UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

****

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

Année 2021 **N°294**

BILAN TRIMESTRIEL DES ACTIVITES EN CHIRUGIE PEDIATRIQUE A L'HOPITAL REGIONAL HENRICH LÜBKE DE DIOURBEL

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (D.E.S)

DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE

Présenté et soutenu

Le 3 Décembre 2021

Par

Dr Cheikh Fall SAMB

Né 05 Juillet 1987 à Dakar (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

President	**:**	M.	Gabriel	NGOM	Professeur Titulaire
Membres	**:**	M.	Oumar	NDOUR	Professeur Titulaire
		M.	Aloïse	SAGNA	Professeur Assimilé
Directeur	**:**	M.	Gabriel	NGOM	Professeur Titulaire

LISTE DES ABREVIATIONS

CDSMT: Cadre de Dépense Sectoriel à Moyen

CMU: Couverture Maladie Universelle

EOBP : Elongation Obstétrical du Plexus Brachial

EPS: Etablissement Public de Santé

MILDA: Moustiquaire Imprégné a Longue Durée d'Action

PEV: Programme Elargi de Vaccination

PNA: Pharmacie National d'Approvisionnement

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLP: Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNT: Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PRA: Pharmacie Régional d'Approvisionnement

SAU: Service d'Accueil et des Urgences

SNEIPS: Service National de l'Education et Information Pour la Santé

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma pyramidale de l'organisation du système sanitaire au Sénégal ..7

Figure 2 : Taux de couverture en MILDA 13

Figure 3 : Situation Sanitaire de la région de Diourbel 17

Figure 4 : Répartition (en %) du personnel médico-sanitaire de la région en 2013 20

Figure 5 : Pathologies rencontrées selon les rubriques.....34

Figure 6 : Type de chirurgie 38

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des ressources humaines par catégorie socioprofessionnelle par région. 9
Tableau II: Répartition des infrastructures de santé.....10
Tableau III : Répartition des infrastructures sanitaires fonctionnelles selon le district 2012 et 2013.....18
Tableau IV : Taux de couverture des infrastructures sanitaires selon le district en 2012 et 2013.....19
Tableau V : Pourcentage des enfants vaccinés par antigène et par district en 2013 21
Tableau VI : Répartition enfants selon l'état nutritionnel par district en 2013 21
Tableau VII : Répartition des patients selon l'âge.....32
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la localité 33
Tableau IX : Pathologies traumatologiques 35
Tableau X : Pathologies uro-génitales.....35
Tableau XI : Pathologies pariétales.....36
Tableau XII : Pathologies viscérales.....36
Tableau XIII : Gestes chirurgicaux réalisés.....37

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.....4
I.SITUATION SANITAIRE DU SENEGAL.....5
1. Données démographiques et sanitaires.....5
2. Organisation du système de santé.....5
3. Personnel de santé.....8
4. Infrastructures de santé.....9
5. Politique de santé au Sénégal.....10
6. Activités.....11
6.1 Activités préventives.....11
6.2. Activité curatives.....14
7. Accessibilité aux soins.....15
7.1. Accessibilité géographique.....15
7.2. Accessibilité financière.....15
7.3. Accessibilité socioculturelle.....16
II. SITUATION SANITAIRE DE LA REGION DE DIOURBEL.....17
1. Infrastructures.....17
2. Personnel.....19
3. Activités préventives.....20
III. HOPITAL REGIONAL HEINRICH LÜBKE DE DIOURBEL.....22
1. Historique.....22
2. Situation.....23
3. Vocations.....23
4. Description des lieux.....25

5. Personnel 26
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE 27
PATIENTS ET METHODES 28
I. CADRE D'ETUDE 29
II. PATIENTS 29
1. Critères d'inclusion 29
2. Critères de non inclusion 29
3. Population d'étude 30
III. METHODES 30
1. Type d'étude 30
2. Phase de collecte 30
3. Analyse des données 30
RESULTATS 31
I. ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES 32
1. Fréquence 32
2. Age 32
3. Sexe 32
4.Références 32
5. Mode d'admission 33
II. DIAGNOSTICS RETENUS 34
1. Répartition selon le type de pathologie 34
2. Principaux diagnostics 34
2.1. Pathologies traumatologiques 34
2.2. Pathologies uro-génitales 35
2.3. Pathologies pariétales 36
2.4. Pathologies viscérales 36
III. TRAITEMENT 37

1. Type de traitement 37
2. Gestes chirurgicaux réalisés.....37
IV. EVOLUTION 39
DISCUSSION 40
I. ASPECTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....41
II. DIAGNOSTICS RETENUS 42
III. TRAITEMENT 43
CONCLUSION.....45
REFERENCES.....48
ANNEXE

INTRODUCTION

D'emblée, il convient de préciser que la chirurgie pédiatrique est la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies pédiatriques (0 à 15 ans en Europe ou 18 ans aux USA) pouvant nécessiter une technologie ou une stratégie chirurgicale [46].

L'activité en chirurgie pédiatrique est constituée par diverses opérations : les consultations, la prise en charge des urgences, les activités au bloc opératoire et le suivi des patients hospitalisés.

La pratique de la chirurgie pédiatrique est confrontée à plusieurs problèmes tant diagnostics, thérapeutiques que financiers. A cela s'ajoute une insuffisance des ressources responsables et des difficultés de prise en charge considérables ayant une incidence directe sur la mortalité et la morbidité, avec un taux supérieur à celui des pays développés [20].

Les pathologies chirurgicales pédiatriques en Afrique sont un véritable problème de santé publique car les enfants de moins de 15 ans représentent plus de la moitié de la population [12]. Malgré les multiples progrès observés ces dernières années, la mortalité reste très élevée et alourdie du fait de la pauvreté [35].

La pratique de la chirurgie pédiatrique est inégalement répartie sur le territoire sénégalais et au sein des centres hospitaliers régionaux. Cette inégalité est surtout marquée par l'absence de service de chirurgie pédiatrique et/ou l'insuffisance de personnels face à la demande importante dans certaines régions.

Notre recherche a comme objectif général de dresser le bilan des activités chirurgicales pédiatriques au sein du service de chirurgie de l'hôpital Régional Heinrich Lübke de Diourbel sur une période de 3 mois, allant du 1er Janvier 2021 au 31 mars 2021.

Les objectifs spécifiques de notre travail étaient :

- d'identifier le profil épidémiologique des patients consultant pour des pathologies de chirurgie pédiatrique à l'hôpital régional de Diourbel;
- de recenser les pathologies rencontrées ;
- enfin de rapporter les traitements effectués pour en tirer des résultats probants.

Pour mieux atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, nous avons choisi d'adopter le plan suivant :

- dans la première partie, procéder à une revue de la littérature sur l'organisation du système de santé au Sénégal, à Diourbel et décrire l'hôpital régional Heinrich Lübke de Diourbel ;
- dans la deuxième partie, présenter notre étude, faire des commentaires d'ensemble avant de terminer par une conclusion.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I.SITUATION SANITAIRE DU SENEGAL

1. Données démographiques et sanitaires

Le Sénégal, qui couvre une superficie de 196 722km2, est un pays de l'Afrique, entre les latitudes 12° et 17°30 et ouest. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud-est par la Guinée et au Sud par la Guinée Bissau. La République de la Gambie constitue une enclave de 300km de long sur 20km de large à l'intérieur du Sénégal [76].

La population du Sénégal est évaluée à 15.256.346 Habitants dont 42,8% d'enfants. Le taux global de fécondité est de 5 enfants par femme. La population du Sénégal est inégalement répartie dans l'espace. Ainsi, la région de Dakar occupe 0,3% de la superficie et abrite 23% de la population, soit une densité de 4545 habitants/km^2 à l'opposé de la région de Tambacounda qui occupe 30,2% du territoire avec une densité faible de 12hbts/km^2.

Le taux brut de mortalité est de 11,5% avec un ratio de mortalité maternelle de 401 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.Trente-quatre pour cent de la population vivent en dessous du seuil international de la pauvreté. Le taux d'analphabétisme est de 59,2% [38].

2. Organisation du système de santé [83]

L'Etat définit la Politique Nationale de Santé comme prévu par la constitution et la met œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. L'Etat est garant de la santé des populations, et à la fin des années 1990 a élaboré un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique (district), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon national (Figure 1).

Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique

pouvant couvrir un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef.

Le Sénégal compte 76 districts sanitaires polarisant 99 centres de santé dont sept créés en juillet 2006 et dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé, 1342 postes de santé, 2227 cases de santé et 476 maternités rurales. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers, ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales).

L'échelon régional ou région médicale comprend 14 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre, composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou Etablissement Publique de Santé (EPS) de niveau 2.

Le Ministère de la Santé a initié la signature de contrats de performance avec les médecins-chef de régions dans lesquelles les indications liés au VIH /Sida, au paludisme et la tuberculose occupe une place prépondérante.

L'échelon centrale comprend, outre le cabinet du ministre, sept directions et services rattachés, sept hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. En dehors du Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui est logé à la Direction Prévention Médicale, la Direction de la Santé comprend : la Division Sida/IST, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), érigée en Etablissement Public de Santé (EPS), est chargée de l'achat des médicaments et des produits sur le marché

international, de leur gestion et distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue

Le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise).

Le Sénégal a mis en place un système de référence et de contre référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades et le transfert d'informations sanitaires entre le niveau périphérique et les structures hospitalières.

L'hôpital régional offre des soins tertiaires et constitue la référence pour les districts. La PNA coordonne les activités liées aux médicaments et réactifs au niveau des structures sanitaires. Elle approvisionne et supervise les PRA qui jouent ce même rôle avec les districts.

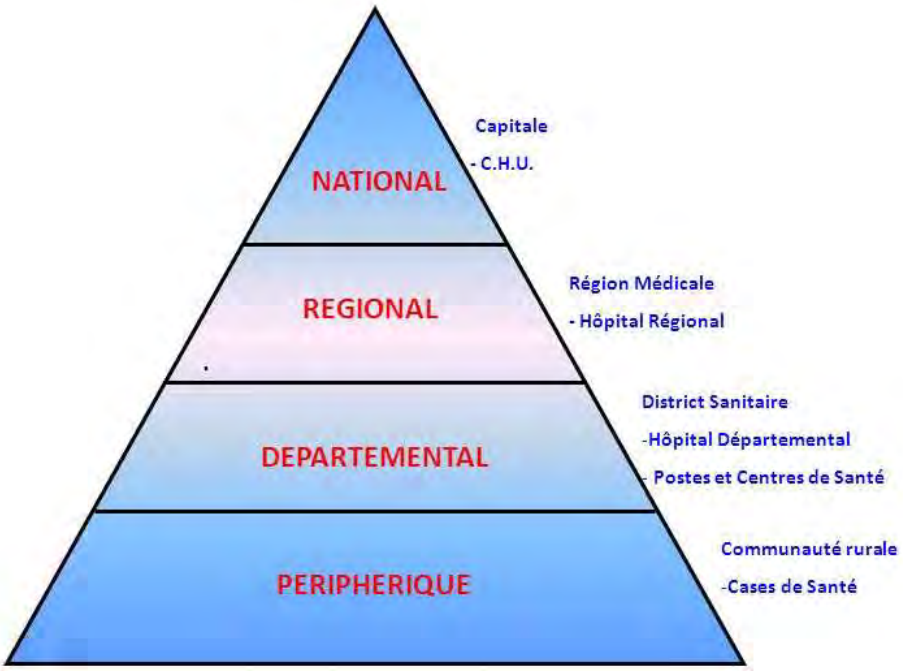


Figure 1 : Schéma pyramidale de l'organisation du système sanitaire au Sénégal [83]

3. Personnel de santé [2]

Au Sénégal, la répartition du personnel de la santé en 2015 selon la région révèle que Dakar concentre plus de professionnels de santé, comparé aux autres régions. Dans l'ensemble, 39% des professionnels de la santé se trouvent à Dakar, suivi de Thiès (10%) et Kaolack (7%). La région de Kédougou concentre seulement 1%, ce qui fait d'elle la région la moins dotée du pays. D'ailleurs, ces chiffres cachent des disparités en fonction du type de personnel. En effet, 65% des médecins et 77% des pharmaciens du pays sont à Dakar contre 1% voire moins à Kédougou, ou il n'y a même pas de médecin pédiatre (tableau I).

