5] dans 68,4% des cas et **Samake [**12] dans 72,9% des cas.

IV.3. Aspects thérapeutiques et évolutifs

IV.3.1. Traitement

Dans notre étude, 62,73% des nouveau-nés avaient bénéficié d'un traitement chirurgical.

Nos résultats sont proches de celui d**'Ali** [5] au Niger qui a trouvé dans son étude 67,7% des patients bénéficiaires du traitement chirurgical.

Par contre d'autres auteurs ont trouvé des résultats inférieurs aux nôtres : **Mieret et coll** [60] en Côte d'Ivoire qui ont trouvé 28,3% de nouveau- nés opérés, **Samake** [12] au Mali en a trouvé 51,8% tandis qu'Ugwu [63] au Nigéria a trouvé que 52,7% des nouveau-nés ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

Cette différence pourrait être expliquée par des variations dans les proportions entre les pathologies imposant une intervention chirurgicale en urgence (colostomie pour MAR par exemple) et celles pour qui, un traitement conservateur est possible (comme l'omphalocèle).

IV.3.2. Mortalité

Dans notre étude, la mortalité globale est élevée avec 37,27%.

D'autres auteurs ont également trouvé un taux de mortalité élevé comme :

Mieret [60] en Côte d'Ivoire qui a trouvé un taux de mortalité de 72,8%, **Samake** [12] au Mali avec un taux de mortalité à 49,1%, **Ali** [5] au Niger dans 25,8% des cas et **Shitaye** [64] en Ethiopie dans 24,4% des cas.

Les causes de cette lourde mortalité sont communes dans les pays en développement. Il s'agit du retard de consultation, du retard diagnostique qui pourrait s'expliquer par l'absence de diagnostic anténatal, du retard thérapeutique, de l'insuffisance du plateau technique, de l'absence de nutrition parentérale et d'unité de réanimation néonatale [60].

CHAPITRE V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Les pathologies chirurgicales néonatales constituent un problème majeur dans notre contexte. Ainsi, au terme de notre étude, les pathologies chirurgicales néonatales ont représenté 8,33% des admissions du CHU de Kamenge. Elles sont majoritairement constituées de pathologies malformatives (89,09% des cas) et du tube digestif et de la paroi abdominale (56,36% des cas) constituant une urgence.

Les patients de sexe masculin sont prédominants avec un sex-ratio de 1,44.

Leur mortalité est élevée avec 37,27%.

Un diagnostic anténatal et une prise en charge précoces, une amélioration du plateau technique, une création d'unité de soins intensifs néonatals ainsi qu'une meilleure sensibilisation de la population sont des actions nécessaires pour améliorer les soins chirurgicaux néonataux au Burundi.

V.2. Suggestions

Après l'analyse et l'établissement des résultats, nous suggérons :

- ❖ Au Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) de :
  - Promouvoir la chirurgie néonatale en formant les chirurgiens – pédiatres.
- ❖ A la direction générale du CHU de Kamenge :
  - Améliorer l'unité de soins intensifs néonatale pour réduire la morbi-mortalité du nouveau-né ;
  - Améliorer le plateau technique.
- ❖ A la population de :
  - Respecter le calendrier des consultations prénatales et honorer le bilan prénatal notamment l'échographie fœtale.

