https://childrenshealth.jaccrafrica.com

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

Jaccr Children's Health

ISSN 2712-6412

https://childrenshealth.jaccrafrica.com

Volume 2, Numéro 1 (Janvier, Février, Mars 2026)

JaccrChildren's Health

Bienvenue sur JACCR Children's Health, revue scientifique consacrée à l'avancement des connaissances et des pratiques en santé infantile en Afrique.

Notre objectif est de constituer une plateforme de référence où convergent les données probantes, les innovations et les expériences issues du terrain, afin d'éclairer les professionnels de santé, les chercheurs et les décideurs engagés dans l'amélioration durable de la santé des enfants et des adolescents en Afrique.

Les enjeux en santé infantile demeurent considérables sur le continent : réduction de la mortalité néonatale et post-néonatale, prévention et prise en charge de la malnutrition, lutte contre les maladies infectieuses et chroniques, amélioration de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, renforcement de la couverture vaccinale, accès équitable aux soins spécialisés et aux technologies appropriées. Ces problématiques, déterminantes pour la survie et le développement optimal de l'enfant, exigent des réponses scientifiques robustes, contextualisées et fondées sur des données probantes.

À travers JACCR Children's Health, nous aspirons à :

Favoriser la production et la diffusion de connaissances pertinentes et adaptées aux réalités africaines ;
Mettre en valeur les initiatives locales contribuant à l'amélioration de la santé infantile ;
Offrir un espace de publication rigoureux, accessible en français et en anglais, conforme aux standards internationaux de l'édition scientifique ;
Renforcer le dialogue entre chercheurs, cliniciens, responsables de programmes et décideurs en santé publique.
Le processus éditorial de la revue est conçu pour assurer la transparence et la réactivité : une décision éditoriale est rendue en moyenne dans les quatre semaines suivant la soumission, et les articles acceptés sont publiés en ligne dans un délai de deux semaines.

En rejoignant JACCR Children's Health, les auteurs et lecteurs participent à la construction d'une base scientifique essentielle pour orienter les politiques, les pratiques cliniques et les innovations en faveur de la santé infantile en Afrique.

Vous pouvez soumettre vos manuscrits en Français et en Anglais.

Contact : infos@jaccrafrica.com

https://childrenshealth.jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro

(Trouvez après cette liste l'intégralité de chaque article)

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients admis aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Régional "CHR" de Maradi
M Maikassoua, MB Alassane, ML Hassane, S Moustapha, LLF Gbegan, A Magagi, MS Chaibou, BM Boukari

Hémodialyse pédiatrique au Burkina Faso, où en est-on ?
H Savadogo, J Bonzi, DW Sangara, A Kaboré, L Tamini/Toguyéni, A Lengani, AS Ouermi, H Traoré, G Coulibaly

Shunt porto-systémique intra-hépatique : à propos d'un cas révélé par un ictère néonatal chez un nourrisson de quatre (04) mois
BWS Adjaba, SA Kissou, WJD Ilboudo, RL Zerbo, H Traore

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Jaccr Children's Health

Cas clinique

Shunt porto-systémique intra-hépatique : à propos d'un cas révélé par un ictère néonatal chez un nourrisson de quatre (04) mois

Intrahepatic portosystemic shunt: a case report revealing neonatal jaundice in a four (04) month old infant

BWS Adjaba*[1], SA Kissou[1], WJD Ilboudo[1], RL Zerbo[1], H Traore[1]

Résumé

Le shunt porto-systémique congénital est une malformation vasculaire rare dont l'incidence est estimée à 1/30 000 naissances vivantes. Il est constitué par le shunt-porto-systémique intra-hépatique et le shunt-porto-systémique extra-hépatique. Il peut être diagnostiqué en anténatal ou post-natal devant des manifestations cliniques multiples voire des complications ou au contraire être asymptomatique. Nous rapportons le cas d'un shunt porto-systémique congénital intra-hépatique révélé par un ictère néonatal chez un nourrisson de quatre (04) mois.

Mots-clés : Shunt porto-systémique congénital, Malformation d'Abernethy, Ictère néonatal, Cholestase congénitale, Imagerie hépatique.

Abstract

Congenital portosystemic shunt is a rare vascular malformation with an estimated incidence of 1 in 30,000 live births. It consists of intrahepatic and extrahepatic portosystemic shunts. It can be diagnosed prenatally or postnatally based on multiple clinical manifestations or even complications, or conversely, be asymptomatic. We report the case of an intrahepatic congenital portosystemic shunt presenting with neonatal jaundice in a four-month-old infant.

Keywords: Congenital portosystemic shunt, Abernethy malformation, Neonatal jaundice, Congenital cholestasis, Liver imaging.

Introduction

Malformation vasculaire rare, le shunt porto-systémique congénital également connu sous le nom de malformation d'Abernethy, a une incidence estimée à 1/30 000 naissances vivantes [1]. Il peut être diagnostiqué à tout âge. Il peut être asymptomatique

ou se manifester par un ictère cholestatique en période néonatale ou par une encéphalopathie hépatique, un syndrome hépato-pulmonaire, des dérèglements métaboliques hépatiques, et le développement de tumeurs bénignes et malignes du foie chez les enfants plus âgés [2]. Nous rapportons un cas découvert chez un nourrisson de quatre mois au décours d'un syndrome de cholestase congénital.

Cas clinique

SA est un nourrisson de sexe masculin, âgé de quatre (04) mois. Il a été référé pour augmentation du volume abdominal associé un ictère conjonctival ayant débuté depuis le premier jour de vie. A cet ictère conjonctival initialement isolé, d'intensité modérée, se serait associé à un mois de vie une augmentation progressive du volume abdominal sans notion de selle décolorée ni urines foncées. Il n'y avait pas de modification de l'intensité, ni de la généralisation de l'ictère. SA est né d'une mère âgée de 21 ans, 2ème geste, 2ème pare au terme d'une grossesse suivie, sans particularité. Les sérologies de toxoplasmose, syphilis, rubéole, cytomégalovirus, herpès (TOSRCH) n'ont pas été réalisées. Aucune échographie obstétricale n'a été réalisée. Il n'y avait pas de notion de consanguinité parentale et de tare familiale particulière, ni d'exposition à des médicaments ou d'autres agents tératogènes au cours de la grossesse. SA est né par voie basse avec un poids de naissance de 3100 grammes et une bonne adaptation à la vie extra-utérine. A l'admission, l'état général était altéré, la conscience claire, la coloration palmo-plantaire normale, un ictère conjonctival chez un nourrisson apyrétique (température à 36,5°c) et sans œdème des membres inférieurs. La saturation pulsée en oxygène à l'air ambiant était à 98%. La fréquence cardiaque était à 101 pulsation/min et la fréquence respiratoire à 24 cycles/min. Le nourrisson avait un retard de croissance statural modéré avec un Z score indice poids/taille < -1 DS et un Z score taille/âge < -2 DS.

L'abdomen était volumineux avec signe de flot sans signe de glaçon ni circulations veineuses collatérales ni organomégalies palpables. Le reste de l'examen physique était sans particularité. Le bilan biochimique notait une hyperbilirubinémie, des transaminases dans les limites normales, une valeur normale de la prothrombine, de l'albuminémie, et des phosphatases alcalines. Un bilan à la recherche d'une galactosémie congénitale n'a pas pu être réalisé. Une échographie abdominale a été demandée qui a mis en évidence de multiples lacis vasculaires en intra-hépatique se drainant dans un tronc unique d'environ 07 mm de grand diamètre prolongeant le tronc veineux spléno-mésaraïque et s'abouchant à l'oreillette droite présentant un spectre artérialisé dans sa portion intra-hépatique et veineux en amont de son abouchement à l'oreillette droite associé à une absence de visualisation des veines hépatiques et une hypoplasie de la veine cave inférieure dans sa portion rétro-hépatique. Le foie et la rate étaient d'écho structure et de taille normale. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne a mis en évidence des anomalies morphologiques et dynamiques veineuses portales et intra-hépatiques, corroborant l'hypothèse d'un shunt porto-systémique intra-hépatique avec hypo-perfusion hépatique classé type 1 de Park.

Le bilan radiologique (échographie cardiaque, échographie transfontanellaire, radiographie thoracique) est revenu normal.

Après un traitement symptomatique, le patient était stable. Il a été décidé d'une prise en charge conservatrice et un suivi régulier. Au cours du suivi, le nourrisson a été réadmis pour détresse respiratoire sévère à l'origine de son décès.



Figure 1 : Tomodensitométrie abdominale montrant un peloton vasculaire connecté à la veine porte.

Discussion

Les shunts porto-systématiques congénitaux (CPSC), aussi appelé malformation d'Abernethy sont des malformations vasculaires rares du système veineux portal. Ils sont constitués par le shunt porto-systémique extra-hépatique et le shunt porto-systémique intra-hépatique. Les shunts porto-systémiques intra-hépatiques congénitaux, causés par une involution anormale du système vasculaire fœtal, ont une incidence estimée à 1/30 000 naissances vivantes dans le monde [3]. Dans le shunt intra-hépatique, le sang de la partie distale du corps contourne le foie pour passer directement dans la circulation systémique dû à l'existence d'une connexion entre la veine porte et les veines hépatiques ou la veine cave inférieure [4]. Le shunt porto-systémique intra-hépatique congénital a été classé en quatre (04) types selon la morphologie des shunts par Park et al :

Type 1 : Entre une branche principale de la veine porte et la veine cave inférieure

Type 2 : Dans un emplacement périphérique dans un segment ;

Type 3 : A travers un anévrisme ;

Type 4 : Multiples petites communications distribuées de manière diffuse dans les deux lobes [5]. Notre patient avait le type 1 selon la classification de Park et al. Le shunt porto-systémique intra-hépatique congénital peut être associé à d'autres malformations telles que cardiovasculaires, hépatobiliaires, urogénitales et gastro-intestinales. Par ailleurs, à long terme les complications les plus fréquentes sont dominées par l'hypertension porto-pulmonaire (13-66 % des cas), l'encéphalopathie hépatique et le syndrome hépato-pulmonaire. Dans la plupart des séries publiées, le diagnostic a été établi dans les quatre premiers de mois de vie. Ce constat pourrait s'expliquer par l'absence de réalisation d'échographie obstétricale lors du suivi des grossesses surtout dans les pays à ressource limitées ou dû à un opérateur peut entrainer et enfin à l'absence d'un examen complet systématique du nouveau-né par un pédiatre avant sa sortie de la maternité. Le shunt porto-systémique intrahépatique congénital peut se fermer spontanément dans les deux premières années de vie ou rester asymptomatique et non diagnostiqué pendant plusieurs années [3]. Le shunt porto-systémique intra-hépatique congénital est suspecté en intra-utérin par une connexion anormale entre le système veineux portal et périphérique ou une veine ombilicale élargie à l'échographie prénatal ; en période post-natal, il peut être à l'origine d'une panoplie de manifestations cliniques. Le diagnostic est souvent suspecté pendant l'enfance dans le cadre d'une cholestase néonatale, d'une hyper-galactosémie, d'un retard de croissance, d'un retard psychomoteur ou d'autres anomalies congénitales [6]. Actuellement aucun consensus n'existe sur les options de traitement du SPSC. Les options de traitement spécifiques doivent être choisies en fonction du type de malformations et des circonstances particulières du patient. Les SPSC intra-hépatiques sont plus susceptibles de se fermer spontanément que les shunts extra-hépatiques (47% contre 4% des shunts EH), en particulier lorsqu'ils sont diagnostiqués avant l'âge de 2 ans [7]. Les options thérapeutiques actuelles pour le SPSC comprennent la correction chirurgicale ou interventionnelle des shunts, la transplantation hépatique. Les recommandations actuelles font état de suivi à intervalle régulier pour les patients chez qui un diagnostic de SSPC a été fait en anténatal, aussi bien cliniquement et radiologiquement jusqu'à la première année de vie, et moins fréquemment par la suite. Par ailleurs il est recommandé que le patient chez qui le SSPC a été découvert fortuitement après l'âge de 2 ans ou un shunt symptomatique quel que

soit l'âge soit orienté vers un centre spécialisé. En effet, L'attitude thérapeutique actuelle consiste à recommander une fermeture dans la plupart des cas de SSPC qui ne se sont pas spontanément refermés après l'âge de 2 ans [7].