Cette situation est imputable d'une part, à l'importante concentration démographique à Dakar et d'autre part, à la position stratégique dont jouit cette région constituant un pôle lucratif dans les dépenses de santé.

Selon le rapport de performance du CDSMT santé de 2015, cet important déséquilibre entre Dakar et les autres régions s'explique par le poids des Centres Hospitaliers Universitaire et des Etablissements Publics de Santé de Dakar qui sont pour l'essentiel de niveau 3. En effet, dans ces structures de santé, le plateau technique est plus relevé que dans les autres structures sanitaires. S'y ajoutent, selon toujours le rapport du CDSMT, les multiples opportunités liées à sa position de capitale nationale de Dakar (structure scolaires disponibles, accès à l'information plus développé, possibilités accrues en matière de formation continue...).

Tableau I : Répartition des ressources humaines par catégorie socioprofessionnelle par région [2].

Catégories Socioprofessionnelles	Médecin (total)	Médecin généraliste	Gynécologue	Chirurgie généraliste	Pédiatre	Pharmacien	Sage-Femme d'Etat	Infirmier d'Etat	Assistant infirmier	Aide infirmier	Technicien Supérieur Administration-Enseignement	Technicien supérieur Odontologie	Technicien supérieur Anesthésie-Réanimation	Technicien supérieur Ophtalmologie	Personnel administratif	Autre personnels de santé	TOTAL
Dakar	667	131	19	10	22	110	459	158	112	514	65	20	26	26	878	1878	5095
Diourbel	65	11	2	1	4	7	83	90	59	14	4	5	8	8	75	447	874
Fatick	15	3	1	0	0	1	52	46	43	23	3	2	2	6	42	162	401
Kaffrine	11	8	1	1	0	2	20	37	35	1	5	2	4	2	20	306	455
Kaolack	28	10	2	1	1	4	108	85	44	65	7	6	1	4	75	509	950
Kédougou	5	3	0	1	0	1	26	17	25	1	2	1	2	2	14	67	167
Kolda	19	4	2	1	0	1	112	102	17	3	2	2	1	7	22	76	371
Louga	32	17	1	1	0	3	86	93	40	37	3	4	5	10	42	466	840
Matam	19	13	1	1	1	1	29	46	32	20	6	3	3	2	35	82	294
Saint-Louis	46	12	2	3	0	3	69	65	80	42	6	4	6	5	82	337	762
Sédhiou	9	5	1	1	0	1	28	23	17	1	2	1	3	3	15	116	226
Tambacounda	23	10	2	1	1	1	35	55	38	45	3	3	2	4	62	401	686
Thiès	77	19	3	5	3	7	154	139	77	98	13	10	9	10	99	603	1326
Ziguinchor	20	10	1	0	2	1	47	64	43	25	5	2	3	7	26	341	597
Sénégal	1027	256	38	27	34	143	1308	1020	662	889	126	65	75	96	1487	5791	13044

4. Infrastructures de santé

A l'image des ressources humaines en 2015, la majeure partie des infrastructures du système est basée à Dakar. En effet, à l'exception des Cases de Santé et des Etablissements Publics de Santé (EPS) de niveau 2, Dakar est la région la mieux dotée en infrastructures sanitaires. Le Sénégal compte 11 EPS 3 dont les 10 se trouvent dans la région de Dakar et l'autre dans la région de Diourbel (commune Touba).Les régions de Kolda et Sédhiou sont les moins dotées en infrastructures sanitaires. En effet, elles comptent 3 et 5 centres de santé sur un total de 99. Par ailleurs, on dénombre 50 Postes de santé pour la région de Sédhiou et 59 pour la région de Kolda sur un total de 1456 au niveau national. En revanche, la région de

Kolda enregistre le plus grand nombre de cases de santé, soit 111 sur 708 (tableau II).

Tableau II: Répartition des infrastructures de santé [83]

Région/Données	EPS 3	EPS 2	EPS 1	Centre de santé	Poste de santé	Case de santé
Dakar	10	0	3	24	191	19
Diourbel	1	1	1	4	99	75
Fatick	0	1	0	8	106	75
Kaffrine	0	0	1	4	71	75
Kaolack	0	1	0	4	106	33
Kédougou	0	0	0	3	34	67
Kolda	0	1	0	5	59	111
Louga	0	1	1	10	115	23
Matam	0	2	0	4	94	3
Saint-Louis	0	2	1	7	124	70
Sédhiou	0	0	1	3	50	49
Tambacounda	0	1	0	8	119	3
Thiés	0	1	2	10	174	97
Ziguinchor	0	2	0	5	114	8
Sénégal	11	13	10	99	1456	708

5. Politique de santé au Sénégal

La politique de santé du Sénégal peut être définie comme l'ensemble des mesures et résolutions prises par l'autorité publique dans le domaine de la santé pour atteindre un certain nombre d'objectifs [3].

La politique de santé du Sénégal est définie par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période allant de 2009 à 2018.

Il convient de rappeler les cinq grands objectifs du PNDS-II à savoir :

- réduire le fardeau de la mortalité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- accroitre les performances du secteur en matière de prévention et de lutte la maladie ;
- renforcer durablement le système de santé ;
- améliorer la gouvernance du secteur de la santé ;
- améliorer les conditions socioéconomiques des groupes vulnérables ;

Pour l'atteinte des objectifs sectoriels, quatre programmes du CDSMT ont été mis en place avec des objectifs spécifiques [4].

Quatre programmes dans l'optique d'atteindre ces objectifs ont été définis :

- le programme santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ;
- le programme prévention et prise en charge de la maladie ;
- le programme de renforcement du système de santé ;
- le programme gouvernance sanitaire.

6. Activités

6.1 Activités préventives [3]

L'une des volontés politiques majeures du gouvernement est le renforcement de la prévention médicale dans les activités du système de santé. L'analyse de la prévention porte essentiellement sur la sensibilisation, les activités de prévention des affections palustres, la vaccination des enfants et la planification familiale.

La sensibilisation est l'un des piliers sur lequel repose la politique sanitaire du Sénégal. L'objectif fixé pour l'indication « nombre de supports de communication multimédia sur les bonnes pratiques en promotion de la santé » était d'élaborer 40 000 affiches, 50 000 dépliants et 100 000 flyers. En termes de résultats, au

cours de l'année 2013, 100% des affiches, 60% de dépliants et 60% de flyers ont été confectionnés. En plus, 10 000 aide-mémoires ont été élaborés.

Selon le rapport du CDSMT, ces supports ont été produits essentiellement à l'occasion des campagnes ou d'événements spéciaux. Il n'y donc pas eu d'élaboration de supports de communication dans le cadre des programmes de santé. En ce qui concerne le « nombre d'émissions éducatives TV », l'objectif était de réaliser 175 émissions. Au cours de l'année, seules 8 émissions ont pu être faites, soit 4,6% de taux de réalisation.

Aucun magazine du Service National de l'Education et de l'information pour la Santé (SNEIPS) n'a pu être produit et diffusé au niveau des différents collèges et lycées des 14 régions. Par ailleurs, au total, 8 caravanes de sensibilisation sur les maladies liées à l'eau accompagnées de plan de communication ont été organisées au niveau des districts sanitaires.

La couverture et l'accès aux différentes mesures de prévention du paludisme mises en œuvre au Sénégal, ont connu une avancée significative entre 2005 et 2013 sur toute l'étendue du territoire national.

Globalement, 3 845 948 Moustiquaire Imprégnés à Longue Durée d'Action (MILDA) ont été distribuées au cours de l'année. La cible de 2 130 097 MILDA a été ainsi largement dépassée.

S'agissant des cibles fixées (75% pour chaque indication), en ce qui concerne le taux de couverture en MILDA chez les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes, elles sont loin d'être atteintes. Chez les femmes enceintes, le taux de couvertures en MILDA est de 51%, alors que celui des enfants de la tranche d'âge 0-5ans est de 46% (Figure 2).

En effet, malgré ce taux de couverture en MILDA, l'incidence palustre qui est calculée à partir des données de routine, a connu une augmentation de 2009 à 2013, passant ainsi de 14% à 27%.

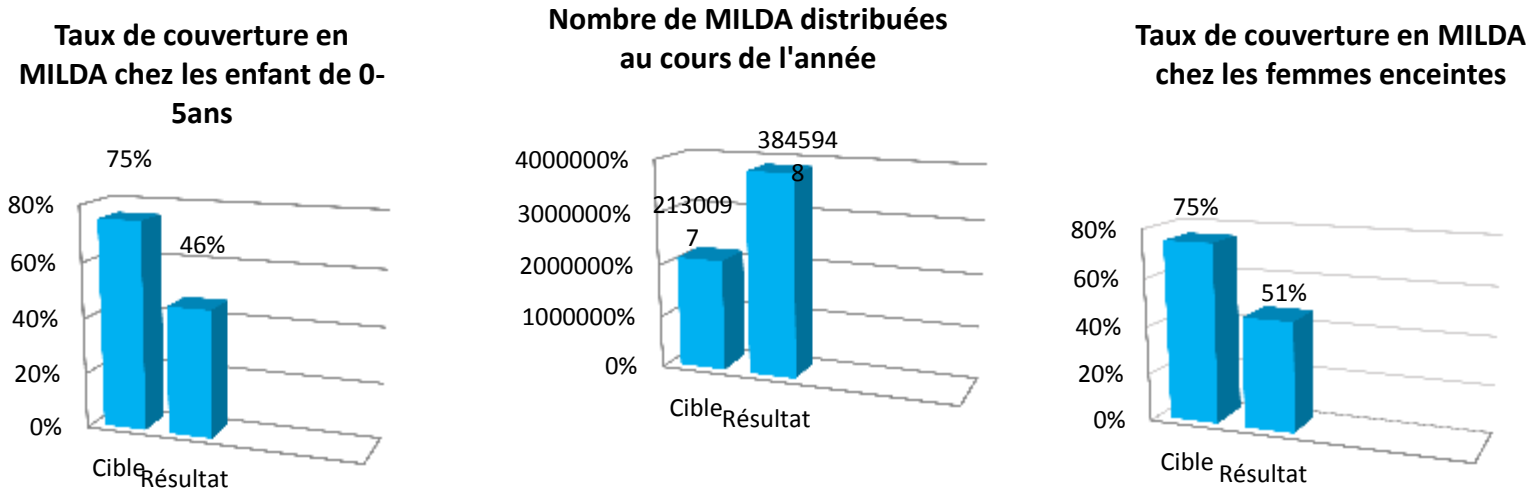


Figure 2 : Taux de couverture en MILDA [3]

Les activités de vaccination sont sous charge de la Direction de la Prévention. Après leur naissance, les enfants doivent bénéficier de soins qui permettront de préserver leur santé contre un certain nombre de maladies. Cette préservation se fait sous forme de vaccination. En effet, l'OMS recommande un programme élargi de vaccination des enfants avant leur premier anniversaire contre les différentes maladies juvéniles. Ce programme recommande essentiellement la vaccination contre la rougeole, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche net la tuberculose dans des pays comme le Sénégal.