REFEFENCES

1. **Banguy F, Baeudoins S**. Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson. Encycl Med Chir Ped 1999; 4-002-S- 75:10p.
2. **Chirdan L. B, Ngiloi P. J, Elhaby E.A**. Neonatal surgery in Africa. Semin Pediatr Surg; 21: 151 – 159; 2012.
3. **Keita M, Magassouba DF**. Les urgences chirurgicales néonatales dans le service de chirurgie pédiatrique à propos de 96 observations. Guinée Médical, Conakry, n°34,128-133, 2001.
4. **Takongmo S, Binam F, Monebeninys F, Sineu C, Malonga E**. Les occlusions néonatales dans un service de chirurgie générale à Yaoundé (Caméroun). Médecine d'Afrique Noire 2000 ; 47(3) :153-156.
5. **Ali A M O, Habou O, Cherif M A, Abarchi H**. Les pathologies chirurgicales néonatales de Lamordé de Niamey : Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. Niger, 2017.v13n24 P156.
6. **NDUWAYO P**. Omphalocèle du nouveau-né au CHU Kamenge : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs, à propos de27 cas. Thèse de Médecine, Université du Burundi ,2011; 71P.
7. **MANIRAKIZA C**. Les atrésies digestives au CHU Kamenge : aspects cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutif, à propos de 15 cas. Thèse de Médecine. Université du Burundi;2012;78 P.
8. **JC Mbonicura, P Ndabashinze, C Murekatete, H Bukuru, D Kamatari, A Nindamutsa**. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des occlusions intestinales néonatales au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (Burundi). Jaccr Africa 2020; 4(2): 342-347.
9. **Sall A**. Dérivation à long terme de la dérivation ventriculo-péritonéale dans les Hydrocéphalies à propos de 8 cas. Thèses de médecine, Bamako, 2008.

10. **Amrou N**. Neurochirurgie : Les hydrocéphalies chez l'enfant à propos de 63 cas. Thèses de médecine, Rabat, 2003, 227p.
11. **Magané M**. Hydrocéphalie chez les enfants de 0-15 ans au CHU/YO à Ouagadougou : A propos de 107 cas ; thèse de Médecine/ Université de Ouagadougou, No 65, 2010, 131p.
12. **Samake BDT**. Pathologies chirurgicales néonatales : Aspects épidémiologies et pronostiques des patients au CHU Gabriel Touré de Bamako. Thèse de Médecine, Bamako, 2018; 102P.
13. **El Mhabrech H, Ben Mansour S, Dakkem M, Zrig A, Ben Hmida H, Hafsa C**. Diagnostic anténatal de l'encéphalocèle. J Neuroradiology. Mars 2016; 43(2):105.
14. **Singh K, Johnson WMS, Archana R, Kumar A**. The prevalence and pattern of neural tube defects and other major congenital malformations of nervous system detected at birth in Barbados. J Anat Soc India. 2016;08.001.
15. **Rifi L, Barkat A, El Khamlichi A, Boulaadas M, El Ouahabi A**. Neurosurgical management of anterior meningo-encephaloceles about 60 cases. Pan Afr Med J. 2015; 21:215.
16. **Kabré A, Zabsonre DS, Sanou A, Bako Y**. The cephaloceles: A clinical, epidemiological and therapeutic study of 50 cases. Neurochirurgie. 2015; 61(4) : 250-4.
17. **Radouani MA, Chahid N, Benmiloud L, El Ammari L, Kharbach A, Rjimati L, et al**. Prevalence of Neural Tube Defects: Moroccan Study 2008-2011. Open J Pediatr. 2015 ; 5(3) :248-255.
18. **Sidibé M**. Contribution à l'étude des malformations congénitales au CSREF de la commune IV du District de Bamako. BAMAKO, 2019 ;98P.

19. **Kouskoura T, Fragou N, Alexiou M, John N, Sommer L, Graf D, et al.** The genetic basis of craniofacial and dental abnormalities. Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2011; 121:636-646.

20. **Mars M, Sell D, Habel A**. Management of cleft lip and palate in the developing world. John Wiley, New York, 2008.

21. **Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC**. Cleft lip and palate. Lancet 2009; 374:1773-1785.

22. **Chatzistavrou E, Bruce Ross R, Tompson B-D, Johnston M-C**. Predisposing factors to formation of cleft lip and palate: inherited craniofacial skeletal morphology. Cleft Palate Craniofac J 2004 ;41 :613-621.

23. **Larsen W. J**. Embryologie humaine. Bruxelles : De Boeck université, 2011. 694 p.

24. **Gautheron V**. « Le spina-bifida ». In : Déficiences motrices et situations de handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés. Paris : APF, 2002. 499p.

25. **Body G., Perrotin F., Guichet A.** La pratique du diagnostic prénatal. Paris: Masson, 2001. 400p.

26. **Forrester MB, Merz RD**. Descriptive epidemiology of teratoma in infants, Hawaii,1986–2001. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2006; 20: 54–58.