Conclusion

Les shunts porto-systémiques congénitaux sont des anomalies vasculaires rares. Leurs manifestations sont multiples et variées. L'imagerie joue un rôle crucial dans leur diagnostic. De plus en plus, le diagnostic est établi en période intra-utérine. La prise en charge est fonction de l'âge au moment du diagnostic, du type et de la taille du shunt. Pour le moment, il n'existe aucun traitement consensuel.

Consentement

Les auteurs confirment avoir obtenu le consentement de la mère du participant à l'étude pour la publication de ces informations.

***Correspondance :**

BW Souleymane ADJABA

souleymaneadjaba@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2026

1 : Service de Pédiatrie, CHU Sourô Sanou (CHUSS) ; Bobo-Dioulasso

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Avula SK, Verma S, Ram A, Lankala R. Rare cause of neonatal pulmonary hypertension: congenital intrahepatic portosystemic shunt through an aneurysm. Ann Pediatr Cardiol. 2021;14(2):220-3.

[2] Santos L, Nobre S, Laezza N, Cunha C, Gonçalves I, Lopes MF. Congenital shunts of the portal venous system: case-series of uncommon shunts. Ann Hepatol. 2017 Nov 1;16(6):941-9.

[3] Bayona Molano MP, Krauthamer A, Barrera JC, Luna C, Castillo P, Swersky A, et al. Congenital intrahepatic portosystemic venous shunt embolization: a two-case experience. Clin Case Rep. 2020 Mar 5;8(4):761-6.

[4] Bellettini CV, Wagner R, Sette Balzanelo A, de Souza Andretta AL, Nascimento de Moura A, Fabris CC, et al. Shunt portossistêmico congênito intra-hepático diagnosticado na vida intrauterina. Rev Paul Pediatr. 2016 Sep 1;34(3):384-7.

[5] Takama Y, Nakamura T, Santo K, Yoneda A. Liver resection for a congenital intrahepatic portosystemic shunt in a child with hyperammonemia and hypermanganesemia: a case report. Surg Case Rep. 2020 Apr 17;6:73.

[6] Ponziani FR, Faccia M, Zocco MA, Giannelli V, Pellicelli A, Ettorre GM, et al. Congenital extrahepatic portosystemic shunt: description of four cases and review of the literature. J Ultrasound. 2019;22(3):349-58.

[7] Bahadori A, Kuhlmann B, Debray D, Franchi-Abella S, Wacker J, Beghetti M, et al. Presentation of congenital portosystemic shunts in children. Children (Basel). 2022 Feb 11;9(2):243.

Pour citer cet article

BWS Adjaba, SA Kissou, WJD Ilboudo, RL Zerbo, H Traore. Shunt porto-systémique intra-hépatique : à propos d'un cas révélé par un ictère néonatal chez un nourrisson de quatre (04) mois. Jaccr Children's Health 2026; 2(1): 1-4

https://doi.org/10.70065/2621.jaccrChildhealth.001L013003

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Jaccr Children's Health

Article original

Hémodialyse pédiatrique au Burkina Faso, où en est-on ?

Pediatric hemodialysis in Burkina Faso, where do we stand?

H Savadogo*[1,2], J Bonzi[3,4], DW Sangara[5], A Kaboré[4,6], L Tamini/Toguyéni[4,6], A Lengani[4,7], AS Ouermi[1,2], H Traoré[3], G Coulibaly[3,4]

Résumé

Introduction : L'hémodialyse chez l'enfant a bénéficié de progrès importants au cours des 20 dernières années. L'objectif de la présente étude était de faire l'état des lieux de l'hémodialyse pédiatrique à Ouagadougou au Burkina Faso.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective sur une période de cinq ans allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018. Ont été inclus dans l'étude, les enfants de 0 à 15 ans en hémodialyse durant la période de l'étude, au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado-Ouédraogo et au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T).

Résultats : Cinquante-quatre enfants hémodialysés ont été inclus dans l'étude. La fréquence de l'hémodialyse était de 59,3% chez les enfants en insuffisance rénale aiguë (IRA) et de 40,7% chez les enfants au stade 5 de la maladie rénale chronique (MRC). L'âge moyen des enfants était de 10,8 ± 4,6 ans (2 -15 ans). Le sex-ratio était de 1,25. La néphropathie de base présumée était indéterminée dans 81,3% et glomérulaire dans 9,3% de cas chez les enfants en IRA. Chez les enfants avec MRC stade 5, elle était indéterminée dans 81,9% et glomérulaire dans 13,6% des cas. Chez les enfants en IRA, les indications de l'hémodialyse étaient l'acidose sévère (43,9%), l'anurie (25%), l'hyperkaliémie menaçante (12,5%), l'hypertension artérielle (9,3%), l'œdème aigu pulmonaire (9,3%). L'abord vasculaire le plus utilisé était le cathéter fémoral aussi bien chez les hémodialysés aigus que chez ceux chroniques.

Conclusion : l'hémodialyse des enfants à Ouagadougou fait face à d'énormes défis. Un renforcement des capacités s'impose afin de permettre une prise en charge adéquate.

Mots-clés : hémodialyse, enfants, maladie rénale chronique, Burkina Faso.

Abstract

Introduction: Pediatric hemodialysis has benefited from significant progress over the past 20 years. The objective of this study was to assess the status of pediatric hemodialysis in Ouagadougou.

Methodology: Fifty-four children on haemodialysis were included in the study. This was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection over a five-year period from January 1, 2014 to December 31, 2018. Children aged 0 to 15 years undergoing hemodialysis during the study period were included in our study.

Results: Fifty-four children on haemodialysis were included in the study. The frequency of hemodialysis was 59.3% in children with acute renal failure (ARF) and 40.7% in children with chronic end-stage renal disease (CTRD). The mean age of the children was 10.8 ± 4.6 years (2-15 years). The sex ratio was 1.25. The presumed baseline nephropathy was indeterminate in 81.3% and glomerular in 9.3% of cases in children with AKI. In children with ESRD it was undetermined in 81.9% and glomerular in 13.6% of cases. The indications for hemodialysis were the end stage in children with CKD. In children with ESRD, the indications were severe acidosis (43.9%), anuria (25%), threatening hyperkalemia (12.5%), arterial hypertension (9.3%), acute pulmonary edema (9.3%). The most commonly used vascular approach was the femoral catheter in both acute and chronic hemodialysis patients.

Conclusion: Children's hemodialysis in Ouagadougou faces enormous challenges. Capacity building is necessary to ensure adequate care.

Keywords: hemodialysis - children - chronic kidney disease - Burkina Faso.

Introduction

La transplantation rénale est le traitement de choix de la maladie rénale chronique au stade 5 (MRC stade 5) chez l'enfant. Cependant, la plupart du temps la dialyse est initiée avant la greffe rénale [1]. Deux méthodes de dialyse sont couramment pratiquées chez l'enfant : la dialyse péritonéale, préférée chez les jeunes enfants, et l'hémodialyse [2,3]. Le choix de la modalité de dialyse qui convient le mieux à l'enfant doit impliquer l'équipe de dialyse mais aussi la famille et l'enfant [4]. Il est également guidé par les ressources et l'expertise locales, les caractéristiques du patient, les objectifs thérapeutiques et la préférence du praticien [5]. Selon une étude saoudienne la qualité de vie est meilleure chez les enfants en dialyse péritonéale que ceux qui sont en hémodialyse [6]. Au Burkina Faso, l'hémodialyse est jusque-là, la seule méthode de dialyse pratiquée, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Nous avons voulu à travers cette étude, faire le point sur la pratique de l'hémodialyse pédiatrique dans le pays, en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de l'enfant atteint de MRC stade 5 dans notre contexte en attendant la mise en route de la dialyse péritonéale.

Méthodologie

Il s'agissait d'une série de cas d'enfants hémodialysés en aiguë (altération de la fonction rénale de moins de trois mois, avec nécessité de dialyse) ou pour MRC stade 5 (altération de la fonction rénale de plus de trois mois avec débit de filtration glomérulaire inférieur à 15 ml/min/1,73 m2), sur la période allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018. L'étude a concerné l'ensemble des enfants hémodialysés dans le service de néphrologie et hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado-Ouédraogo (CHU-YO) et dans le service de médecine et spécialités médicales du Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T) durant la période de l'étude. Dans la ville de Ouagadougou nous disposons d'un Hôpital pédiatrique mais aussi de services de pediatrie dans les CHU-YO et CHU-T, mais il n'y avait pas d'unité d'hémodialyse pour les enfants. Les enfants étaient dialysés dans des centres de dialyse pour adultes avec le plus souvent pour des équipements (lignes de dialyse, KT, dialyseur) pour adultes. Les praticiens n'étaient pas tous formés à la dialyse pédiatrique.

N'ont pas été inclus les enfants hémodialysés dont les dossiers cliniques étaient inexploitables (c'est-à-dire qu'il n'existait pas d'éléments sur l'examen clinique à l'entrée, ni d'informations relatives à l'hémodialyse). Les données ont été collectées entre septembre 2019 et avril 2020, à partir des registres des patients hémodialysés, des cahiers de suivi de la séance d'hémodialyse et des dossiers cliniques. Une fiche de collecte individuelle nous a servi de support de collecte des données. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 20. Le traitement des textes et des graphiques a été réalisé grâce aux logiciels Word 2019 et Excel 2019. Les variables continues ont été exprimées par leur moyenne ± déviation standard et les variables catégorielles par les fréquences absolues et relatives. Les règles de confidentialité et d'éthiques ont été respectées. Pour la réalisation de notre étude, nous avons obtenu l'approbation préalable des autorités administratives des CHU-YO et CHU-T. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies au sujet des patients concernés par notre étude ont été préservés.