S'agissant de la proportion d'enfants de la tranche d'âge 0-11 mois complétement vaccinés, les données provenant de l'EDS de 2013 donne un taux de 70%. Le taux de couverture de Vaccin Anti-Rougeole (VAR), dont le niveau atteint est à 65%, reste en deçà de l'objectif de 85% fixé [3].

La planification familiale représente la quatrième activité préventive [3].

L'une des priorités actuelles des pouvoirs publics est de mettre en place des outils adéquats pour une maitrise efficiente de la croissance de la population. La fécondité, comme composante majeure de cette croissance, est au centre de toutes les préoccupations. Au Sénégal, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste encore parmi les plus élevés au monde (EDS-IV, 2005).

En réaction à cette situation, le gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus compète par la prise en compte de la dimension de la population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la Déclaration de Politique de la population dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique. Cette déclaration a été adoptée en 1988 et actualisée en 2001 par le gouvernement du Sénégal, après l'adoption en 1980 du concept de « bien - être familial » incluant la protection maternelle et infantile et la planification familiale.

6.2. Activité curatives [4]

L'analyse des activités curatives dans la cadre de cette présente édition de la SES 2013 est basée essentiellement sur la disponibilité des soins de santé au niveau des structures sanitaires. Cette partie portera sur les accouchements assistés et la prise en charge au niveau des structures sanitaires des maladies telles que le VIH /SIDA et le paludisme qui restent des préoccupations majeures dans les politiques sanitaires du Sénégal.

7. Accessibilité aux soins

7.1. Accessibilité géographique [22]

Sur le plan de la réparation géographique des structures sanitaires, le Sénégal compte très peu d'établissement de soins. Seules les régions de Dakar et de Thiès sont bien servies.

Dakar à elle seule dispose de huit des vingt établissements hospitaliers qui existent au Sénégal et près de la moitié des praticiens spécialisés. Cette mauvaise répartition des établissements de santé est regrettable dès lors que la population confrontée aux problèmes de santé c'est-à-dire celle vivant en milieu rural a beaucoup de mal à avoir accès aux soins.

7.2. Accessibilité financière [22]

Il faut noter que les prestations sanitaires coutent très cher au Sénégal. La population est très pauvre et manque de soutien de la part de l'Etat. L'assurance maladie est quasi inexistante s'agissant essentiellement du confinement et de la promiscuité favorisant ainsi la transmission des maladies contagieuses. La Couverture Maladie Universelle (CMU) offre la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie. Cette initiative permet, en effet, aux personnes ayant souvent de faibles revenus (monde rural et secteur informel), d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM). Mêmes ceux qui en bénéficient ont du mal à en profiter, à cause d'un système de prise en charge défectueuse dont les Instituts de Prévoyance Maladie(IPM), en général surendettées constituent le principal canal. Ainsi, les dépenses de santé sont, la plupart, supportées individuellement par les patients ou leurs proches. En effet, les tarifs souvent élevés des soins, font que de nombreux patients évitent de

se rendre à l'hôpital, par crainte de ne pas pouvoir supporter le cout des prestations offertes.

7.3. Accessibilité socioculturelle [44]

L'accueil en urgence ou non représente pour de nombreux patients le premier obstacle à franchir du fait de l'inexistence d'un cadre qui lui est dédié, de la quasi-absence de personnel à certaines heures et des difficultés de communication pour une orientation correcte des malades.

L'accompagnement des malades apparait à la fois comme une pratique culturelle permettant de ne pas isoler le malade mais également comme un moyen de pallier l'insuffisance de personnel de salle surtout pendant la nuit. Les accompagnements séjournent souvent à l'hôpital dans des conditions déplorables, passant la nuit dans les couloirs, exposées à divers vecteurs de maladies. Il arrive souvent que des accompagnants contractent des maladies en cas de séjour prolongé.

II. SITUATION SANITAIRE DE LA REGION DE DIOURBEL

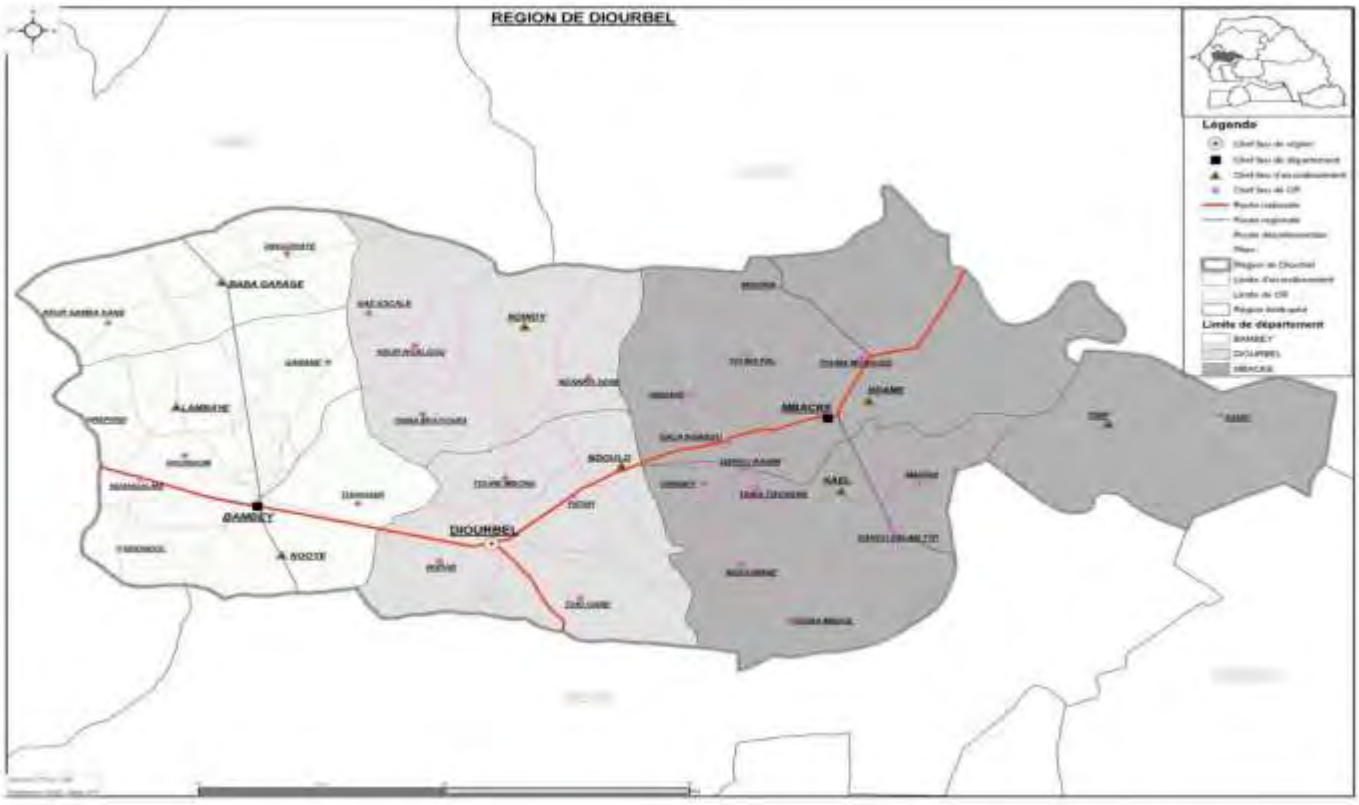


Figure 3 : Situation Sanitaire de la région de Diourbel [83]

1. Infrastructures

Depuis l'année 2005, le Ministère de la Santé a élaboré un nouvel outil de planification et de régulation de l'offre de soins : La carte sanitaire. Elle repose sur une approche globale qui tend à organiser d'une manière rationnelle, participative et équitable, l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national (tableau III).

Tableau III : Répartition des infrastructures sanitaires fonctionnelles selon le district 2012 et 2013 [83]

Districts sanitaires	Centres de santé		Postes de santé		Cases de santé		Cases de Santé Fonctionnelles		Hôpitaux	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Bambey	1	1	24	25	58	52	32	34	0	0
Diourbel	1	1	22	22	25	23	15	22	1	1
Mbacké	1	1	20	21	34	33	24	33	0	0
Touba	2	2	20	24	9	6	8	6	1	2
Total	5	5	86	92	126	114	79	95	2	3

Source *: Région médicale de Diourbel*

A la date du 31 décembre 2013, la carte sanitaire de la région de Diourbel comprend 3 hôpitaux, 5 centres de santé, 92 postes de santé, 114 cases de santé (dont 95 fonctionnelles).

Par rapport à la population régionale qui ressort à 1.497.455 habitants en 2013, ces infrastructures donnent les ratios suivants :

1 hôpital pour 499152 habitants ;

1 centre de santé pour 299491habitants ; 1 poste de santé pour 16277 habitants (tableau IV).

Tableau IV : Taux de couverture des infrastructures sanitaires selon le district en 2012 et 2013 [83]

(Nombre d'habitants par hôpital, par C.S et par P.S)

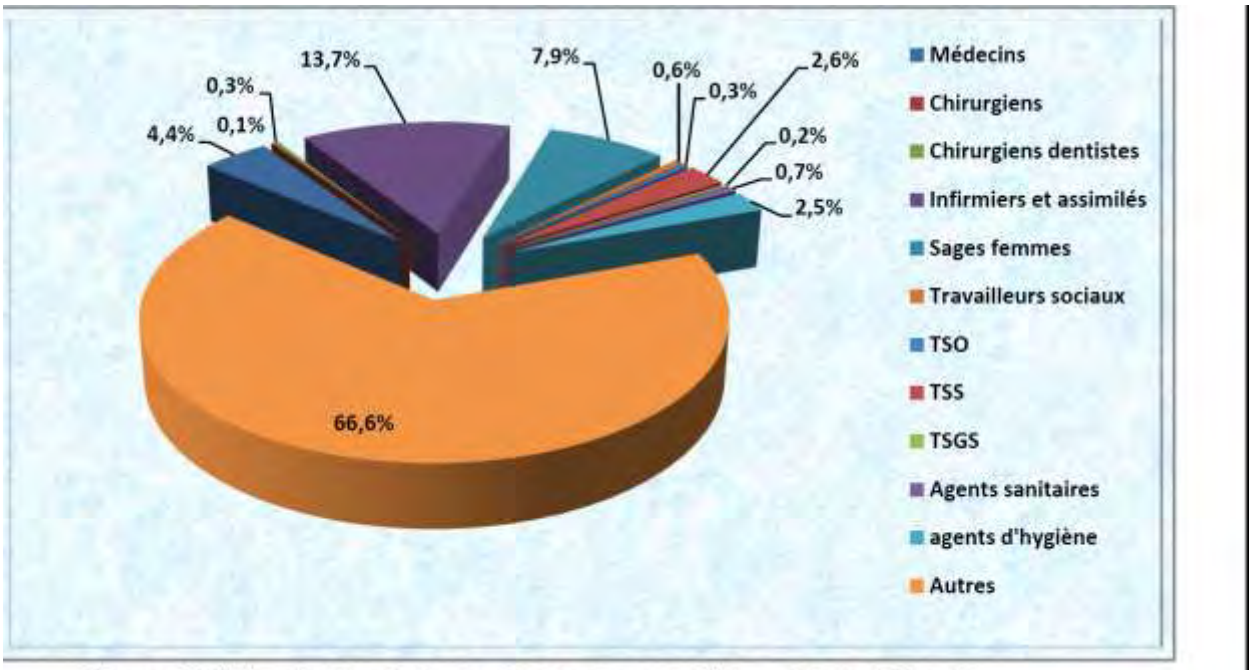
Districts sanitaires	Hôpitaux		Centres de santé		Postes de santé	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Bambey	0	0	1	1	24	25
Diourbel	1	1	1	1	22	22
Mbacké	0	0	1	1	20	21
Touba	1	2	2	2	20	24
Total	2	3	5	5	86	92
Ratios Région	1/721208	1/499152	1/288483	1/299491	1/16772	1/16277
OMS	1/150000		1/50000		1/10000	

Source : Région médicale de Diourbel

Ces résultats de la région en matière de couverture sanitaire montrent que, malgré les efforts fournis par l'Etat ces dernières années dans la construction d'infrastructures sanitaires, on est encore loin des normes de l'OMS selon lesquelles, il faut 1 hôpital pour 150 000 habitants, 1 centre de santé pour 50 000 habitants et 1 poste de santé pour 10 000 habitants.