27. **Chirdan LB, Uba AF, Pam SD, Edisno SH, et al**. Sacrococcygeal teratoma: Clinical characteristics and long-term outcome in Nigerian children Annals of African Medicine 2009, Vol. 8, No. 2:105-109.

28. **Schmidt B, Haberlik A, Uray E, Ratschek M, Lackner H, Howarth M. E**. Sacrococcygeal teratoma: clinical course and prognosis with a special view to long-term functional results Pediatr Surg Int. 1999; 15: 573-576.

29. **Ouattara O., Diet D**. Tératome sacro-coccygien : Essai de chimiothérapie Médecine d'Afrique Noire. 1997; 44 (3).

30. **Galili O, Mogliner J**. ype 4 sacrococcygeal teratoma causing urinary retention: a rare presentation. J Pediatr Surg. 2005 Feb; 40(2): E18-20.

31. **Imane E A**, Les tératomes sacro-coccygiens de l'enfant au service de chirurgie pédiatrique, à propos de 16 cas .Thèse de médecine, Marrakech ,2017; 163P.

32. **Francoual C, Huraux-Rendu C, Bouillié J**. Pédiatrie en maternité. 2e Edition, Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2008.

33. **Agrain S ; de Napoli- Cocci, Lottiman H**. Omphalocèle et laparoschisis traitement chirurgical. Pediatric 1993 ; 347- 351.

34. **Aigrain Y, Delagausie D**. Chirurgie de l'omphalocèle. EMC technique chirurgicale de l'appareil digestif. Elservier (EDS) Paris, 1997 ; 40 : 142-146.

35. **Boyd PA, Bhattacharjee A, Gould S Mannig N; Chamberlain P**. Outcome of prenatally idagnosed anterior wall defect. Arch.Dis. Child.featal noonatal 1988; 78 (3):09-13.

36. **Bargy F; Beaudoin S**. Hernia in children. Rev Prat 1997; 47: 289-294.

37. **Kinda S L**. Etude des malformations congénitales des organes génitaux externes et de la paroi abdominale antérieure : Enquête épidémiologique et clinique chez les garçons d'âge scolaire de la ville de Bobo-Dioulasso. Thèse de Médecine, Ouagadougou ; 2006; N°20, 108p.

38. **Poirier J, Poirier I, Baudet J**. Embryologie Humaine. 3e édition ; Paris, Edition Maloine, 1993 ; 121-134, 205-212.

39. **Barry A**. Les pathologies chirurgicales digestives néonatales à l'hôpital Gabriel Touré ; FMPOS 2003, 111p.

40. **Tourris H et col**. Gynécologie et Obstétrique : manuel illustré. 6eme édition, Paris, Edition Masson, 585 p.

41. **Bassolé S**. Urgences chirurgicales pédiatriques au CHU /YO : A propos de 483 cas. Thèse de Médecine, Ouagadougou ; No 78, 2006, 89p.

42. **Briad ML, Kplan J ; Le Merrerm ; Frezal**. Du bon usage de la biologie moléculaire pour le conseil génétique et le diagnostic anténatal. 5e semaine de génétique clinique, Hôpital des enfants malades (paris), 1989 : 204 p.

43. **Encha razavi F ; Escudier F**. Abrégés d'Embryologie clinique. Masson ; 1995 ; 127 - 146.

44. **Levard G ; Boureau M**. Pathologies chirurgicales congénitales de l'oesophage. Encycl. méd. chir. (Paris) ; Péd. 1993; 4-017-A-10 ; 24 p.

45. **Dan V. ; Hazoumé F. A. ; Ayiri B. ; Koumakpai S.** : Prise en charge des urgences du nourrisson et de l'enfant. Aspect actuels et perspective d'avenir. Méd. Afr. Noire ; 1991 ; 38 ;(11) ; 752 - 759.

46**. Mure PY VS, Gorduza D, Demede D, Mouriquand P.** Chirurgie des hypospades. In: SAS EM, editor. EMC 2011. p. 34-41.

47. **Andrich D.B., Dunlison N., Greenwell T.J., MundyA.R.**The long-term results of urethroplasty.American Urological Association; 2003, vol 170, 90 - 92.