Résultats

- *Caractéristiques de l'échantillon*

Cinquante-quatre enfants hémodialysés ont été inclus dans l'étude durant la période de cinq ans soit en moyenne 10,8 cas par an. Il s'agissait de 32 enfants en insuffisance rénale aiguë soit 59,3% et 22 enfants soit 40,7% avaient une MRC stade 5. L'âge moyen des enfants était de 10,8 ± 4,6 ans avec des extrêmes de 2 et 15 ans. Le lieu de résidence et le niveau d'instruction étaient renseignés respectivement chez 46 (85,1%) et 43 (79,6%) patients sur les 54 colligés. Les données sociodémographiques des enfants hémodialysés sont présentées dans le tableau I.

- *Néphropathies de base et indications de la dialyse*

Chez les patients en insuffisance rénale aiguë la néphropathie causale était indéterminée chez 26 patients (81,3% des cas). Une néphropathie glomérulaire aiguë et une néphropathie tubulo-interstitielle aiguë étaient en cause chez trois et deux patients soit 9,4% et 6,2% respectivement. Un patient soit 3,1% des cas avait une néphropathie vasculaire aiguë.

Chez les enfants qui avaient une MRC stade 5, la néphropathie de base était indéterminée dans 81,8% des cas (18 patients sur 22). Trois patients (13,6%) avaient une néphropathie glomérulaire chronique et un patient (4,6%) une néphropathie vasculaire chronique. L'indication de la dialyse a été mentionnée chez 32 patients soit 59,3% des cas (tableau II). Pour les autres patients l'indication n'a pas été mentionnée dans le dossier (données manquantes).

- *Modalités pratiques de la dialyse*

La voie d'abord vasculaire a été précisée chez 29 patients sur 54 (53,7%) dont 19 patients en hémodialyse aiguë et 10 patients en hémodialyse chronique. Chez les insuffisants rénaux aigus en hémodialyse, 15 enfants sur les 19 soit 78,9% avaient un cathéter fémoral. Les quatre autres (21,1%) portaient un cathéter jugulaire. Chez les enfants en hémodialyse chronique la voie d'abord vasculaire était dans 60% des cas (six patients), un cathéter fémoral. Dans 30% des cas (trois patients) il s'agissait d'une fistule artério-veineuse. Un patient (10% des cas) avait un cathéter jugulaire.

Les paramètres de dialyse figurent dans le tableau III. Le poids sec des enfants hémodialysés chroniques n'était pas renseigné dans les dossiers et registres d'hémodialyse. La membrane du rein artificiel était le polysulfone. La surface de cette membrane était de 1,10 m².

- *Complications de l'hémodialyse*

Les incidents survenus au cours des séances d'hémodialyse ont pu être recueillis chez sept patients :

- deux enfants ont présenté une poussée hypertensive intradialytique ;
- deux autres une hypotension artérielle ;
- deux enfants ont convulsé ;
- dans un cas, une agitation psychomotrice a été notée.

Un épisode de coagulation sanguine du circuit extracorporel au cours d'une séance d'hémodialyse a

été noté chez un enfant.

Les complications des voies d'abord vasculaires étaient mentionnées dans neuf dossiers. Ainsi, chez cinq enfants, une thrombose du cathéter veineux central a été notée, et chez quatre autres une infection associée au cathéter veineux central d'hémodialyse. L'association thrombose et infection du cathéter n'a été mentionnée dans aucun des neuf dossiers. Aucune complication de fistule artérioveineuse n'a également été précisée dans les dossiers.

- *Traitement reçu et devenir des enfants hémodialysés*

Quatorze enfants soit 25,9% ont reçu au moins une fois, une transfusion de concentrés de globules rouges au cours des séances d'hémodialyse. Les données du traitement médicamenteux sont résumées dans le tableau IV.

Parmi les 32 cas d'IRA, sept enfants ont été perdus de vue au bout de trois mois suivant le début de l'hémodialyse. Quant aux enfants qui avaient une MRC stade 5, quinze enfants sur 22 hémodialysés chroniques ont également été perdus de vue, dans un délai de six mois suivant le début de l'hémodialyse.

Le nombre total de décès au sein de la population pédiatrique hémodialysée était de six patients, soit 11,1% des cas.

- Cinq sur 32 enfants insuffisants rénaux aigus soit 15,6%, sont décédés dans un délai de huit à 14 jours suivant le début de l'hémodialyse. Quatre enfants étaient de sexe masculin et un de sexe féminin.
- Un enfant (4,5%) est décédé au bout de cinq mois d'hémodialyse, parmi les hémodialysés chroniques. Il s'agissait d'une fille de 15 ans.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des enfants hémodialysés.

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age (années) : n = 54		
[0 – 4]	9	16,7
[5 – 7]	6	11,1
[8 – 10]	4	7,4
>10	35	64,8
Total	54	100
Sexe : n = 54		
Masculin	30	55,6
Féminin	24	44,4
Total	54	100
Lieu de résidence : n = 46		
Rural	31	67,4
Urbain	15	32,6
Total	46	100
Niveau d'instruction : n = 43		
Non scolarisé	14	32,6
Préscolaire	1	2,2
Primaire	14	32,6
Secondaire	14	32,6
Toatal	43	100

Tableau II : Indications de la dialyse chez les enfants hémodialysés (n = 32).

Indication	Effectif	Pourcentage
Acidose métabolique sévère*	14	43,7
Anurie	8	25
Hyperkaliémie menaçante	4	12,5
Œdème aigu du poumon	3	9,4
Hypertension artérielle sévère	3	9,4
Total	32	100

* L'acidose était diagnostiquée sur du sang veineux en l'absence de possibilité d'une gazométrie sanguine.

Tableau III : Paramètres en fonction du mode d'hémodialyse aiguë ou chronique

Paramètres	Effectif	m ± ET	Extrêmes
Nombre de séances /semaine (HD chronique)	21	2,0 ± 0,2	2 – 3
Nombre total de séances (HD aiguë)	24	4,0 ± 2,4	2 – 13
Durée de la séance (en heures)	29	2,9 ± 0,7	2 – 4
Débit de la pompe (mL/min)	19	172,1 ± 24,1	120 – 220

HD : hémodialyse ; m : moyenne des séances d'hémodialyse ; ET : écart-type.

Tableau IV : Traitement médicamenteux reçus par les patients hémodialysés.

Traitement médicamenteux	IRA (N = 32)		MRC stade 5 (N = 22)	
	n	%	n	%
Diurétiques	14	43,7	12	54,5
Inhibiteurs calciques	6	18,8	10	45,4
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	4	12,5	5	22,7
Bêtabloquants	1	3,1	1	4,5
Antagonistes de l'angiotensine II	1	3,1	-	-
Antibiotiques	10	31,2	10	45,4
Sels de Fer par voie orale	20	62,5	17	77,3
Agent stimulant de l'érythropoïèse	0	0	1	4,5
Carbonate de calcium	11	34,4	15	68,2
Bicarbonate de sodium	14	43,8	13	59,1
Chlorure de potassium	7	21,9	4	18,2

IRA : insuffisance rénale aiguë ; MRC : maladie rénale chronique ; n : effectif des enfants chez qui le médicament a été administré ; % : pourcentage des enfants chez lesquels le médicament a été administré (calculé sur la base du nombre total d'enfants en IRA ou ayant une MRC stade 5).

Discussion

Notre étude est la première étude portant sur l'hémodialyse chez l'enfant au Burkina Faso. L'objectif du travail était de fournir des données sur le sujet dans notre contexte. Ces données pourraient contribuer à l'amélioration de la pratique de l'hémodialyse pédiatrique au Burkina Faso.

- *Epidémiologie*

L'âge moyen des enfants était de 10,8 ± 4,6 ans (avec des extrêmes de 2 et 15 ans). Des auteurs saoudiens ont rapporté un âge compris entre 5 et 18 ans dans une série d'enfants en hémodialyse [6]. Dans notre contexte, en l'absence de dialyse péritonéale l'on a souvent recours à l'hémodialyse parfois dans des conditions extrêmes. Au Sénégal, Kéita et al. ont rapporté une moyenne d'âge de 13,92 ans ± 3,67 ans chez des enfants en hémodialyse chronique [7]. Dans notre série, la tranche d'âge de 11 à 15 ans (64,8%) était la plus prévalente. Ce fait est dû probablement à l'absence de dépistage précoce des maladies rénales et au retard de prise en charge de ces malades. Cela pourrait aussi s'expliquer par le fait que les enfants de moins de 10 ans ne sont pas assez souvent pris en dialyse car nous n'avons ni les lignes ni les cathéters adaptés. Le système actuel leur offre peu de chance même en situation aiguë, d'où l'intérêt de promouvoir la dialyse péritonéale en aiguë.

Le sexe masculin était prédominant dans notre étude avec un sex-ratio de 1,3. Kéita et al. au Sénégal ont quant à eux trouvé prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,66 [7].

- *Etiologies*

Dans plus de 80% des cas la néphropathie de base était indéterminée aussi bien chez les patients en IRA que ceux ayant une MRC stade 5. Akolly et al. au Togo ont rapporté le paludisme grave, les glomérulonéphrites et le syndrome néphrotique comme principales étiologies d'insuffisance rénale chez l'enfant au CHU Sylvanus Olympio de Lomé [8]. La forte fréquence des néphropathies indéterminées pourrait s'expliquer par l'insuffisance des moyens diagnostiques dans notre contexte notamment l'inaccessibilité de la ponction biopsie rénale et certains examens immunologiques. Ces examens sont importants pour préciser le type histologique des lésions rénales et la recherche étiologique.

- *Pratique de la dialyse*

Dans notre étude la principale indication de l'hémodialyse était l'acidose métabolique sévère (43,9% des cas) qui est une anomalie biologique fréquente et précoce dans l'insuffisance rénale [9]. Elle est considérée comme un facteur d'accélération du déclin rénal [10,11]. La correction de l'acidose métabolique est actuellement un des objectifs majeurs de la néphroprotection, en association avec le contrôle strict de la pression artérielle, de la protéinurie, des facteurs de risque cardiovasculaires et la restriction sodée et protidique [9].

Le cathéter fémoral était la principale voie d'abord vasculaire utilisée chez nos patients. La fistule artério-veineuse était utilisée chez 30% des patients en hémodialyse chronique. L'accès vasculaire pour les épurations extra-rénales aiguës se fait essentiellement grâce aux cathéters veineux centraux. La fistule artério-veineuse reste l'abord vasculaire le plus fiable pour une hémodialyse au long cours [12]. Dans notre contexte, le coût élevé de sa confection qui est entièrement à la charge des parents, mais aussi l'insuffisance de personnel qualifié pourraient expliquer sa faible utilisation chez les enfants hémodialysés chroniques.