2. Personnel

En 2013, l'effectif du personnel médical des services publics de la région de Diourbel se chiffre à 1790 contre 1570 en 2012, soit une hausse 14%.Il est essentiellement composé d'infirmiers et assimilés (245, soit 13,7 %), de sages-femmes (141, soit 7,9%) et d'autres catégories non définies (1193, 66,6%). Le reste du personnel est faiblement représenté avec 4,4% de médecins, 3,5% de techniciens supérieurs, 2,5% de personnels d'hygiène, 0,7% de personnels sanitaires, 0,6% de travailleurs sociaux et seulement 0,4% de chirurgiens (figure 3).



***Source** : SRSD/Diourbel à partir des données fournies par la Région médicale de Diourbel*

Figure 4 : Répartition (en %) du personnel médico-sanitaire de la région en 2013 [83]

La répartition du personnel médico-sanitaire (cf. annexe Tableau A12.1) révèle un certain déséquilibre au profit du district sanitaire de Touba qui concentre à lui seul 23,4% des travailleurs. Par contre, dans les autres localités, nous avons pour les districts de Diourbel (15,2%), Bambey (13,5%), et Mbacké (9%).

3. Activités préventives

Les activités préventives concernent la vaccination, la surveillance nutritionnelle et pondérale.

Les taux de couverture vaccinale en 2013 sont assez satisfaisants mais moins élevés que ceux des années précédentes (en l'occurrence 2009 et 2011) dans tous les districts et pour l'ensemble des antigènes (les informations sur laPolio0, lePenta1 et lePenta2 n'étant pas disponibles). Globalement, tous les taux sont au-dessus de 65%, à l'exception de la fièvre jaune (64% à Mbacké) (tableau V).

Tableau V : Pourcentage des enfants vaccinés par antigène et par district en 2013 [83]

Antigène	Bambey	Diourbel	Mbacké	Touba
Polio 0	nd	nd	nd	nd
BCG	80,48	93,89	84	96
Penta 1	nd	nd	nd	nd
Penta 2	nd	nd	nd	nd
Penta 3	83,49	91,88	79	81
Rouvax	68,7	67,43	66	73,8
Fièvre jaune	68,81	68,05	64	74
ECV	68,7	67,43	66	73

***Source** : Région médicale de Diourbel*

Selon le district, celui de Touba arrive en tête pour tous les antigènes à l'exception du Penta3. Plus globalement, on observe que les plus faibles performances sont tributaires des résultats enregistrés dans le district de Mbacké.

Concernant la surveillance nutritionnelle et pondérale en 2013 dans la région de Diourbel, 98,96% des enfants ont un bon état nutritionnel (dans le vert). Cette situation nutritionnelle s'est améliorée par rapport à 2010 où le taux affiché était de 80,7%.Toutefois, l'absence de données du district de Mbacké appelle à plus de prudence (tableau VI).

Tableau VI : Répartition enfants selon l'état nutritionnel par district en 2013 [83]

Districts	Nbre enfants suivis	Rouge	Jaune	Vert
Bambey	64552	65	517	63970
Diourbel	54334	109	489	53736
Mbacké	32566	66	359	32141
Touba	98212	98	884	97230
Total	249664	338	2249	247077
%	100	0,14	0,90	98,96
Total 12	100 410	8039	20037	72334
Variation 12/13 (en %)	148,64	-95,8	-88,78	241,58

Source : Région médicale de Diourbel (ce tableau est à revoir les totaux et % posent problème)

III. HOPITAL REGIONAL HEINRICH LÜBKE DE DIOURBEL [3]

1. Historique

Fruit de la coopération entre le Sénégal et la République Fédérale d'Allemagne, l'hôpital de Diourbel fut inauguré le 26 Mai 1966 par feu le Président Léopold Sédar SENGHOR et baptisé sous le nom d'Heinrich Lübke Président de la République Fédérale d'Allemagne de l'époque. Il fut doté d'un plateau technique moderne et bénéficia d'une assistance technique allemande. La combinaison de ces éléments avec la volonté politique d'alors permirent de faire de l'hôpital une structure de référence fortement sollicitée par les malades de toute la sous-région ouest africaine.

Après 6 ans de partenariat c'est-à-dire en 1972, l'assistance technique prit fin. A partir de cette date, on observa une baisse du niveau de fonctionnement de l'hôpital dû à la combinaison de plusieurs facteurs, notamment la dégradation des équipements, des infrastructures et la diminution de l'effectif du personnel de la fonction publique. Ces difficultés ont engendré une dégradation progressive de la structure.

En 1991, le Gouvernement Sénégalais sollicita à nouveau l'appui de la coopération allemande afin de réhabiliter l'hôpital et de lui permettre de jouer à nouveau, son rôle de structure de référence. Les études préliminaires de cette requête aboutirent à la mise en place d'un projet de coopération technique et financière, d'accord parties. La décision fut prise avant tout nouvel investissement de mettre en place une assistance technique et d'élaborer un projet d'établissement qui doit être la traduction de l'engagement des différents acteurs hospitaliers et institutionnels à s'approprier les futurs acquis.

En 1999, l'assistance technique fut mise en place afin de contribuer à l'élaboration du projet et d'accompagner le processus, ce pour une période de 8 ans. L'élaboration du plan directeur a abouti à un besoin d'investissement qui, après

plusieurs aménagements, entre dans le cadre du budget disponible. Cependant quelques questions se posaient quant à la capacité de l'hôpital à viabiliser les investissements futurs dans le nouveau contexte de la réforme hospitalière et de l'ouverture imminente de l'hôpital de Touba situé à 50km.

Le Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke de Diourbel a été érigé en Etablissement Public de Santé par décret 2000-1166 .du 29 décembre 2000 en application des lois 98-08 et 98-12 du 2 mars 1998 relative respectivement à la reforme Réforme hospitalière et à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé.

En 2004, l'Hôpital Régional de Diourbel a été entièrement réhabilité par la coopération allemande.

2. Situation

L'hôpital est situé presque au centre de la ville et couvre une superficie de 8 ha. Il est limité à l'Est par le stade Ely Manel FALL, à l'Ouest par les HLM Grand Diourbel, au Nord par les logements occupés par une partie du personnel et au Sud par le quartier des champs de courses. L'hôpital est bâti sur un terrain dur mais perméable aux eaux de ruissellement.

3. Vocations

A l'heure du bilan des Objectifs du Millénaire pour le Développement et des nouveaux objectifs du développement durable, notre hôpital devra se positionner comme catalyseur avec des résultats dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant qui devront impacter positivement sur les objectifs nationaux.

La volonté fortement affichée par les autorités politiques actuelles en faveur de la Couverture Maladie Universelle, devra être en interne un soubassement d'une politique sociale favorisant l'accessibilité financière aux soins des populations les plus démunies.

Le contexte local avec l'ouverture et le démarrage de l'UFR SANTE de l'Université Alioune DIOP de Bambey doit être une opportunité que nous devons forcément saisir dans le renforcement de spécialités médicales existantes, mais aussi dans l'augmentation de l'offre de service avec des spécialités nouvelles. La convention hospitalo-universitaire déjà signée par les institutions cadre parfaitement avec l'atteinte de cet objectif.

Le principe du projet d'établissement consiste à projeter l'hôpital dans un horizon moyen, c'est dire que malgré les avancées, il existe encore d'énormes chantiers dont nous devons ensemble mener la réflexion, dégager les priorités et trouver les moyens de réaliser les ambitions en s'inspirant sur des piliers de valeur tel que l'engagement, le travail et la persévérance. Ces valeurs prônées par le Vénéré Guide du mouridisme Cheikh Ahmadou Bamba (RA) doivent servir de sacerdoce dans cette ville ou il a séjourné 15 ans durant, dans cette ville où existe la seule demeure qu'il a lui-même construit. Cette cité, doit être à l'abri de tous les maux. Dans ce chantier spirituel, nous avons fondamentalement un rôle de leader à jouer dans le domaine de la santé.

Le projet d'établissement s'articule donc autour des grandes orientations suivantes :

- faire de la prise en charge des urgences un domaine d'intervention prioritaire
- faire preuve de détermination dans l'amélioration de la prise en charge de la santé maternelle et infantile
- maîtriser l'information médicale à des fins de gestion et d'orientation des stratégies

- s'engager à assurer nos missions de soins, de formation et de recherche tel que dévolues à un Etablissement Public Hospitalier de L'hôpital doit exercer ses missions de soins curatives tout en participant à la formation continue et initiale des acteurs
- optimiser le parcours interne du patient
- améliorer la performance de l'établissement
- et créer et maintenir un milieu de travail sain et attractif

4. Description des lieux

L'hôpital a une capacité d'accueil de 135 lits d'hospitalisation. Du point de vue médico- technique et chirugical,il est composé des services suivants. :

- Médecine Interne ;
- Cardiologie ;
- Pédiatrie ;
- Chirurgie Générale ;
- Urologie ;
- Orthopédie – Traumatologie ;
- Gynécologie obstétrique ;
- Anesthésie/Réanimation ;
- Service d'accueil des urgences médicales ;
- Un bloc opératoire ;
- Odontologie – stomatologie ;
- Laboratoire d'analyses médicales ;
- Banque de sang ;
- Imagerie Médicale ;
- Pharmacie ;
- Kinésithérapie ;

- ORL.

5. Personnel

Administrativement, l'hôpital est dirigé par un Directeur qui est assisté par des services de soutien.

Le personnel médical est composé de 19 médecins sur un effectif global de 236 agents. Il est constitué d'agents étatiques (fonctionnaires), d'agents contractuels et des stagiaires.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

PATIENTS ET METHODES

I. CADRE D'ETUDE

Le service de chirurgie de l'hôpital régional Heinrich Lübke de Diourbel est composé de 5 grandes salles et de 3 cabines avec une capacité litière de 30lits. Le personnel du service est composé de 5 chirurgiens résidents dont 2 orthopédistes, 1 urologue, 1 chirurgien viscéraliste, 1 ORL; de 2 étudiants en spécialisation stagiaires en urologie et en chirurgie pédiatrique ; d'un Major, de 5 infirmiers et 4 aide-infirmiers.