48**. Paparel P., Mure P.Y., Margarian M, Mouriquand P.** Approche actuelle de l'Hypospade chez l'enfant.Progrès en Urologie, 2001, 11, 741 - 751.

49**. R. Grégoire, S. Oberlin, J .B. Ballière.**Précis d'anatomie.

Tome 2 (Texte) p 424-427. p 432-435.

50. **Moor.R.**Malformations congenitales de la verge.

emc (elsevier masson sas,paris) , pediatrie, 4-083-d-40,2007.

51. **Othmane Y.et al**.Epispadias masculin isolé.Pan African Medical Journal.2017; 28:202.

52. **Suzuki k.,Matsumaru D.,Matsushita S.,Murashima A.,Ludwig M.,Reutter H.,Yamada G.**Epispadias and the associated embryopathies:genetic and developmental basis.Clin Genet 2017;91:247-253.

53. **Briad ML, Kplan J ; Le Merrerm ; Frezal.** Du bon usage de la biologie moléculaire pour le conseil génétique et le diagnostic anténatal. 5e semaine de génétique clinique, Hôpital des enfants malades (paris), 1989 : 204P.

54. **Obladen M**. Néonatalogie et Réanimation néonatale, Soins intensifs pour nouveau-nés : Malformation et affection du tractus digestif. Livre, 1990 ; 217 - 245.

55. **Valayer J**. Malformations congénitales du duodénum et de l'intestin. Encycl. méd. chir, Masson Elsevier, Paris ,1999 ; 20p.

56. **Salomon R, Amiel J, Jan D**. Génétique et maladie de Hirschprung. Médecine pédiatrique, 2001 ; 4 : 273-277.

57. **Frédéric B, Sylvie B** : EMC, Traité de PEDIATRIE AKOS 2008. Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson ; Masson Elsevier, Paris, 2016, 405p.

58. **Lang mam J et Sadler T**. Abrégés d'Embryologie médicale. Développement humain normal et pathologique. 5ème édition revue et corrigée. Masson ; 1994; 126-142.

59. **Aigrain Y**. Manuel de chirurgie pédiatrique (chirurgie viscérale) : Occlusions néonatales. CHU de chirurgie pédiatrique. Hôpitaux de Rouen **;** 1998 ; 8 p.

60. **Mieret JC, Yaokreh J-B, Dieth AG, Odehourl-koudou TH, Kouamé DB, Ouattara O et coll**. Pronostic des pathologies chirurgicales néonatales au CHU de YOUPOUGON, Rev int sc méd 2014 ; 16, 2 :126-129.

61. **Badrinath R, Kakembo N, Kissa P, Langer M, Ozgediz D, Sekabira J**. Outcomes and unmet need for neonatal surgery in a ressouce limited environment: Estimates of global health disparities fromKampala Ouganda. J Ped Surg; 2014, 49: 1825-1830.

62. **Osifo O D., Oriaifo I A.** Factors affecting the management and outcome of neonatal surgery in Benin City, Nigeria.Eur J Pediatr Surg; 2008, 18:107-110.

63. **Ugwu R. O, Okoro P. E**. Pattern outcome and challenges of neonatal surgical cases in a tertiary teaching hospital. African Journal of Pediatric Surgery; 2013; 10 (3): 226-230.

64. **Shitaye. N, Dejene.B**. Pattern and outcome of neonatal surgical cases at Tikur Anbessa University Teaching Hospital. Medical Journal; 2016; 54 (4):213-220.

65. **Awad R. A, Karasani S. H**. (2014). Pattern of Neonatal Surgical. Presentation and Outcome in Sinnar Hospital (2013-2014). Global Journal of Medical Research; 14: 17-22.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE DE RECEUIL DES DONNEES

I. Données démographiques

A. Renseignements sur le nouveau-né

1. Nom :……

2 .Prénom :……..