Dans notre série, les enfants qui avaient une MRC stade 5 avaient deux séances d'hémodialyse par semaine. La durée des séances allait de deux à quatre heures avec une moyenne de 2,9 ± 0,9. Nos résultats sont comparables à ceux de El Ghali et al. au Maroc qui rapportaient une fréquence de deux séances d'hémodialyse par semaine sur une durée de 3h30 à 4h [13]. Dans les pays développés, de nouvelles modalités de dialyse comme l'hémodialyse intermittente nocturne sont pratiquées, permettant de réduire la morbidité et la mortalité des enfants en attente de greffe rénale [14].

Le nombre total de séances chez les enfants hémodialysés aigus dans notre étude était en

moyenne de 4,04 ± 2,4 avec un minimum de deux et un maximum de 13 séances. Au Burkina Faso, il n'existe pas de service d'hémodialyse pédiatrique. A cause du nombre insuffisant de personnel et de postes de dialyse, le nombre et la durée des séances étaient variables en fonction de la disponibilité des postes. Un renforcement des capacités en attendant une l'ouverture d'un centre de dialyse pédiatrique serait salutaire pour une prise en charge efficace des enfants.

- *Complications de l'hémodialyse*

Les incidents et accidents survenus lors des séances d'hémodialyse concernaient huit patients (poussée hypertensive hypotension artérielle, convulsions, agitation psychomotrice, coagulation sanguine du circuit extracorporel). La prévention de ces complications implique, de la part des soignants, une parfaite maîtrise de la technique de dialyse et, de la part des patients, une bonne compréhension et une adhésion aux contraintes du traitement et de la diététique [15].

- *Devenir des enfants hémodialysés*

Six enfants dont cinq en hémodialyse aiguë et un en hémodialyse chronique sont décédés. Chez les hémodialysés aigus, les causes de décès étaient l'anémie sévère (60% des cas) et l'œdème aigu du poumon sévère (20% des cas). La cause du décès était indéterminée dans 20% des cas. En ce qui concerne l'enfant hémodialysé chronique qui est décédé, la cause du décès était l'anémie sévère. Pour El Ghali et al., la mortalité était de l'ordre de 16% et était essentiellement liée aux septicémies et aux accidents de surcharge [13]. Dans une étude récente menée au Togo, aucun décès n'a été enregistré chez 49 enfants pris en charge en situation d'urgence à Lomé [16]. La mortalité dans notre série est sans doute sous-estimée en raison du nombre important des perdus de vue qui pourrait s'expliquer non seulement par le coût élevé et le caractère chronique de la prise mais aussi par des décès survenus à domicile et non rapportés.

Chez les patients non décédés un soutien psychologique (souvent négligé dans notre contexte) s'avère nécessaire car le risque de dépression est important chez les enfants en insuffisance rénale chronique [17].

- *Perspectives*

Au regard des difficultés liées à la pratique de l'hémodialyse pédiatrique au Burkina Faso, la promotion de la dialyse péritonéale qui est plus adaptée à l'enfant s'avère nécessaire. Il en est de même pour la transplantation. Sous l'égide de la Société Burkinabè de Néphrologie des praticiens aussi néphrologues que pédiatres ont été formés à la dialyse péritonéale a débuté timidement en fin d'année 2025 dans l'insuffisance rénale aiguë chez l'enfant. Aussi avec l'engagement des autorités gouvernementales, le Burkina Faso a réalisé sa première transplantation rénale le 29 juillet 2025, chez l'adulte. Le programme a prévu de prendre en compte les enfants. Il est impératif de mettre en place une unité de dialyse pédiatrique, de former le personnel et de rendre disponibles les consommables adaptés.

- *Limites de l'étude*

Notre étude a connu des limites liées à l'incomplétude des données à cause de son caractère rétrospectif. De plus l'étude ayant été hospitalière, les résultats ne sauraient être extrapolés à tout le pays. Outre ces limites, d'autres difficultés subsistent concernant l'hémodialyse pédiatrique au Burkina Faso. Il s'agit entre autres de l'absence d'hormone de croissance, les difficultés de prise en charge des troubles minéralo-osseux, la difficulté d'accès au traitement par les agents stimulants de l'érythropoïèse, l'absence de greffe rénale, le problème de la dialyse intermittente et la scolarisation.

Conclusion

L'hémodialyse pédiatrique dans le service de néphrologie et hémodialyse du CHU Yalgado Ouédraogo et le service de médecine et spécialités médicales du CHU-T, à Ouagadougou au Burkina Faso avait une fréquence peu élevée. La néphropathie de base était indéterminée dans un nombre important de cas et la néphropathie glomérulaire a été le plus souvent retrouvée. Les enfants hémodialysés

étaient pris sur des postes d'adultes, avec des dialyseurs de surface intermédiaire. Les centres d'hémodialyse des deux hôpitaux dans lesquels se sont déroulés notre étude ne disposaient pas de lignes sanguines pédiatriques durant notre période d'étude. La poussée hypertensive, l'hypotension artérielle et les convulsions étaient les principaux incidents survenus lors des séances d'hémodialyse. La thrombose et l'infection des cathéters veineux centraux constituaient les complications des abords vasculaires. La mortalité était élevée et l'origine présumée du décès était l'anémie sévère. Notre étude constitue une base sur laquelle pourrait s'appuyer une étude prospective de cohorte afin de mieux mettre en évidence les avancées et défis de l'hémodialyse pédiatrique au Burkina Faso.

***Correspondance :**

Hamidou Savadogo

hamidou.savadogo.chupcdg@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2026

1 : Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, BP 36 Ouahigouya, Burkina Faso

2 : Unité de formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université Lédéa-Bernard-Ouédraogo, 01 BP 346 Ouahigouya 01

3 : Service de Néphrologie et Hémodialyse, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado-Ouédraogo, 01 BP 5234 Ouagadougou 01, Burkina Faso

4 : Unité de formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph Ki-Zerbo, 01 BP 7021 Ouagadougou 01, Burkina Faso

5 : Unité de Recherche Clinique de Nanoro, BP 18 Nanoro, Burkina Faso.

6 : Service de Pédiatrie Médicale et Spécialités, Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle, 01 BP 1198 Ouagadougou, Burkina Faso

7 : Service de néphrologie et hémodialyse, Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, 11 BP 104 CMS Ouagadougou 01, Burkina Faso.

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Müller D, Goldstein SL. Hemodialysis in children with end-stage renal disease. Nat Rev Nephrol. 2011;7:650-8.

[2] Kaur A, Davenport A. Hemodialysis for infants, children, and adolescents. Hemodial Int. 2014;18:573-82.

[3] Keenswijk W, Sinclair G, Benetton M, du Plessis M, Nourse P, Reddy D, et al. Audit of hemodialysis in children weighing less than 20 kg in an African pediatric nephrology unit. Ther Apher Dial. 2018;22:617-23.

[4] Chua AN, Warady BA. Care of the pediatric patient on chronic dialysis. Adv Chronic Kidney Dis. 2017;24:388-97.

[5] Harshman LA, Neuberger ML, Brophy PD. Chronic hemodialysis in pediatric patients: technical and practical aspects of use. Minerva Pediatr. 2012;64:159-69.

[6] Alhusaini OA, Wayyani LA, Dafterdar HE, Gamlo MM, Alkhayat ZA, Alghamdi AS, et al. Comparison of quality of life in children undergoing peritoneal dialysis versus hemodialysis. Saudi Med J. 2019;40:840-3.

[7] Keita Y, Ka EHF, Ly F, Kane Y, Ndongo AA, Lemrabott AT, et al. État des lieux de l'hémodialyse chronique pédiatrique au Sénégal: enquête rétrospective. PAMJ Clin Med. 2020;2.

[8] Akolly DAE, Tsevi YM, Djadou EK, Guedenon KM, Amekoudi EYM, Tsolenyanu E, et al. Profil étiologique et évolutif de l'insuffisance rénale de l'enfant en milieu hospitalier au Togo. Nephrol

Ther. 2019;15:448-51.

[9] Georges B, Huart J, Krzesinski JM, Jouret F. Intérêt du dépistage et du traitement de l'acidose métabolique chez l'insuffisant rénal chronique. Rev Med Suisse. 2018;14:1455-8.

[10] Shah SN, Abramowitz M, Hostetter TH, Melamed ML. Serum bicarbonate levels and the progression of kidney disease: a cohort study. Am J Kidney Dis. 2009;54:270-7.

[11] Rossier A, Bullani R, Burnier M, Teta D. Sodium bicarbonate to slow the progression of chronic kidney disease. Rev Med Suisse. 2011;7:478-82.

[12] Deschênes G, Macher MA, Baudouin V, Kwon T. Adaptations pédiatriques aux techniques de suppléance de l'insuffisance rénale terminale: méthodes de dialyse. EMC Nephrol. 2012;9:1-16.

[13] El Ghali Z, Fadili W, Laouad I. Hémodialyse pédiatrique: expérience du service de néphrologie du CHU Mohammed-VI de Marrakech. Nephrol Ther. 2013;9:296.

[14] Thumfart J, Müller D. Nocturnal intermittent hemodialysis. Pediatr Nephrol. 2015;30:749-57.

[15] Canaud B, Leray-Moragués H. Conduite de l'hémodialyse et prévention de ses complications. EMC Nephrol. 2006;1:1-21.

[16] Tsevi YM, et al. L'hémodialyse pédiatrique en situation d'urgence au Centre Hospitalier Régional de Lomé (Togo). PAMJ Clin Med. 2025;19(3).

[17] Rodriguez Cuellar CI, García de la Puente S, Hernández Moraria J, Bojórquez Ochoa A, Filler G, Zaltzman Grishevich S. High depression rates among pediatric renal replacement therapy patients: a cross-sectional study. Pediatr Transplant. 2019;23:e13591.

Pour citer cet article

H Savadogo, J Bonzi, DW Sangara, A Kaboré, L Tamini/Toguyéni, A Lengani. Hémodialyse pédiatrique au Burkina Faso, où en est-on ? Jaccr Children's Health 2026; 2(1): 5-13

https://doi.org/10.70065/2621.jaccrChildhealth.002L013003

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Jaccr Children's Health

Article original

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients admis aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi

Epidemiological, Diagnostic, and Therapeutic Profile of Patients Admitted to the Pediatric Emergency Department of the Regional Hospital Center of Maradi

M Maikassoua*[1,2], MB Alassane[2], ML Hassane[3], S Moustapha[4], LLF Gbegan[4], A Magagi[3], MS Chaibou[5], BM Boukari[5]

Résumé

Introduction : Les urgences pédiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique dans les pays à ressources limitées, en raison de leur fréquence élevée et de leur mortalité persistante.