Le bloc operatoire est composé de 2 salles pour le programme réglé avec une des salles contenant un amplificateur de brillance, une salle pour la chirurgie septique et une salle de réveil avec une capacité de 6 lits. Le personnel du bloc opératoire est composé des chirurgiens ; d'un médecin anesthésiste avec un étudiant en spécialisation stagiaire, de 6 techniciens supérieurs en anesthésie, de 5 instrumentistes de bloc opératoire et de 2 aide-infimières pour la salle de réveil.

II. PATIENTS

1. Critères d'inclusion

Notre étude a été réalisée entre le 1er janvier 2021 et le 31 mars 2021. Tous les patients âgés de 0 à 15ans ayant été reçus pour une pathologie chirurgicale pédiatrique à l'hôpital régional Heinrich Lubke de Diourbel ont été inclus dans l'étude.

2. Critères de non inclusion

Nous n'avons pas pris en compte les patients qui étaient sortis contre avis médical au nombre de 6 cas et les enfants suivis pour pied bot varus équin au nombre de 32. Ces derniers étaient déjà inclus dans une étude de Miraclefeet.

3. Population d'étude

Durant notre période d'étude, 109 enfants répondaient à nos critères de sélection.

III. METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait de réaliser une étude prospective et descriptive.

2. Phase de collecte

Nous avons réporté sur une fiche d'enquête les données des enfants de 0 à 15ans reçus pour une pathologie chirurgicale pédiatrique à l'hôpital.

Les critères receuillis sur le fiches d'enquête sont :

- les aspects sociodémographiques : la fréquence; l'âge selon la classification OMS; le sexe; les références avec les malades pouvant venir de la région de Diourbel ou d'autres régions ; le mode d'admission, les patients reçus avaient un rendez-vous de consultation normale ou étaient transférés par la servive d'acceuil et d'urgence (SAU) ;
- le diagnostic retenu ;
- le traitement : type et gestes réalisés ;
- et l'évolution favorable ou défavorable.

3. Analyse des données

Nous avons terminé cette phase de recueil en exploitant les fiches d'enquête grâce aux logiciels EpiInfo et Microsoft Excel.

RESULTATS

I. ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

1. Fréquence

Du 1er janvier au 31 mars 2021, 109 patients ont été reçus pour une pathologie chirugicale pédiatrique à l'Hôpital Heinrich Lubke de Diourbel soit une moyenne de 36 patients par mois.

2. Age

La moyenne d'âge de nos patients était de 5 ans avec des extrêmes de 7jours de vie et 15 ans. La répartition selon l'âge est matérialisée sur le tableau VII ci-dessous.

Tableau VII : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
0-28jours	4	3,66
29-30mois	47	43,12
31mois-5ans	21	19,26
6-15ans	37	33,96
TOTAL	**109**	**100**

3. Sexe

Notre population d'étude était composée de 79 garçons et 30 filles soit un sexe ratio de 2,63.

4.Références

Quatre vingt dix huits patients provenaient de la région de Diourbel, 6 de la région de Fatick et 5 de la région de Thiès (tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la localité

Origine	Effectifs	Pourcentage
REGION DE DIOURBEL	**98**	**90**
Diourbel	58	53,2
Bambey	20	18,3
Ngohé	9	8,5
Touba	6	5,5
Patar	1	0,9
Ndindy	2	1,8
Lagnar	2	1,8
RÉGION DE THIES	**5**	**4,5**
Khombole	5	4,5
REGION DE FATICK	**6**	**5,5**
Fatick	1	0,9
Gossas	5	4,6
TOTAL	**109**	**100**

5. Mode d'admission

Ciquante sept patients venaient du SAU et 52 étaient reçus en consultation normale.

II. DIAGNOSTICS RETENUS

1. Répartition selon le type de pathologie

Les pathologies traumatologiques prédominaient suivis des pathologies uro-génitales et pariétales (Figure 5).

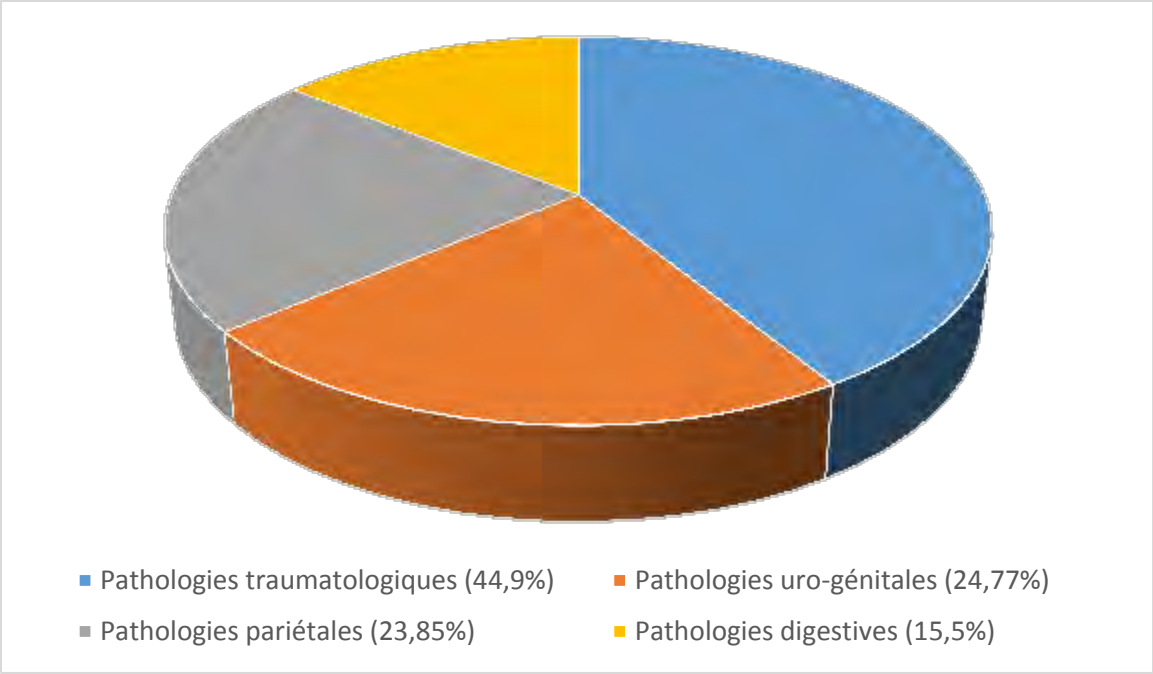


Figure 5 : Pathologies rencontrées selon les rubriques

2. Principaux diagnostics

2.1. Pathologies traumatologiques

Les fractures représentaient 67,3% des pathologies traumatologiques (Tableau IX). Elles étaient localisées pour :

- 69,7% au niveau des membres supérieurs avec 8 à la palette humérale, 7 au niveau des 2 os de l'avant-bras, 3 à la clavicule, 2 pour l'humérus et le radius respectivement et 1 pour l'ulna ;
- 30,3% au niveau des membres inférieurs avec 3 pour le fémur, la fibula, les 2 os de la jambes respectivement et 1 pour le tibia.

Tableau IX : Pathologies traumatologiques

Pathologies	Effectif
Fractures	33
Contusions	4
EOBP	4
Cal vicieux du coude	2
Luxation du pouce	1
Arthrites	3
Abcès sous-périosté	1
Ostéomyélite chronique	1
TOTAL	**49**

EOBP : élongation obstétricale du plexus brachial

2.2. Pathologies uro-génitales

La pathologie du canal péritonéo-vaginal a été retrouvée chez 17 enfants (Tableau X).

Tableau X : Pathologies uro-génitales

Pathologies	Effectifs
Hydrocèle	9
Hernie inguino-scrotale	6
Cryptorchidie	3
Hernie inguinale	2
Hypospadias	3
Phimosis	2
Coalescence des petites lèvres	1
Syndrome de jonction pyélo-uretéral	1
TOTAL	**27**

2.3. Pathologies pariétales

La hernie ombilicale a été plus fréquente, elle a été retrouvée chez 18 enfants (Tableau XI).

Tableau XI : Pathologies pariétales

Pathologies	Effectifs
Hernies ombilicales	18
Omphalocèles	2
Plaie traumatique par arme blanche	2
Myosites	2
Cellulite cuisse	1
Eventration post-opératoire	1
TOTAL	**26**

2.4. Pathologies viscérales

Les différents diagnostics retenus sont représentés sur le tableau XII ci-dessous.

Tableau XII : Pathologies viscérales

Pathologies	Effectifs
Pathologies appendiculaires	7
Maladie de Hirschsprung	5
Invagination intestinale aigüe	2
Prolapsus rectal	2
Sténose hypertrophique du pylore	1
TOTAL	**17**

III. TRAITEMENT

1. Type de traitement

Dans notre série 47 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, 43 d'un traitement orthopédique avec 37 plâtres et 6 réductions et contention selon Blount. Quatorze enfants ont été surveillés de manière trimestrielle ou semestrielle et 5 nouveau-nés ont été référés à l'hôpital pour enfants de Diamniadio pour des tableaux d'occlusion néonatales exclusicement.

2. Gestes chirurgicaux réalisés

Les différents gestes sont matérialisés sur le tableau XIII ci-dessous.

Tableau XIII : Gestes chirurgicaux réalisés

Type d'intervention	Nombre	Pourcentage
Aponévrorraphie hernie ombilicale	17	30%
Fermeture du canal péritonéo-vaginal	13	21,5%
Abaissement testiculaire et orchidopéxie	3	4,9%
Appendicectomie	7	11,5%
Désinvagination manuelle sur invagination intestinale aigüe	2	3,2%
Colostomie sur invagination par tumeur recto-sigmoïdienne	1	1,6%
Résection-anastomose intestinale sur perforation du grêle	1	1,6%
Arthrotomie	3	4,9%
Débridement de myosite / mis à plat abcès	4	6,5%
Embrochage en X de fracture supra-condylienne du coude	3	4,9%
Urétroplastie selon Duplay	3	4,9%
Posthectomie	4	6,5%
TOTAL	**61**	**100**

En résumé, au cours de notre étude, parmi les malades ayant bénéficié d'un geste chirurgical il s'agissait :

- de chirurgie pariétale chez 26 patients soit 42,62% des actes réalisés ;

- de chirurgie uro-génitale chez 23 enfants soit 37,7% des gestes chirurgicaux ;
- de chirurgie viscérale chez 11 malades soit 18% des malades opérés ;
- d'ostéosynthèse et d'arthrotomie chez 3 patients dans chacun des cas (figure 6).