3. Sexe : a) Masculin b) Féminin

4. Age à l'admission : …...jours

5. Age gestationnel (Maturité) : a) Prématurité (<37 SA) b) Mature (37-42SA)

c) Post-mature (> 42SA)

6. Poids de naissance :……

7. Province d'origine : ……

B. Renseignement sur la mère

1. Age :

A)< 18ans

b) (18-25) ans

c) (26-30) ans

d)> 30 ans

2. Parité : a) Primiparité

b) Multiparité

3. Gestité : a) Primigeste

b) Multigeste

4. Mode d'accouchement : a) Voie basse

b) Césarienne

5. Type de grossesse : a) Unique

b) Multiple

6. Nombre de CPN (consultation prénatale) réalisées :

a) CPN ≥ 3

b) CPN < 3

c) Aucune CPN

7. Nombre d'échographies réalisées :

a) Supérieure ou égale à trois

b) Deux

c) Une

d) Aucune

II. Diagnostic

1. Délai de consultation : a. (1à7) jours

b. (7à15) jours

C.> 15jour

2. Types de pathologies :

a. Digestives : ……Laquelle :

b. Uro-génitales : ……Laquelle :

c.Neurochirurgicales : ……Laquelle :

d.Ortho-traumatiques : ……Laquelle :

e. Autres :……

f. Urgences Chirurgicales : a) Oui b) Non

g. Type : a) Congénitale b) Aquise

h. Moment du diagnostic : a) Anténatal b) Postnatal

III. Prise en charge

1. Traitement médical : a) oui b) non

2. Traitement orthopédique : a) oui b) non

3. Traitement chirurgical : a) opéré

b) non opéré

4. Si opéré : a) Date d'intervention : ……/……/….

b) Délai entre date d'admission et date d'intervention :

1. $< 24H$
2. (1à7) jours
3. (7à15) jours
4. $>$ 15jours

c)complications : Oui Non

Si oui laquelle : …….

IV. Evolution

1. Etat de l'enfant à la sortie : a) vivant b) Décédé

2. Mode de sortie : a) Guéri b) Amélioré c) Référé d) Décédé

3. Date de sortie : ……/……/……

4. Si décédé : a) Moment du décès : 1) Avant l'intervention

2) Pendant l'intervention

3) Après l'intervention

b) Date de décès : ……/……/…….

c) Type de mortalité : 1) Précoce

2) Tardive

5. Durée d'hospitalisation : a) (1-7) jours c) (15-30) jours

b) (7-15) jours d) (> 30) jours

ANNEXE 2 : 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 maitres 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

But : Etudier les pathologies chirurgicales néonatales au CHU de Kamenge.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive réalisée dans les départements de Pédiatrie (service de Néonatologie) et de Chirurgie générale du CHU de Kamenge, sur une période de 3 ans, allant du 1er juillet 2017 au 30 Juin 2020. Les nouveau-nés, opérés ou non pour une pathologie chirurgicale néonatale étaient retenus. Etaient exclus, tout nouveau-né avec dossier incomplet.

Résultats : Sur 1643 nouveau-nés hospitalisés durant la période d'étude, 110 cas de PCN ont été retenus sur un total de 137 nouveau- nés. La fréquence des PCN était de 8,33%. Les nouveau-nés étaient surtout âgés de 0 à 7 jours (71,81 %) avec un âge moyen global de 6,13 jours. Prédominance masculine avec sex-ratio de 1,44. 8 cas sur 110 de pathologies chirurgicales néonatales (7,27%) diagnostiquées en anténatal. Les pathologies malformatives et les pathologies de l'appareil digestif et de la paroi abdominale étaient prédominantes avec respectivement 89,09% et 56,34%. Le spina bifida était la pathologie la plus fréquente (19,09%), suivi par l'omphalocèle (16, 36%) et le syndrome polymalformatif (10,9%). L'intervention chirurgicale a été faite dans 62,73% des cas.16 cas sur 69 patients opérés (23,19%) avaient eu une complication postopératoire. Le taux de mortalité était de 37,27%. La mortalité opératoire était de 46,34% et celle non opératoire était de 53,66%. 31cas sur 41décès soit 75,6% étaient issus des pathologies du tube digestif et de la paroi abdominale et dont 12 décès soit 29,27% étaient entrainés par l'omphalocèle. La durée moyenne d'hospitalisation était de 23,5 jours.

Mots-clés : Pathologies, chirurgie, nouveau-né, CHU de Kamenge.