But : l'objectif général de cette étude était de Faire un état des lieux des patients admis aux urgences pédiatriques du CHR de Maradi

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée au service des urgences pédiatriques du CHR de Maradi du 1er au 31 décembre 2024. Elle a concerné tous les enfants âgés de 1 mois à 15 ans admis pour une urgence médicale. Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation et analysées à l'aide d'outils statistiques usuels.

Résultats: Les urgences pédiatriques représentaient 27,58 % de l'ensemble des urgences médicales. Les enfants de moins de cinq ans étaient les plus touchés (40 %), avec une prédominance de ceux issus de milieux défavorisés. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient la fièvre (37,64 %) et la pâleur (21,60 %). Les diagnostics les plus posés étaient le paludisme grave (50,23 %), les affections respiratoires (13,67 %) et les gastro-entérites avec déshydratation (8,91 %). Le traitement reposait sur la réhydratation selon les protocoles de l'OMS, ainsi que sur l'administration d'antipaludiques (75,26 %), d'antibiotiques (95,92 %) et d'antipyrétiques (87,25 %). L'évolution a été favorable dans la majorité des cas (88,09 %), mais le taux de mortalité restait non négligeable (4,92 %), dominé par le paludisme grave (64,06 %) et les pathologies respiratoires (17,18 %).

Conclusion : Les pathologies infectieuses évitables restent les principales causes d'admission et de décès en urgence pédiatrique. Le renforcement du système de santé, la sensibilisation des familles et l'amélioration de la prévention pourraient significativement

améliorer le pronostic des enfants dans la région de Maradi.

Mots-clés : Urgences pédiatriques, épidémiologie, clinique, pronostic, CHR-Maradi.

Abstract

Background: Pediatric emergencies are a major public health concern in resource-limited countries due to their high frequency and persistent mortality.

Objective: The main objective of this study was to assess the profile of patients admitted to the pediatric emergency department of the RHC of Maradi.

Methodology: This was a retrospective, descriptive, and analytical study conducted in the pediatric emergency unit of the RHC of Maradi from January 1st to December 31st, 2024. It included all children aged 1 month to 15 years admitted for a medical emergency. Data were collected from hospitalization records and analyzed using standard statistical tools.

Results: Pediatric emergencies accounted for 27.58% of all medical emergencies. Children under five years were the most affected (40%), with a predominance of those from disadvantaged backgrounds. The most frequent reasons for admission were fever (37.64%) and pallor (21.60%). The most common diagnoses were severe malaria (50.23%), respiratory infections (13.67%), and gastroenteritis with dehydration (8.91%). Treatment was based on WHO rehydration protocols, along with administration of antimalarials (75.26%), antibiotics (95.92%), and antipyretics (87.25%). The outcome was favorable in most cases (88.09%), but the mortality rate remained significant (4.92%), mainly due to severe malaria (64.06%) and respiratory conditions (17.18%).

Conclusion: Preventable infectious diseases remain the leading causes of admission and death in pediatric emergencies. Strengthening the health system, raising family awareness, and improving prevention could significantly enhance child survival in the Maradi region.

Keywords: Pediatric emergencie, epidemiology, clinic, prognosis, RHC-Maradi

Introduction

Une urgence est une situation requérant une intervention médicale immédiate afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé [1]. Les urgences pédiatriques constituent une priorité de santé publique dans le monde particulièrement en Afrique à cause de leur morbidité et de leur mortalité considérable, elles sont aujourd'hui l'un des domaines les plus sensibles de la médecine et font l'objet des questionnements dans de nombreux pays tant au Nord qu'au Sud [2]. Les services d'urgences pédiatriques répondent aux besoins de soins urgents de la population et garantissent la prise en charge des patients les plus sévères [3]. C'est à ce titre qu'ils constituent un ensemble de situations pathologiques concernant des enfants qui nécessitent des soins immédiats sous peine de conséquences graves pour leur santé, voire pour leur vie [4]. Une augmentation de la fréquentation des urgences est constatée partout, et la pédiatrie n'y échappe pas. En effet, en France, les enfants de moins de 15 ans représentent 27% de l'ensemble des passages aux urgences [3].

Au Maroc les urgences pédiatriques représentent 25 à 30% de l'ensemble des urgences selon les études, avec une augmentation moyenne de 5% par an [4]. En 2018 sur 105490 consultations effectuées au CHU Gabriel Touré, le service de pédiatrie totalisait à lui seul 38853 consultations soit 36,8 % [5]. A Niamey au Niger, en 2021, dans son étude Zeidou a trouvé une fréquence hospitalière d'admission aux urgences pédiatriques de l'hôpital national de 25,09%.

Le centre hospitalier régional (CHR) de Maradi est l'un des grands centres du pays possédant d'un service de pédiatrie. Il constitue le centre de référence de la région. A ce jour aucune étude concernant les urgences n'a été faite dans ce service. Le but de ce travail est de combler cette lacune, en nous proposant de faire ressortir les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des enfants admis aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Régional de Maradi, au Niger.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à collecte rétrospective menée du 01 Janvier au 31 Décembre 2024 soit 01 an. Elle concernait tous les enfants âgés de 1 mois à 15 ans admis dans le service des urgences pédiatriques du centre hospitalier régional de Maradi durant la période de notre étude. N'ont pas été inclus dans l'étude tous les patients âgés de moins d'un mois et plus de 15 ans, admis directement ou référés aux urgences pédiatriques; tous les patients avec un dossier médical non exploitable. Tous les patients admis et hospitalisés en dehors de la période d'étude étaient exclus de notre travail.

Etaient étudiées, les variables sociodémographiques, les données cliniques (motifs et mode d'admission, les éléments de diagnostic, les pathologies en cause), les aspects thérapeutiques et évolutifs.

Le recueil, la saisie, le traitement et l'analyse des données ont été faits sur une fiche de collecte pré établie et sur Pack Microsoft Office 2023 (Word, Excel).

La confidentialité a été de rigueur. Les données ont été recueillies sous anonymat avec l'accord de l'administration du CHR Maradi.

Comme difficultés rencontrées, il s'agissait essentiellement de l'incomplétude des dossiers médicaux. Le caractère rétrospectif de l'étude, les données manquantes, le manque de standardisation des critères diagnostiques et le possible biais de sélection lié aux transferts, constituent les principales limites de ce travail.

Résultats

- *Données sociodémographiques*

Durant la période de l'étude, 5038 patients ont été admis dans les services des urgences du centre hospitalier régional de Maradi. Parmi ces patients, 1388 étaient aux urgences pédiatriques, soit une fréquence hospitalière de 27,58% et 1302 patients étaient inclus dans l'étude.

Nos patients avaient un âge qui variait de 1 mois à 15 ans. L'âge moyen était de 8,09 ans.

La tranche d'âge de 12 à 59 mois constituait la plus grande proportion des cas, représentant 40 % de l'ensemble des patients admis. Ceci est représenté sur la figure 1.

Le sexe masculin était prédominant avec 58 % des cas, dont un sex-ratio de 1,38 en faveur des garçons.

Etant le centre de référence régionale en terme des pathologies pédiatriques, ces patients provenaient de tous les départements de la région de Maradi et même au-delà. En effet, il a été notifié que 11 patients provenaient du Nigéria voisin. Le tableau I montre la répartition de ces patients selon leur provenance.

La ville de Maradi compte à elle seule 46,24% des patients. La majorité de nos patients étaient issus des familles à niveau socio-économique faible (77,88%).

- *Données cliniques et diagnostiques*

L'interrogatoire des parents des patients a permis de notifier un antécédent pathologique chez 16% des enfants. Il s'agit de : la drépanocytose, l'asthme, la malnutrition, cardiopathie et diabète. Il a aussi été notifié que 74,27% des patients avait un statut vaccinal non connu, à jour chez 19,35% et aucune vaccination dans 6,37% des cas. Plusieurs motifs ont conduit à l'admission de ces patients dans le service des urgences. Ils sont énumérés dans le tableau ci-dessous. Certains patients présentaient plus de deux symptômes à la fois.

La fièvre et la pâleur constituaient les principaux motifs d'admission avec respectivement 87,25 % et 50,07%. Il est nécessaire de préciser à ce niveau qu'un patient peut cumuler plusieurs symptômes.

Le nombre des admissions était variable selon les périodes de l'année. Les mois de septembre, octobre et novembre ont enregistré les taux les plus élevés avec respectivement 15,89 %, 13,81 % et 14,66 %. La figure 2 illustre cet état.

Plus de la moitié des patients provenait des structures sanitaires (62%). Les centres de santé intégrés étaient les plus grands pourvoyeurs dans 93% des cas. Pour leur transport vers le CHR, les moyens étaient non adaptés (95,39%). Il s'agissait le plus souvent des tricycles, des motos, des véhicules en commun et très

rarement d'une ambulance (4,61%).

Pour leur prise en charge en urgence, un bilan complémentaire a été demandé de façon systématique chez 96% des patients. Il comportait la Numération Formule Sanguine, le Groupage Sanguin Rhésus et la Goutte Épaisse. Après la levée de l'urgence, un bilan plus complet a été prescrit. Le tableau III présente les différents examens complémentaires réalisés par les patients.

Le groupage sanguin avec Rhésus (97,92%), la numération formule sanguine (96,88 %) et la goutte épaisse/densité parasitaire (94,49 %) constituaient les examens les plus fréquemment réalisés.

Pour mieux étayer le diagnostic, certains examens d'imagerie étaient demandés : radiographie pulmonaire (41,6%), échographie cardiaque (39,2%) et abdominopelvienne (19,2%)

Après la réalisation des examens cliniques et paracliniques, le diagnostic de certitude a été posé et une prise en charge adéquate a été instaurée. Le tableau IV énumère les différents diagnostics retenus. Le paludisme grave était le diagnostic le plus retenu dans 50,23 % des cas suivi des atteintes respiratoires en général (13,67%) et de la gastroentérite (8,91%).

- *Aspects thérapeutiques*

La prise en charge thérapeutique a commencé dès l'admission des patients par le traitement symptomatique. Ce dernier est rapporté dans le tableau ci-dessous.

Tous les patients avaient bénéficié d'une voie veineuse périphérique. Un antipyrétique était administré chez tous les patients ayant une hyperthermie à l'admission. Un enveloppement humide lui a été associé dans 46,62% des cas.

Après la confirmation du diagnostic, le traitement a été conduit. Les antibiotiques ont été largement utilisés (95,92%). Les antipaludéens ont été administrés chez les patients avec goute épaisse positive et chez ceux qui ont des symptômes pouvant simuler un paludisme même si l'examen biologique est négatif. La figure 3 donne la répartition des patients selon le type de traitement reçu.