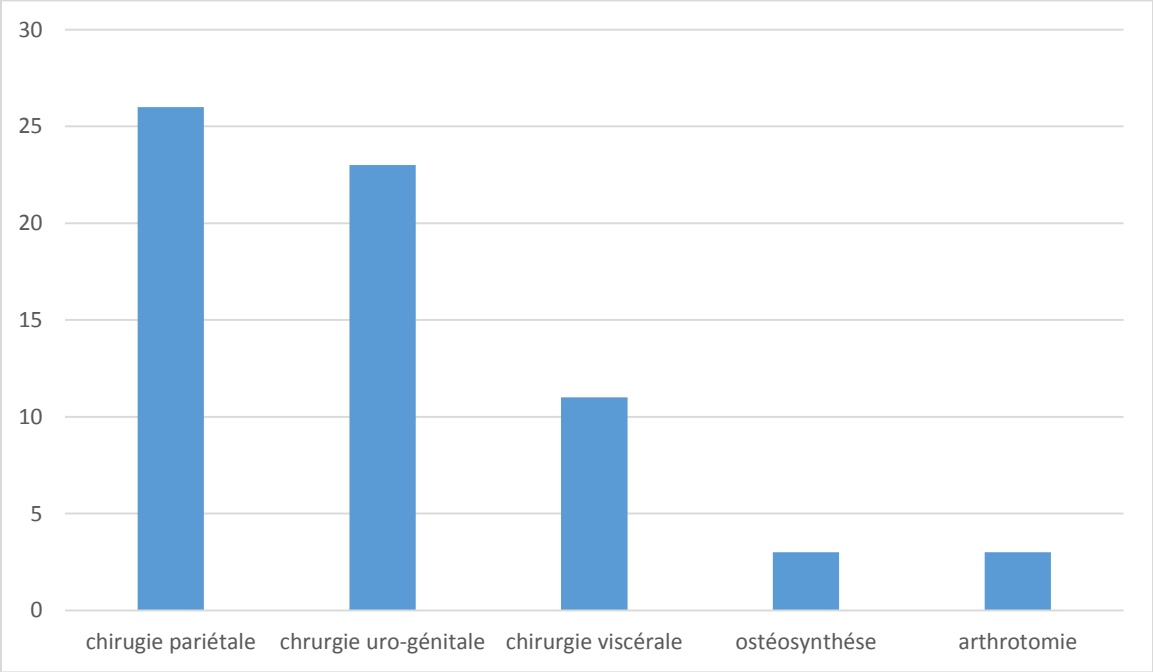


Figure 6 : Type de chirurgie

IV. EVOLUTION

L'évolution était favorable chez 98 patients. Six ont développés une suppuration pariétale après cure de hernie ombilicale avec évolution finale favorable.

La mortalité globale était de 0,8% : deux décès ont été enregistrés en post-opératoire. Pour le premier il s'agissait d'une invagination intestinale aigüe qui évoluait depuis 12 jours : le patient est décédé 2 jours après l'intervention chirurgicale dans un tableau de septicémie. Le second est un nourrisson qui a été opéré pour une hernie ombilicale et qui est revenu 2 jours après l'intervention dans un tableau de péritonite aigüe généralisée et décès 3 heures après l'admission ; la nécropsie réalisée a objectivé une perforation iléale à 2cm de l'angle iléo-caecal dont l'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'une perforation sur iléite chronique.

DISCUSSION

I. ASPECTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

La chirurgie pédiatrique reçoit en moyenne 36 patients par mois à l'hôpital régional de Diourbel. Ce taux est inférieur à celui de Diassé [29] à Kaolack ou 250 enfants en moyenne sont consultés par mois. Ce qui s'explique par l'existence d'un service de chirurgie pédiatrique à l'hôpital de Kaolack et la présence en permanence d'un spécialiste dans ladite discipline. Barry [15] a retrouvé une moyenne de 51 patients par mois à Ourossogui.

La moyenne d'âge est de 5ans, ce qui rejoint les résultats de Diassé [29], il s'agit essentiellement d'enfants en âge préscolaire.

Les enfants âgés de moins de 30 mois représentent près de 50% des patients dans notre étude. Nos données rejoignent celle de Barry [15] à Ourossogui et Nibogora [61] à l'hôpital régional de Saint louis. A noter que 5 nouveau-nés ont été évacués à l'hôpital pour enfants de Diamniadio faute de réanimation néonatale disponible.

La prédominance masculine est nette dans notre série. Ceci rejoint les résultats de Barry [15], Nibogora [61] et Diassé [29]. Différents travaux montrent une prédominance masculine [20, 26]. En effet les garçons sont beaucoup plus turbulents que les filles et plus enclins à des jeux dangereux. Cela pourrait aussi s'expliquer par la grande place des affections urogénitales chez le garçon comme les pathologies du canal péritonéo-vaginal et la cryptorchidie.

Durant notre étude la majorité des enfants provient de la région de Diourbel et accessoirement des régions de Fatick et de Thiès. Cela pourrait s'expliquer par l'accessibilité plus facile à la ville de Diourbel des communes de ladite région et la localisation frontalière des régions de Fatick et Thiès.

Le mode d'admission habituel pour les pathologies chirurgicales pédiatriques à l'hôpital régional Heinrich Lübke de Diourbel est le SAU en raison surtout de la prédominance des pathologies traumatologiques.

II. DIAGNOSTICS RETENUS

Les pathologies traumatologiques constituent près de 45% des diagnostics retenus avec les fractures au-devant de la scène pour presque 2/3 de ces patients.

Les fractures sont dans plus de la moitié des cas localisées au niveau des membres supérieurs. Cette prédominance de la pathologie traumatologique est aussi retrouvée à Saint louis par Nibogora [61], à Kaolack par Diassé [29] et a Ourossogui par Barry [15]. L'os immature de l'enfant est très différent de l'os adulte. De par sa porosité plus grande, il est davantage plus vulnérable en torsion et en compression que l'os mature [17]. Ceci explique qu'une chute du canapé puisse casser le fémur d'un enfant alors qu'il faudra un traumatisme violent chez l'adulte.

Les pathologies uro-génitales occupent la deuxième place ; elles sont majoritairement dominées par les pathologies du canal péritonéo-vaginal. Nous avons aussi observé des cas d'hypospadias et de syndrome de jonction pyélo-uretéral. Nos résultats concordent avec ceux de Diassé [29] et de Barry [15].

Les pathologies pariétales constituent une part importante dans les activités en chirurgie pédiatrique. Dans notre étude elles représentent le troisième motif de consultation après les pathologies traumatiques et uro-génitales ce que montrait l'étude de Diassé [29]. La hernie ombilicale prédomine dans notre étude. Nous rapportons 18 cas de hernie ombilicale dont 6 étranglées. Ces résultats rejoignent ceux de Diassé [29]. La hernie ombilicale est une pathologie fréquente chez l'enfant noir africain [10,66]. Si dans les pays d'Europe et d'Amérique elle se complique rarement d'étranglement, le nombre de cas mentionnés dans les travaux effectués en Afrique ne cesse d'augmenter. Ceci justifie l'attitude opératoire prônée par les auteurs africains contrairement aux occidentaux, qui recommandent la surveillance [44, 66].

Les pathologies viscérales sont dominées par la pathologie appendiculaire et la maladie de Hirschsprung. Les formes compliquées prédominent dans la pathologie appendiculaire ; dans notre étude nous avons colligé 4 cas d'abcès appendiculaires, 2 péritonites appendiculaires et une appendicite aigüe. Nous avons aussi observé des invaginations intestinales aiguës, des prolapsus rectal et des omphalocèles. La part de ces pathologies est variable d'un auteur à un autre. Dans l'étude de Nibogora [61] l'appendicite prédomine suivi du prolapsus anal; Barry [15] avait retrouvé cette prédominance des pathologies appendiculaires, suivies des invaginations et des occlusions intestinales.

En considérant les pathologies qui constituent les différentes rubriques, nous constatons que les fractures arrivent en tête, suivies respectivement et par ordre décroissant des hernies ombilicales, des pathologies du canal péritonéo-vaginal et de la pathologie appendiculaire.

III. TRAITEMENT

Dans notre étude plus du 1/3 des patients bénéficient d'un traitement chirurgical. Il s'agit essentiellement de chirurgie pariétale dominée par la cure de hernie ombilicale.

Contrairement à la nette prédominance des pathologies traumatiques dans les consultations, les interventions pour ces pathologies sont faibles ; car seulement 10% de ces patients sont opérés, ce qui peut s'expliquer par le fait que les traumatismes ne constituent pas une très grande activité opératoire ; et avec la présence d'un amplificateur de brillance le traitement orthopédique a été réalisé chez 90% des patients.

La chirurgie uro-génitale occupe une place non négligeable, elle représente le tiers des gestes chirurgicaux réalisés : il s'agit essentiellement de la chirurgie du canal péritonéo-vaginal.

Dans notre étude nous constatons, en termes de fréquence, une prédominance des pathologies traumatiques qui sont suivies des pathologies uro-génitales puis pariétales. En revanche, en terme de gestes chirurgicaux les pathologies pariétales sont beaucoup plus opérées, elles sont suivies des pathologies uro-génitales et enfin traumatiques.

Presque la totalité des patients opérés au Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke de Diourbel ont eu des suites opératoires simples. En effet, moins de 4% des patients opérés ont présenté une complication post-opératoire représentée exclusivement par la suppuration pariétale. Une mortalité de moins de 1% est retrouvée ce qui rejoint les résultats de Barry [15] avec 0,97% et Diassé [29] avec 0,67%.

CONCLUSION

La pratique de la chirurgie pédiatrique est confrontée à plusieurs problèmes économiques et organisationnels. Les pathologies chirurgicales pédiatriques sont un véritable problème de santé publique en Afrique ou les enfants de moins de 15 ans représentent plus de la moitié de la population.

Nous avons voulu à travers ce travail évaluer l'activité en chirurgie pédiatrique dans un Hôpital régional au Sénégal.

Notre travail est une étude prospective, descriptive et trimestrielle qui s'est déroulée entre le 1er janvier 2021 et le 31 mars 2021. Tous les patients âgés de 0 à 15ans ayant été reçus pour une pathologie chirurgicale pédiatrique à l'hôpital régional Heinrich Lubke de Diourbel ont été inclus dans l'étude.

Nous avons pu déterminer les aspects sociodémographiques, les pathologies rencontrées et les traitements réalisées avec leur évolution.

Cent neuf patients ont été recus pour une pathologie chirugicale pédiatrique à l'Hôpital Heinrich Lubke de Diourbel soit une moyenne de 36 patients par mois.

La moyenne d'âge de nos patients était de 5 ans avec des extrêmes de 7jours de vie et 15 ans. Les nourissons étaient majoritaires représentant 43,12% des malades.

Notre population d'étude était composée de 79 garçons et 30 filles soit un sexe ratio de 2,63.

Quatre vingt dix huit patients provenaient de la ville de Diourbel, 5 de la région de Thiès et 6 de la région de Fatick. Parmi ces patients 57 venaient des urgences et 52 étaient reçus en consultation normale.

Les pathologies traumatologiques prédominaient (49 cas) suivies des pathologies uro-génitales (27 cas), pariétales (26 cas) et enfin viscérales (17 cas).

Dans notre étude 26 enfants ont bénéficié d'une chirurgie pariétale, 23 d'une chirurgie uro-génitale et 11 d'une chirurgie viscérale. Une ostéosynthèse et une arthrotomie ont été réalisées chez 3 patients respectivement.

L'évolution était favorable chez 98 patients. Six ont développé des complications représentées exclusivement par la suppuration pariétale.

La mortalité globale était inférieure à 1%.

A la suite de ce travail nous avons fait les constatations suivantes :

- L'activité chirurgicale pédiatrique n'est pas encore assez importante à Diourbel ;
- L'évacuation systématique des nouveau-nés ayant besoin d'une réanimation ;
- Les pathologies traumatologiques dominent largement ;
- La chirurgie pariétale est le type de chirurgie prépondérant ;
- L'évolution sous traitement est le plus souvent favorable.

Au terme de ce travail nous avons dégagé quelques recommandations qui nous paraissent nécessaires pour la prise en charge chirurgicale des enfants dans la région de Diourbel :

- Créer un service de Chirurgie Pédiatrique ;
- Créer une unité de réanimation pédiatrique ;
- Rendre disponibles les consommables dans le but de prendre en charge et à temps réel les affections traumatologiques et pariétales.

REFERENCES

[1]. Agence Nationale De La Statistique Et De La Demographie (ANSD).
Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011.
Dakar : ANSD ; 2012
Disponible sur : http://wwwansd.sn/ressources/rapport/EDS-MICS 2010-11 Rapport final.pdf. Consulté le 15/06/2018.

[2]. Agence nationale de la statistique et de la demographie (ANSD).
Enquête Démographique et de Santé Année 2015.
Dakar : ANSD ; janvier 2018.

[3]. Agence Nationale De La Statistique Et De La Demographie (ANSD).
Situation économique et sociale du Sénégal en 2013.
Dakar : ANSD ; 2016.
Disponible sur : http://www ansd.sn/ressources/ses/SES2013-fin-mars2016.pdf.
Consulté le 15/03/2021.

[4]. Agence nationale de la statistique et de la demographie (ANSD).
Situation économique et sociale du Sénégal en 2009.
Dakar : ANSD ; 2010
Disponible sur : http:/www.ansd.sn/ressources/ses/SES 2019.pdf.
Consulté le 15/06/2028

[5]. Aguemon Ar, Atchade D, Tchaou Ba, Goudot E.
Prise en charge des malformations chirurgicales digestives de l'enfant dans le service polyvalent d'anesthésie réanimation.
Méd Afr Noire 1996 ; 43(3) :160-163.

[6]. Alaoui I.
La réanimation néonatale et pédiatrique dans les pays en développement :
Mythe ou réalité ? Luxe ou nécessité ? De la théorie à la pratique.
Méd Trop 203 ; 63(4-5) :435-44.

[7]. Ametitovi Eea.
Bilan d'activités du service d'urgences de chirurgie générale adulte et de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec sur une période de trois ans (Thèse Médecine).
Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2005.N°76.

[8]. Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou J, Lokossou T, Djiconkpode I, et aI.
Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical.
Méd Trop 2009 ; 69(5) :477-479.

[9]. Atanda Hl, Poste J, Bon Jc, Kuakuyi N.
Mortalité et morbidité infantiles sur une population d'un service médical à Pointe-Noire (République du Congo).
Med Afr Noire 1991 ;(114) :24-35.

[10]. Aubert F, Guittard O.
Pathologies et particularités pédiatriques.
In : Aubert F, Guittard P. L'essentiel médical de poche -2e Ed.
Paris : Ellipses ; 1995 :910-958.

[11]. Bahebeck J, Ngowe Mn, Djientcheu V.
ATANGANA R, BIRAM F, SIMO M, et al.
Le traumatisme infantile : étude de 116 cas observés à l'Hopital Général de Youndé. Méd Afr Noire 2004 ; 51(1) :31-35.

[12]. Balde I, Doumbouya N, Agbo-Panzo D, Diallo Af, Da Silva-Anoma S.
Panorama de la chirurgie pédiatrique en Afrique.
Méd Afr Noire 1999 ; 46(4) ;pages 7.

[13]. Bandre E, Kabare Raf, Sanou A, Ouedraogo I, Sore O, Tapsoba T, Et Ai.
Hernies ombilicales étranglées chez l'enfant au Burkina Faso : différences avec les pays développés.
Bull Soc Pathol Exot 2010 ;103(2) :100-203.

[14]. Bargny F, Baudoin S.
Hernies de l'enfant.
Rev Prat 1997 ; 47 :289-294

[15]. Barry M M.
Pathologies chirurgicale pédiatrique à l'hôpital d'Ourossogui : Bilan de 6 mois d'activité.
Mémoire DES, UCAD, Dakar 2021, N° 169.

[16]. Boubou S, Bouchaour FZ.
Mortalité hospitalière en pédiatrie EHS Tlemcen (Thèse Medecin).
Tlemcen : Université de Tlemcen ;2012 ; n°123.

[17]. Bouchet A, Cuilleret J.
Anatomie : Topographique, descriptive et fonctionnelle-Tome 3 : Le membre supérieur , Le Membre inférieur.
Paris : Masson ; 1986 ;1459 -1463

[18]. Brouard N.
Une modélisation de l'enquête sur la mortalité infantile et juvénile à Yaoundé.
INSERM 1986,145 :385-406.

[19]. Cantin M A.
Les fractures chez les enfants …un véritable casse-tête.
Médecin Québec 2003 ; 38(4) :81-89.

[20]. Carpenrier Jp, Petrognani R, Raynal M, Ponchel C, Saby R.
Sélection naturelle et triage médical : la réalité au quotidien.
Med Trop 2002 ; 62(3) :263-267.

[21]. Chobli M, Massougbodji-D'almeida M, Agboton H, Sanou J, Madougou M, Assouto P.
Créer un service d'aide médicale d'urgence dans un pays en développement : Luxe ou nécessité.
Med Trop 2002 ; 62(3) :260-262.

[22]. Cisse S.
L'offre de soins de santé au Sénégal (Thèse Droit privé, sciences criminelles).
Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2012.
Disponible sur : http/www.thesses.fr/2012MON10010. Consulté le 15/06/2018.

[23]. Coulibaly B.
Les urgences médicales pédiatriques dans le service de pédiatrique du CHU Gabriel Touré (Thèse Médecine).
Bamako : Université de Bamako ; 2006,102p, n°245.

[24]. Coulibaly PM.
Urgences pédiatriques à l'Hôpital Gabriel Touré (Thèse Médecine).
Bamako : Université de Bamako ; 1988 ;n°148.

[25]. Da Costa Pm.
L'installation et la mesure de la quantité dans la pratique et l'apprentissage de la chirurgie.
Journal de Chirurgie Iasi 2006 ; 2(3) :249-252.

[26]. De Lamber G, Guerin F, Franch1-Abella S, Boubnova.J, Martelli H.
Invagination intestinale aigue du nourrisson et de l'enfant.
J Pédiatre Puéricult 2015 ; 28(3) :118-130.

[27]. Dembele Sm.
Les urgences pédiatriques à l'hôpital de Sikasso : A propos de 1 130 cas (Thèse Médecine).
Bamako : Université de Bamako ; 2012,112p ;n°23.

[28]. Diango D, Keita M, Coulubaly Y, Diakite D, Tall F, Samake B et Ai.
Aspect épidémiologique des traumatismes chez l'enfant au service des urgences chirurgicales du CHU Gabril Touré.
J Maghr Anesth Réan Méd Urgences 2009 ; 16(70) :220-223.

[29]. Diassé C
Bilan des activités du service de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier régional El Hadji Ibrahima Niasse de Kaolack du 1er novembre 2020 au 31 janvier 2021.
Thèse de doctorat médecine ; Dakar: 2021 ; N° 64.

[30]. Diouf S, Mbaye Ng, Camara B, Sall Mg, Sarr M, Martin Sl, Fall M, et aI.
Les urgences pédiatriques au CHU de Dakar. Aspect socio-épidémiologiques et perception des parents.
Dakar Med 1995 ; 40 :57-61.

[31]. Doumbouya N, Keita M, Magassouba D, Camara F, Barry O, Diallo Af, et aI.
Mortalité dans le service de chirurgie pédiatrique au CHU Donka.
Med Afr Noire 1999 ; 46(12) :589-592.

[32]. El Makhtoum O.
Bilan d'activité du service des urgences chirurgicales de l'Hôpital Aristide Le Dantec sur une période de cinq ans (Thèse Médecine).
Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2010 N°71.

[33]. Fall I, Sanou A, Ngom G, Dieng M, Sankale Aa, Ndoye M.
Strangulated umbilical hermias in children.
Pediatr Sug Int 2006 ; 22(3) :233-235.

[34]. Fall M, Mbaye Pa, Horage Hj, Welle Ib, Lo Fb, Traore Mm, et Al.
Oesophageal atresia :Diagnosis and prognosis in Dakar, Sénégal.
Afr J Paediatr Surg 2015 ; 12(3) :187-190.

[35]. Fall Sall F.B.D.
Bilan des activités des urgences du service de chirurgie pédiatrique de juillet 2009 à juin (Thèse Médecine).
Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2010,92p, N°200.

[36]. Fieux F, Chirica M, Villa A, Losser Mr, Cattan P.
Ingestion de produits caustiques chez l'adulte.
Réanimation 2009 ; 18(7) :606-616.

[37]. Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF).
La situation des enfants dans le monde en 2004 : les filles, l'éducation et le développement.
Disponible sur :https://www.unicef.org/french/publications/files/SOWC 04 FR.pdf.
Consulté le 15/06/2018.

[38]. Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF).
Sénegal Statistics-2012 (en ligne).
Disponible sur : https://www.unicef.org/infobycountry/senegal statistics.html.
Consulté le 15/06/2018.

[39]. Forrester Mb, Merz Rd.
Epidermiology of oesophageal atresia and tranche –oesophageal fistula in Hawaii, 1986-2000.
Public Health 2005 ; 119(9) :483-488.

[40]. Four R, Alamir H, Babe P, Guida A, Velibn P.
Evaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques : Expérience de l'Hopital Lenval , Nice, en 1999.
J Eur Urg 2002 ; 15(2) :59-69.

[41]. Garcîa H, Gutërrez MF.
Multidisplinary management of patients with esophageal atresia.
Bol Med Hosp Infant Mexico 2011 ; 68(6) :467-475.

[42]. Georges Thomas I.
Profil épidémiologique des consultations admis aux urgences médicales pédiatriques du Centre Hospitalier National de Pikine : étude prospective sur trois mois (3 mois) du 20 août 2015 au 20 novembre 2015 (Mémoire).
Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2016.

[43]. Gillion Jf.
Le taux brut de mortalité postopératoire est-il un critère pertinent d'efficience d'une équipe chirurgicale ? Etude prospective des suites opératoires de 11 756 patients.
Ann Chir 2005 :130(6-7) :400-2016.

[44]. Harouna Y, Gvamatie Y, Abarchi H, Bazira L.
Les hernies inguinales de l'enfant : Revue de la littérature à propos de 98 cas traités à l'Hôpital National de Niamey (République du Niger).
Méd Afr Noire 2001 ; 48(5) :199-203.

[45]. Houben JJ.
Principes généraux et particularités de la chirurgie pédiatrique (en ligne).
Disponible sur : http://www.gastrospace.com/cours/chirped99.htm.
Consulté le 12/06/2018.

[46]. Khaoula E.
Bilan d'activités des urgences chirurgicales pédiatriques du CHU Aristide le Dantec de Dakar (2011-2013)(Thèse Médecine).
Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2018.N°38.

[47]. Kouame Bd, Dick Rk, Ouattara O, Odehoury T, Gouli Jc, Yao K.
Etude descriptive ders hernies inguinales du garçon :à propos de 584 cas.
J Pédiatr Puéricult 2006 ; 19(2) :47-51.

[48]. Koura A, Hounnou Gm, Voyeme Aka, Goudote E.
Mortalité à la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique du CNHU de Cotonou du 1er juillet 1989 au 31 décembre 1993.
Méd Afr Noire 1995 ; 42(8-9) :460-465.

[49]. Lacroix J, Arseneault M.
L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine.
Arch Pédiatr 1999 ; 6 :S457-S458.

[50]. Lavaud J, Chabernaud Jl, Ayachi A, Lode N.
Réanimation et transport pédiatriques -5e édition.
Paris : Massons ; 2004 :138-745.