- *Aspects évolutifs*

La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de 3,98 jours avec des extrêmes de 02 heures et 24 jours. Une proportion de 53,53 % des patients avait un séjour de plus de 72 heures. Pour raison d'insuffisance de plateaux technique, 56 patients ont été référés vers un centre disposant des moyens de suppléance des organes vitaux. Seize évasions et quatre sorties contre avis médical ont été enregistrées.

L'évolution était marquée par la survenue de 84 décès, soit une mortalité de 6,45%. Plusieurs pathologies ont été identifiées comme cause de décès. Ces pathologies sont présentées sur la figure 4 par degré de responsabilité.

Le paludisme grave constituait la cause la plus fréquente de décès dans notre échantillon (61,90%) suivi des atteintes respiratoires (19,05%) et de la gastroentérite compliquée (13%).

- *Analyse multivariée*

En analyse bivariée, certains facteurs étaient identifiés comme facteurs indépendamment associés à la mortalité, parmi lesquelles deux se font remarqués :

- Les moyens de transport des malades (Tableau VI) ;

La majorité des enfants ont été évacués vers les urgences par des moyens non médicalisés (95,39 %). Le taux de décès était significativement plus élevé parmi ces derniers (82,81 %). Le moyen de transport non médicalisé constitue un facteur de décès statistiquement significatif (P=0,000).

- La durée d'hospitalisation (Tableau VII).

La durée moyenne de séjour courte (1,75 ± 1,81 jours) constitue un facteur de décès statistiquement significatif (p = 0,000).

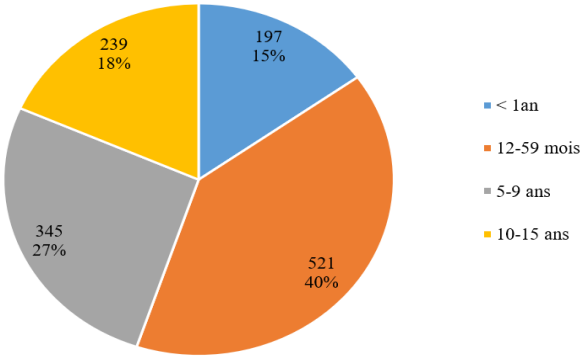


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tableau I : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Maradi ville	602	46,24
Guidan Roumdji	218	16,74
Madarounfa	172	13,21
Dakoro	126	9,68
Aguié	58	4,45
Gazaoua	36	2,76
Mayahi	35	2,69
Bermo	31	2,38
Tessaoua	13	1,00
Nigeria	11	0,84
Total	1302	100,00

Tableau II : Répartition des patients selon le motif d'admission

Motif	Effectif	Pourcentage (%)
Fièvre	1136	87,25
Pâleur	652	50,07
Convulsion	247	18,97
Vomissement	166	12,75
Diarrhée	135	10,37
Toux	129	9,90
Frisson	110	8,45
Dyspnée	110	8,45
Douleur abdominale	106	8,14
Raideur de la nuque	10	0,77
Autres(*)	217	16,66

(*) : Agitation, anurie, arthralgies, brulure mictionnelle, céphalées, distension abdominale, éruption cutanée, œdèmes des membres inférieurs, prostration.

Tableau III: Répartition des patients selon les examens paracliniques réalisés (Biologie-Biochimie)

Bilans	Effectif	Pourcentage (%)
Groupage sanguin /Rhésus	1227	97,92
Numération formule sanguine	1214	96,88
Goutte épaisse/ DP	1184	94,49
Glycémie	720	55,30
Ionogramme sanguin	674	51,76
Urée - créatininémie	615	47,23
Protéine C- réactive	527	40,47
Protéinurie 24H	53	4,22
Examen cytobactériologique des urines	26	2,07
Bandelette urinaire	18	1,43
Électrophorèse de l'Hb	4	0,31
Frottis sanguin	1	0,07
Autres(*)	22	1,75

(*) : Coproculture, examen cytobactériologique, hémoculture, test d'Emmel, ECB du LCR, Ag Hbs

Tableau IV : Répartition des patients selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage (%)
Paludisme grave	654	50,23
Affections respiratoires(*)	178	13,67
Gastro-entérite compliquée de déshydratation	116	8,91
Drépanocytose (crise vaso-occlusive)	91	6,99
Méningite aigue	72	5,53
Intoxications	38	2,92
Malnutrition aiguë sévère	33	2,53
Infection urinaire	31	2,38
Cardiopathie congénitale décompensée	24	1,84
Syndrome néphrotique	19	1,46
Adénolymphite mésentérique douloureuse	13	1,00
Cirrhose décompensée	11	0,84
Pathologies tumorales	7	0,54
Crise d'épilepsie	6	0,46
Insuffisance rénale	5	0,38
Rougeole	3	0,23
Coma acidocétosique	1	0,08
Total	1302	100,00

(*) : bronchiolite aigue, pneumonie grave, crise d'asthme aigu et pleurésie bactérienne

Tableau V : Répartition des patients selon les gestes d'urgences réalisés

Gestes	Effectif	Pourcentage (%)
Voie veineuse périphérique	1302	100
Antipyrétiques	1136	87,25
Enveloppement humide	607	46,62
Oxygénothérapie	546	41,93
Réhydratation	430	33,02
Désobstruction des VAS	384	29,49
Nébulisation	324	24,88

Tableau VI : Relation entre le type de moyen de transport utilisé pour évacuer les patients et la survenue du décès.

Moyen de transport	Décès				Total		p-Value
	Non		Oui				
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Non médicalisé	1189	96,04	53	82,81	1242	95,39	
Médicalisé	49	3,96	11	17,19	60	4,61	0,000
Total	1238	100	64	100	1302	100	

Test de khi 2 P=0,000

Tableau VII : Analyse de variance (ANOVA à un facteur) visant à comparer la durée moyenne de séjour entre les patients décédés et ceux survivants.

Décès	Moyenne	Écart-type	N	p-Value
Non	4,10	2,169	1238	
Oui	1,75	1,805	64	0,000
Total	5,85	3,97	1302	

Test de khi 2 P=0,000

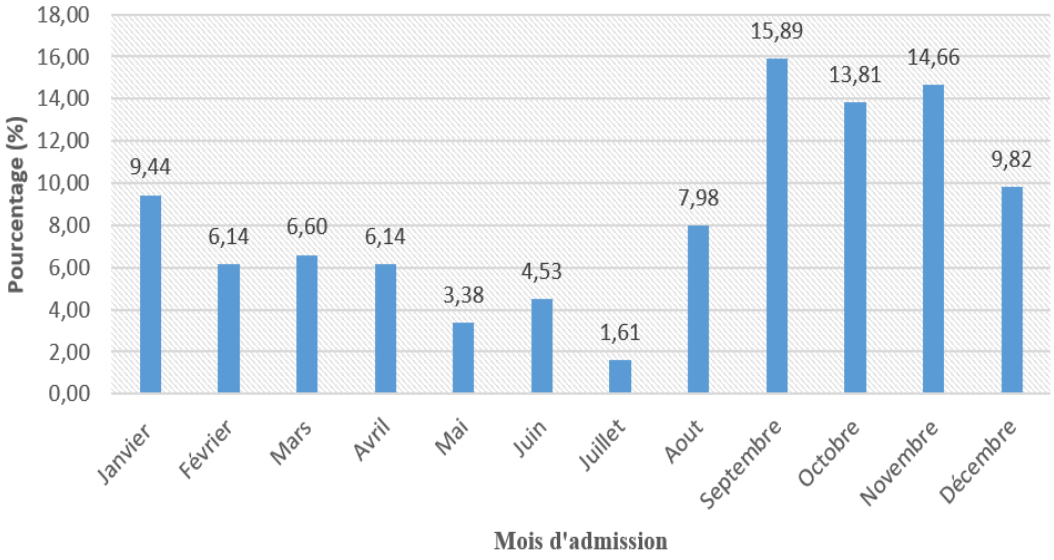
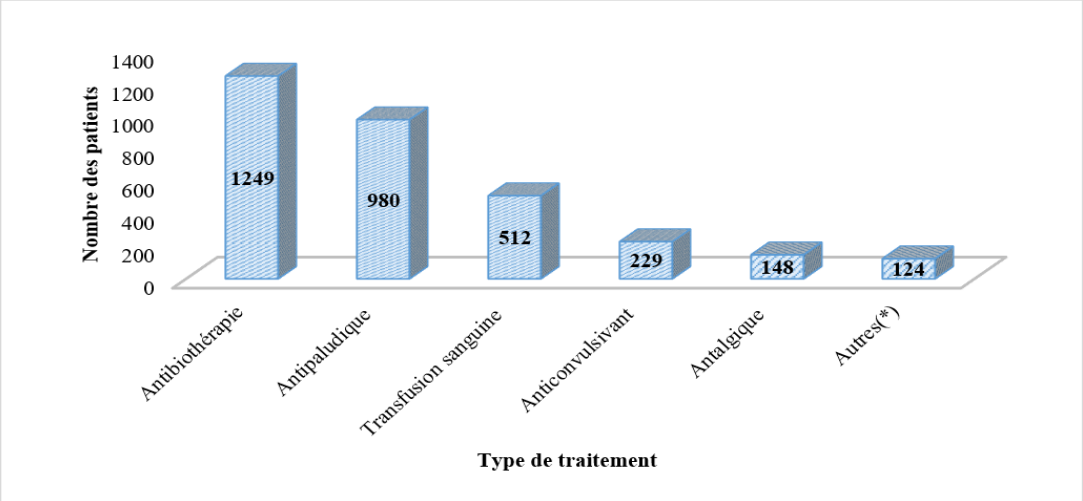


Figure 2 : Répartition des patients selon le mois d'admission



(*) : antiémétiques, antianémiques, antiépileptiques, acide folique, corticoïdes, diurétiques, insulines, inhibiteurs de pompe à protons

Figure 3 : répartition des patients selon le type de traitement reçu

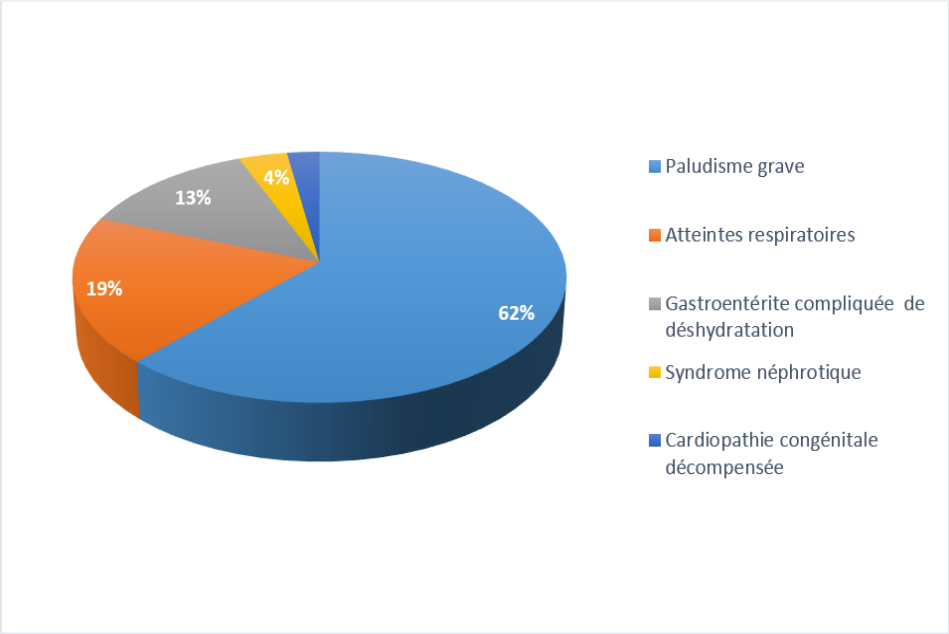


Figure 4: Répartition des patients décédés selon l'étiologie du décès

Discussion

- *Données sociodémographiques*

Durant la période du 1er janvier au 31 décembre 2024, les urgences médicales pédiatriques représentaient 27,58 % de l'ensemble des urgences médicales au Centre Hospitalier Régional de Maradi. Ce taux reflète une charge significative des pathologies pédiatriques dans les services d'urgences, ce qui est cohérent avec plusieurs études en Afrique subsaharienne comme en témoignent les études de Barro M. à Ouagadougou qui avait rapporté une fréquence similaire d'environ 25 % des urgences pédiatriques dans son étude [6], et de Sangaré A. au Mali qui avait observé une proportion de 28 % [7], soulignant que les enfants constituent une part importante des patients en situation d'urgence.