[51]. Le Dantec P, Niang B, Boulesteix G, Bellefleur Jp, Pochan Y, Diatta B.
Prise en charge de la brulure en milieu non spécialisé, en Afrique.
Méd Trop 2003 ; 63(6) :567-572.

[52]. Le Dantec P, Riou O, Guinet P, Pochan Y, Diatta B.
Réflexion sur la prise en charge des brulures graves au Sénégal.
Méd Trop 2002 ; 62(3) :282-286.

[53]. Levard G, Aigrain Y.
Pathologie urgence du canal péritonéo-vaginal chez l'enfant.
EMC-Urgences 1989 (Article 24-300-D-10).

[54]. Mabiala-Babela Jr, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, Senga P.
Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales de l'enfant au CHU de Brazzaville (Congo).
Med Trop 2006 ; 66(2) :172-176.

[55]. Mack KA, Gilchrist J, Ballesteros MF.
Injurie among infants treated in emergency departments in the United States,2001-2004.
Pédiatrics 2008 ; 121(5) :930-937.

[56]. Mbika-Cardorelle A, Okoko Ar, Ibala R, Moyen G.
Epidémiologie des accidents de l'enfant au centre hospitalier universitaire de Brazzaville.
Arch Pédiatr 2003 ; 10(7) :657-661.

[57]. Mignonsin D, Yassibana S, Camara B Gnionsahe A, Sampson C, Kane M, et aI.
INTOXICATION PAR LES PRODUITS caustiques : étude épidémiologique et approche thérapeutique.
Méd Afr Noire 1992 ; 39(4) :306-311.

[58]. Molcho M, Harel Y,Pickett W , Scheidt Pc, Mazur J, Overpeck Md ; et al.
The épidemiology of non-fatal injuries among 11-,13-and 15-year old youth in 11 countries : findings from the 1998 WHO-HBSC cross national survey.
Int J Inj Contr Saf Promot 2006 ;13(4) :205-211.

[59]. Ndour O, Faye Fall A, Alumeti D, Gueye K, Amadou I, Fall M, et Ai.
Facteurs de mortalité néonatale dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec de Dakar de janvier 1997 à Décembre 2006.
Mali Med 2009 ; 24(1) :33-38.

[60]. Ngndjio A.
Les urgences abdominales aigues au service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec : à propos de 120 cas (Thèse Médecine).
Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2015, n°141.

[61]. Nigobora J.
Bilan d'un semestre d'activités des urgences pédiatriques de l'Hôpital Régional de Santé Louis (Mémoire DES Chirurgie pédiatrique).
Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2017,90p.N°038.

[62]. Odimba E.
Aspect particuliers des traumatismes dans les pays peu nantis d'Afrique.
Un vécu chirurgical de 20 ans.
E –mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2007 ; 6 :44-46

[63]. Organisation mondiale de la santé(OMS).
Défi mondial pour la sécurité des patients 2005-2006. A bonne hygiène, bon soins : un soin propre pour un soin plus sûr.
Genève : OMS ; 2005.
Disponible sur : www.who.in/patientsafety/event/05/gpsc execsumfr.pdf. Consulté le 15/06/2018.

[64]. République du Sénégal, ministère de l'environnement et de la protection de la nature (MEPN).
Politique forestière du Sénégal 2005-2006.
Dakar :MEPN ;2006.
Disponible sur :
http://wwwfaoorg/forestry/15132-0a9d7bd3b848771f0d9522338fd799de4.pdf.
Consulté le 15/06/2018.

[65]. République du Sénégal, ministère de la santé et de l'action sociale, service d'assistance médicale d'urgence (SAMU).
SAMU National : Plan stratégique 2013-2017.
Dakar : SAMU ; 2013.
Disponible : http:/samu.sn.sn/wwwral/images/stories/plan stragique 2013-2017 du samu.pdf. Consulté le 15/06/2018.

[66].République du Sénégal, ministère de la santé et de la prévention médicale (MSPM), divisions de sante primaire (DSSP).
Manuel national de stratégies sur la référence contre référence.
Dakar : MSPM et DSSP ; 2006.

[67].République du Sénégal, ministère de la santé et de la prévention médicale.
Conseil national de l'assistance médicale d'urgences et des transports sanitaire.
Politique nationale des urgences au Sénégal.
Dakar : MSPM ; 2006.

[68]. République française, ministère des solidarités et de la sante (MSS).
La morbidité hospitalière : définitions & méthodes (en ligne).
Paris : MSS ; 2012.
Disponible sur :http://drees.solidarités-sante.gouv.fr/etudes-et –statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soinns/la-morbidité-hospitaliere/article/la-morbidite-hospitaliere-definitions-et-methodes.
Consulté le 15/06/2018.

[69].Samu National Sénégalais.
Présentation du SAMU (en ligne).
Disponible sur www.samu.sn. Consulté le 15/06/2018.

[70]. Sarr B.
Situation sanitaire du Sénégal (en ligne).
Disponible
sur :http://www.fundacioferreruela.com/img/PrésentacioSistemaSanitariSenegal.pdf. Consulté le 15/06/2018.

[71]. Stovroff M.
Umbilical problems.
In : Glick P.Pearl R, Irish M, Caty M (eds). Pédiatyric surgery secrets.
Philadelphia : Hanley et Belfus INC ;2001 :85-87.

[72].Thelot B.
Epidémiologie des accidents de la vie courante chez l'enfant.
Arch Pédiatr 2010 ; 17(6) :704-705.

[73].Vandertuin L, Vunda A, Gehri M, Sanchez O, Hanquinet S, Gervaix A.
Invagination intestinale chez l'enfant : une triade vraiment classique ?
Rev Med Suisse 2011 ;7(283) :451-455.

[74].Yeh Es, Rochette Lm, Mckenzie Lb, Smith Ga.
Injuries associated with cribs, playpens, and bassinets among young children in the US , 1990-2008.
Pédiatrics 2011127(3) :479-486.

[75]. Zue As, Chani M, Nsafu Dn, Carpentier Jp.
Le contexte tropical influence-t-il la morbidité et la mortalité et la mortalité ?.
Med Trop 2002 ; 62(3) :256-259.

ANNEXE

Fiche d'enquête

I-DONNEES ADMINISTRATIVES

1-Numéro dossier ……/……/…. /

2-Nom : …….

3-Prénoms : ……

4-Age : …….

5-Sexe : M □ F □

6–Nationalité : Sénégalaise □ Autres (à préciser) □ :

7 -Adresse : ……

8-Origine géographique (département)……..

9-Profession : Père : ……. Mère : …….

10-Date de consultation : ……/……/20……

11 - Reference : Oui □ Non □

à préciser :……

11-Transfert : Oui □ Non □

à préciser : …….

II. DONNEES ANAMNESTIQUES

4.1 Motifs de consultation :

Vomissements □ ballonnement abdominal □

Absence de méconium □ cris plaintifs et douleurs □

Malformations décelées □

Hypersialorrhée □ détresse respiratoire □

Traumatisme □ Impotence fonctionnelle □ Douleur □ Tuméfaction □

Autres.....

4.2 Délai de consultation :

……..……

III. ANTÉCÉDENTS :

- Renseignements sur la grossesse

1. Parité : nullipare □ primipare □ multipare □
2. Mode d'accouchement : voie basse □ césarienne □
3. Type de grossesse : unique □ multiple □
4. Suivi de grossesse : CPN □ nombre : ….
   Échographie anténatale □ nombre : ….
5. Grossesse bien suivie □ Grossesse mal suivie □

- Renseignements sur le nouveau-né :

1. Période de diagnostic : Anténatal □ post-natal □
2. Mode de suivi :
   Suivi en ambulatoire □ hospitalisé □
3. Poids de naissance :
   hypotrophie (inf à 2.5kg) □
   normal (2.5 – 3.9) □
   macrosomie (sup à 4) □

IV-DONNEES CLINIQUES

+Conscience : Claire □ Obnubilation □ Altérée □

+État général : Bon □ Mauvais □

+Muqueuses : Colorées □ Pales □ Anictériques □ Ictériques □

+Vomissements : oui □ Non □

Si oui , type :…….....

+anomalie d'évacuation de méconium……

+ Malformations décelées Oui □ Non □

Si oui, type :……..

+Impotence fonctionnelle : Oui □ Non □

Si Oui : Absolue □ Relative □

+Tuméfaction : Oui □ Non □

Si Oui, siège : ……

+ Fracture : Oui □ Non □

Si Oui, site : …….

+ Troubles vasculo-nerveux : Oui □ Non □

Si Oui, type : …….

+Lésions associées : Oui □ Non □

Si Oui, site et type : ……

+Autres : ……

V- DONNEES PARACLINIQUES

-Échographie : oui □ Préciser :……. Non □

+ Résultats :……

-Radiographie standard : Oui □ Préciser :……

Non □

+Résultats : ……

-TDM : Oui □ Préciser :…… Non □

+ Résultats :……

-Autres examens ……

……...

VI Diagnostic retenu :

……...

VI-DONNEES THERAPEUTIQUES

+Abstention thérapeutique :……

+TTT médical : Oui □

Préciser :…….

……

Non □

+TTT orthopédique : Oui □ Préciser :……..

……

Non □

+TTT chirurgical : Oui □ Préciser :…….

……..

Non □

Autres : …….

……..

VII. Évolution :

- Favorable : □
- Défavorable : □
  - ✓ Complications :

    ……..
  - ✓ Décès : pré □ per □ post □

- Date de décès à J combien : ……...……
- Cause secondaire de décès …….

RESUME

Dresser le bilan des activités chirurgicales pédiatriques au sein d services de chirurgie de l'hôpital régional Heinrich Lübke de Diourbel du 1er janvier 2021 au 31 mars 2021.

Méthode : il s'agit d'une étude prospective de type descriptif. Nous avons étudié les aspects socio-démographiques, les pathologies rencontrées, les aspects thérapeutiques et évolutifs.

Résultats : Cent neuf patients ont été recus pour une pathologie chirugicale pédiatrique à l'Hôpital Heinrich Lubke de Diourbel soit une moyenne de 36 patients par mois. La moyenne d'âge de nos patients était de 5 ans avec des extrêmes de 7jours de vie et 15 ans. Les nourissons étaient majoritaires représentant 43,12% des malades. Notre population d'étude était composée de 79 garçons et 30 filles soit un sexe ratio de 2,63. Quatre vingt dix huit patients provenaient de la ville de Diourbel, 5 de la région de Thiès et 6 de la région de Fatick. Parmi ces patients 57 venaient des urgences et 52 étaient reçus en consultation normale. Les pathologies traumatologiques prédominaient (49 cas) suivies des pathologies uro-génitales (27 cas), pariétales (26 cas) et enfin viscérales (17 cas). Dans notre étude 26 enfants ont bénéficié d'une chirurgie pariétale, 23 d'une chirurgie uro-génitale et 11 d'une chirurgie viscérale. Une ostéosynthèse et une arthrotomie ont été réalisées chez 3 patients respectivement. L'évolution était favorable chez 98 patients. Six ont développé des complications représentées exclusivement par la suppuration pariétale. La mortalité globale est inférieure à 1%.

Conclusion : la majorité des enfants consultés sont d'âge pré scolaire. La pathologie traumatologique est prépondérante. La chirurgie concerne essentiellement la pathologie herniaire.

Mots clés : Enfants, pathologie traumatologique, fracture, Persistance du canal péritonéo-vaginal, hernie ombilicale, Appendicite, Hôpital Heinrich Lübke.