Les patients âgés entre 12 et 59 mois étaient les plus représentés dans cette série. Ce qui pourrait s'expliquer principalement par la vulnérabilité accrue de cette tranche d'âge face aux infections. En effet, les enfants en bas âge notamment ceux de moins de 5 ans, ont un système immunitaire encore immature, ce qui les expose davantage aux maladies infectieuses, causes majeures d'hospitalisation en urgence dans

les pays à ressources limitées. Le même constat a été rapporté dans la littérature [7, 8].

En ce qui concerne le genre, 58 % des enfants étaient des garçons. Ce ci trouve son explication par le fait que dans notre société, des facteurs socioculturels jouent un rôle important, notamment une plus grande attention portée aux garçons. Ce qui pourrait influencer la fréquence de leur admission en milieu hospitalier. Ce résultat rejoint les tendances régulièrement rapportées par plusieurs auteurs à l'instar de Sangaré et Maiga au Mali et Abdoulaye à Niamey (Niger) qui avaient retrouvé une prédominance masculine avec des sex-ratios respectifs de 1,43, 1,38, et 1,13 [7, 9, 10].

La quasi-totalité des patients, soit 99,16 %, provenait de la région de Maradi. Cette forte proportion de patients provenant des différentes formations sanitaires de la région de Maradi Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le Centre Hospitalier Régional est le seul centre de référence en pédiatrie. Cette situation est identique à celle notifiée dans une étude réalisée aux urgences pédiatriques de l'hôpital national de Niamey [9]. Par ailleurs, il est à noter que plus de la moitié provenait de zones périphériques ou rurales. Ce phénomène pourrait s'expliquer d'une part, par les difficultés d'accessibilité aux soins dans les zones périphériques, notamment en termes de délai d'accès et de continuité des soins et d'autre part du fait que le CHR constitue un niveau de référence intermédiaire. Cela traduit également une centralisation des soins spécialisés dans les zones urbaines, obligeant les familles des zones rurales à se déplacer vers la ville de Maradi pour accéder à une prise en charge adaptée.

L'analphabétisme des parents peut avoir un impact direct sur la santé des enfants, car il limite la compréhension des signes de gravité, retarde le recours aux soins, et affecte l'adhésion aux traitements. Dans notre étude, 77,88 % des parents des enfants admis en urgence étaient non instruits. Ce taux élevé d'analphabétisme, chez les parents dans cette étude peut être attribué à plusieurs facteurs, notamment le faible taux d'alphabétisation dans certaines zones du Niger, en particulier en milieu rural, où l'accès à l'éducation reste problématique. Des résultats similaires étaient trouvés par Barro et Maiga [6, 10]. En revanche, Faraj dans son travail réalisé à Rabat au Maroc, rapportait une meilleure couverture éducative avec 84,6 % des parents qui sont instruits, et seulement 15,6 % qui n'avaient jamais été scolarisés [11]. Le niveau d'instruction pourrait déterminer le niveau socioéconomique des familles. Ce dernier constitue un déterminant majeur des conditions de vie telles que le logement, la nutrition et l'hygiène, qui sont autant de facteurs de risque pour de nombreuses pathologies pédiatriques. Dans cette étude, une proportion élevée (72,89 %) des enfants admis en urgence provenaient de familles à faible statut socioéconomique. Cette prédominance pourrait expliquer les difficultés d'accès aux soins de première intention rencontrées par les ménages défavorisés, liées notamment aux barrières financières, à l'éloignement des structures de santé ou à un manque d'information.

Les résultats similaires retrouvés dans la littérature [6, 11 et 12] confirment l'universalité de ce déterminant, même dans des contextes géographiques différents.

- *Données cliniques*

Les principaux motifs d'admission étaient la fièvre et la pâleur cutanée. Cette prédominance de la fièvre et de la pâleur parmi les motifs d'admission traduit le poids important des maladies infectieuses et hématologiques dans la morbidité pédiatrique en milieu tropical. En effet, la fièvre constitue un symptôme d'appel fréquent, souvent lié au paludisme, aux infections respiratoires ou digestives et la pâleur, quant à elle, est généralement le reflet d'une anémie, le plus souvent secondaire à un paludisme grave, à une malnutrition ou à des hémopathies. Ces données sont en accord avec celles de Barro qui avait retrouvé la fièvre, la pâleur et les vomissements comme motifs prédominants dans respectivement 45,63 %, 36,25 % et 27,35 % des cas [6]. De même, Sangaré avait rapporté des proportions similaires, avec la fièvre dans 22 %, la pâleur dans 20 %, et la dyspnée dans 16,8 % des admissions [7].

En revanche, Abdoulaye dans son étude réalisée dans le service des urgences pédiatriques de l'hôpital

national de Niamey, avait identifié la pâleur (33,53 %) et les convulsions (19,51 %) comme motifs les plus fréquents [9]. Quant au Faraj à Rabat au Maroc, il avait observé une prédominance de la gêne respiratoire (28 %) et les vomissements (12 %) [11]. Ces variations des résultats observées entre les différentes études peuvent s'expliquer par des différences épidémiologiques régionales, la saisonnalité des pathologies, ou encore par la diversité des systèmes de référencement et d'accessibilité aux soins.

Le nombre des patients admis variaient selon les périodes de l'année. C'est ainsi que nous avions notifié les mois de septembre (15,89 %), octobre (13,81 %) et novembre (14,66 %) comme période où la fréquentation était plus importante. Cette recrudescence des cas durant cette période peut s'expliquer par une augmentation des pathologies infectieuses, en particulier le paludisme, dont la transmission est favorisée par les conditions climatiques. Ce constat est corroboré par Agbesanwa au Nigeria en 2023, qui a rapporté qu'environ 60,9 % des admissions pédiatriques étaient enregistrées entre août et novembre [13]. Cette période correspond à la fin de la saison des pluies dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, une phase propice à la prolifération des moustiques Anophèles, vecteurs du paludisme.

Les patients provenaient en majorité des structures sanitaires périphériques de la région de Maradi. Ceci pourrait s'expliquer par le rôle central que joue le CHR Maradi en tant que structure de deuxième niveau, recevant les cas complexes ou non pris en charge dans les formations sanitaires périphériques. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par certains auteurs dans la littérature [8,12]. A l'inverse, d'autres ont trouvé des résultats carrément opposés. C'est le cas de Camara [84] et Abdoulaye [9] qui avaient respectivement trouvé que 71,3% et 74,01% étaient des patients directement admis aux urgences, contre seulement 28,7 et 25,09% pour ceux venant des structures périphériques. Ces variations pourraient s'expliquer par une meilleure accessibilité géographique des hôpitaux concernés, une autonomie plus marquée des familles dans la prise de décision, ou encore par un recours direct aux urgences hospitalières par absence de structures intermédiaires fonctionnelles.

Au cours de notre étude, 95,39 % des patients ont été transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé, contre seulement 4,61 % par un transport médicalisé. Ce recours majoritaire à un transport non médicalisé pourrait refléter les limites du système de prise en charge pré hospitalière dans notre contexte. L'absence ou l'insuffisance de services d'ambulance adaptés, les contraintes économiques des familles, ainsi que le manque de sensibilisation à l'importance d'un transport médicalisé en cas d'urgence pédiatrique, peuvent expliquer ce constat. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Camara qui avait observé que seulement 3,1 % des patients avaient été acheminés par ambulance, contre 96,9 % utilisant un transport en commun [84]. Ce résultat est supérieur à celui de Diakité qui a trouvé que 76,1 % des patients étaient arrivés aux urgences par un moyen de transport non médicalisé, contre 23,9 % par un transport médicalisé [8]. Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure accessibilité relative au transport médicalisé dans certaines zones urbaines maliennes comparées à la région de Maradi.

- *Les aspects paracliniques*

Le groupage sanguin avec Rhésus (97,92 %), la numération formule sanguine (96,88 %) et la goutte épaisse avec densité parasitaire (94,49 %) figuraient parmi les examens biologiques les plus fréquemment réalisés dans notre étude. Cette fréquence élevée de prescription des examens biologiques s'expliquerait par le fait que ces examens sont essentiels pour orienter rapidement la prise en charge thérapeutique de patients tenant compte des motifs de leurs admissions. Ils font aussi partie des examens disponibles en situation d'urgence dans notre hôpital. Des résultats semblables aux nôtres ont été retrouvés dans la littérature [3, 10]. Cette similitude entre les études, témoigne d'une approche diagnostique standardisée dans les services pédiatriques d'urgence en Afrique subsaharienne.

Les signes cliniques et paracliniques recueillis, ont

permis de poser des diagnostiques afin de mettre en route la prise en charge adéquate. Ainsi, le paludisme grave, les affections respiratoires et la gastroentérite compliquée de déshydratation ont été identifiés comme pathologies les plus fréquentes. La prédominance du paludisme grave comme principale cause d'admission reflète l'endémicité de cette pathologie dans notre région. Barro, Kanté et Sangaré avaient également identifié le paludisme grave comme première cause d'admission pédiatrique en urgence, avec des fréquences respectives de 38,2 %, 65,06 % et 39,6 % [6, 7 et 12]. Ces similitudes confirment cependant que le paludisme reste un problème majeur de santé publique en pédiatrie dans la sous-région. Cependant, des résultats opposés ont été retrouvés par certains auteurs qui ont identifié les affections respiratoires, les méningites et les affections digestives comme pathologies les plus fréquentes [8, 14]. Ces variations pourraient s'expliquer par des contextes épidémiologiques distincts, des saisons d'étude différentes, ou encore des différences dans les protocoles de triage et de diagnostic.

- *Aspects thérapeutiques*

Devant l'urgence que les patients présentaient à l'admission, ils avaient bénéficié d'une prise en charges en urgence. En effet, après une mise en condition et une voie veineuse chez tous les patients, les antipyrétiques, l'enveloppement humide et l'oxygénothérapie étaient les principaux piliers de la prise en charge dans le service des urgences pédiatriques du CHR de Maradi. Cette conduite se justifierait par la fréquence de la fièvre et des affections respiratoires comme motifs d'admission. À l'inverse, Kanté a rapporté dans son étude que l'enveloppement humide constituait le geste d'urgence le plus courant [12] ce qui souligne la diversité des situations d'urgence rencontrées en pédiatrie et l'adaptation des interventions aux ressources disponibles.

Après la levée de l'urgence et la réalisation des examens complémentaires, les traitements étiologiques ont été conduits. C'est ainsi que les antibiotiques (95,92%), les antipaludéens (75,26) constituaient la base de traitement étiologique. Cette fréquence élevée de prescription d'antibiotiques dans notre étude pourrait s'expliquer par une forte prévalence d'infections bactériennes suspectées à l'admission, souvent en l'absence de confirmation microbiologique immédiate, ce qui pousse à une antibiothérapie empirique systématique. Cette approche est courante en contexte d'urgence, surtout dans les zones à ressources limitées où les examens complémentaires sont parfois inaccessibles ou retardés.

Ces taux sont supérieurs à ceux rapportés par certains auteurs dans la littérature [6,10, 15]. Ces écarts observés peuvent être liés à la diversité des contextes épidémiologiques, aux protocoles thérapeutiques locaux, mais aussi à l'expérience des prescripteurs.

- *Données évolutives*

L'étude retrouvait un taux de guérison de 87,71 % traduisant une prise en charge globalement efficace des urgences pédiatriques. Ce taux de guérison est comparable à ceux rapportés par Ndabashinzé (91,7 %) [3] et Diakité (85,7 %) [8], ce qui suggère une capacité de traitement satisfaisante malgré les contraintes contextuelles. Par ailleurs, le taux de mortalité hospitalière enregistré dans notre série était de 6,45 %, ce qui reste relativement faible comparé à ceux observés par d'autres auteurs africains, notamment Abdoulaye à Niamey (12,88 %) [9], Sangaré au Mali (11,2 %) [7] et Barro à Ouagadougou (12,94 %) [6]. Cette différence pourrait s'expliquer par une amélioration progressive de la qualité des soins, la précocité dans la référence des cas graves, ou encore des différences méthodologiques selon les études (durée d'étude, définition des cas, niveau de l'hôpital, etc.).

Ce taux de décès était amputable à plusieurs pathologies. C'est ainsi que le paludisme grave constituait la principale cause (64,06 %) suivi des atteintes respiratoires (17,18 %). Cette prédominance du paludisme comme facteur létal majeur s'explique par sa fréquence élevée et la gravité des formes cliniques admises en urgence. Ce constat est partagé par d'autres auteurs de la sous-région [3, 10]. Ces résultats témoignent du poids persistant du paludisme dans la mortalité infantile en Afrique subsaharienne

malgré les efforts inlassables des autorités sanitaires. La durée moyenne d'hospitalisation observée était de 4±2,8 jours, avec des extrêmes allant de 1 à 24 jours. Ces données sont comparables à celles retrouvées par Diakité et Maiga qui avaient rapporté des durées moyennes respectives de 4 et 3 jours [8,10]. Cela reflète une certaine homogénéité dans la prise en charge des pathologies pédiatriques graves dans les structures hospitalières de la sous-région. Le séjour hospitalier des patients était supérieur à 72 heures pour plus de la moitié d'entre eux (53,53%) traduisant une durée d'hospitalisation relativement longue. Sangaré avait rapporté un résultat similaire [7]. Cette tendance pourrait s'expliquer par la gravité des pathologies rencontrées en urgence, nécessitant un suivi clinique prolongé ou des traitements complexes.

Conclusion

Les services d'urgence, reflets de la qualité des soins et fruits de la stratification de l'organisation des soins, constituent un lieu approprié pour l'évaluation des indicateurs de santé publique. Cette étude a permis de faire un état des lieux, révélant que les urgences pédiatriques représentaient 27,58 % de l'ensemble des urgences médicales. Les motifs d'admission étaient dominés par des signes cliniques comme la fièvre et que les diagnostics les plus fréquents concernaient principalement le paludisme grave, les affections respiratoires et la gastroentérite compliquée. Le pronostic des patients était globalement favorable avec un taux de guérison de 87,71 %, bien que la mortalité, principalement liée au paludisme grave, reste un défi à relever. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge adaptée et renforcée des urgences pédiatriques, ainsi que la nécessité d'interventions ciblées pour améliorer la santé infantile dans notre région.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs cités sur la liste, ont contribué par leur apport, à l'élaboration de ce document.

***Correspondance :**

MAIKASSOUA Mamane

maikassouamamane@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2026

1 : Hôpital de référence de Maradi
2 : Faculté des sciences de la santé, Université Dan Dicko Dankoulodo de Maradi
3 : Faculté des sciences de la santé, Université André Salifou de Zinder
4 : Hôpital de référence de Maradi
5 : Faculté des sciences de la santé, Université Abdou Moumouni de Niamey

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Haute Autorité de Santé (HAS). Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification. Certification des établissements de santé: fiche pédagogique – urgence vitale. 2020 Nov.

[2] Thiongane A, Ndongo A, Sow A, et al. Epidemiology of admissions in a pediatric emergency department in Albert Royer Hospital Dakar. Open J Pediatr. 2022;12(1):188-95.

[3] Ndabashinzé P, Harerimana JP. Les urgences médicales pédiatriques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge: aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs. Étude prospective menée du 1er novembre 2018 au 30 avril 2019 à propos de 301 cas [thèse de doctorat]. Burundi: CHU de Kamenge; 2020.

[4] Guindo A, Diallo I. Les urgences pédiatriques du centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré

de Bamako au quotidien. Rech Regards Afr. 2022;1(1):11-9.

[5] Larousse. Urgences pédiatriques [Internet]. [cité 2025 juill 28]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/urgence_p%C3%A9diatrique/16808

[6] Barro M, et al. Épidémiologie des urgences médicales pédiatriques au CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso. Afr Pediatr Genet Med. 2022;67(18):234-9.

[7] Sangaré A, Maiga B. Bilan des activités des urgences pédiatriques au service de pédiatrie de l'hôpital du Mali [thèse de doctorat]. Bamako: Université des sciences, techniques et technologies de Bamako; 2023.

[8] Diakité A, Moussa HM. Le recours au service des urgences pédiatriques au CHU Gabriel Touré [thèse]. Bamako: Université des sciences, techniques et technologies de Bamako; 2020.

[9] Abdoulaye Z, et al. Caractéristiques socio-épidémiologiques et évolutives des patients référés aux urgences pédiatriques de l'Hôpital National de Niamey: étude rétrospective à propos de 528 cas. RAMUR. 2021;26(3):8-12.

[10] Maiga B, Bah A. Étude des aspects épidémio-cliniques et pronostiques des urgences médicales pédiatriques de 1 mois à 15 ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba [thèse]. Mali: Université des sciences, techniques et technologies de Bamako; 2023.

[11] Faraja A, Berbich PA, Lazrak PB, Chkili PT, et al. Motifs de consultations pédiatriques aux urgences de l'hôpital régional Al Idrissi [thèse de doctorat]. Maroc: Université Mohammed V de Rabat; 2021.

[12] Kanté M, Diakité A. Principales urgences pédiatriques d'origine infectieuse chez les enfants de 1 mois à 15 ans [thèse de doctorat]. Bamako: Université des sciences et technologies de Bamako; 2024.

[13] Agbesanwa TA, Babatola AO, Fatunla OA, Ibrahim A, Aina FO, Ogundare EO, et al. Pattern of admissions and outcome in the children emergency department of a tertiary health institution in Southwestern Nigeria: a four-year review. Afr J Emerg Med. 2023;13(2):45-51.

[14] Camara B, Ly F. Profil épidémiologique des consultants admis aux urgences médicales pédiatriques du Centre Hospitalier National de Pikine: étude prospective sur 3 mois [mémoire]. Dakar; 2016.

[15] Jbari S, Lahmini W, Eddabbah M, Boussaa S, Bourrous M. The characterization of a hospitalized population at the pediatric emergency service of Mother and Child Hospital, Marrakech, Morocco. Pan Afr Med J. 2022;43:138.

Pour citer cet article

M Maikassoua, MB Alassane, ML Hassane, S Moustapha, LLF Gbegan, A Magagi, MS Chaibou, BM Boukari. Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients admis aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi. Jaccr Children's Health 2026; 2(1): 14-26 https://doi.org/10.70065/2621.jaccrChildhealth.003L013003

RÉSEAU DE PROMOTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE

REPREMAF



https://repremaf.org

REPREMAF a pour but d'aider à la production scientifique en médecine et sciences sanitaires apparentées.

Il s'agit d'un réseau ouvert à tous les prestataires du domaine de la santé.

REPREMAF se veut un cadre d'échange fructueux et de partage scientifique d'expérience entre les praticiens du continent africain et d'ailleurs.

En outre, REPREMAF constitue une vitrine et un canal de diffusion des parutions des articles de JACCR-AFRICA (Journal africain des cas cliniques et revues) en parution online.

En plus du Journal, le REPREMAF dispose d'une maison d'édition intitulée : " Les éditions du REPREMAF" qui permet d'éditer des livres du domaine de la médecine et sciences sanitaires apparentées afin de promouvoir la recherche médicale en Afrique à travers les écrivains scientifiques africains du continent et ceux de la diaspora.

Par ailleurs, REPREMAF œuvre dans la formation continue en matière de recherche médicale par la diffusion des outils de recherche, la divulgation des rencontres scientifiques et compte rendu de congrès mais aussi l'organisation de colloques REPREMAF autour de thèmes pertinents de la Recherche médicale en Afrique. Visitez régulièrement cette page pour être au courant de nos activités en cours.

Le REPREMAF se donne aussi une mission d'accompagner les doctorants et d'autres étudiants en santé pour la rédaction de leurs thèses, mémoires et rapports de stage.

REPREMAF dispose également d'un *Moteur de Recherche* à vocation *panafricain* sur Recherche Médicale contenant des données africaines en santé et cela dans l'intention de promouvoir la Recherche Médicale sur le continent dont les données sont très peu visibles et accessibles à la communauté scientifique. Trouvez ci-dessous le lien pour accéder au moteur en question.