

Tétanos néonatal : A propos de deux cas au service de néonatalogie du CHU de Cocody à Abidjan

Neonatal tetanus: About two cases in the neonatology service of Cocody University Hospital in Abidjan

Djivoheoussoun A, Djoman Apie.I, Gro Bi A, Kouadio EA, Kouakou C, Dainguy ME, Angan G Manssou A, Djobo L, Folquet-amorissani AM.

Service de pédiatrie CHU Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Djivoheoussoun Ayemou Augustine. cel :07252018. Email : tinadjivo@yahoo.com

Résumé

Le tétanos est une toxi-infection grave facilement évitable par la vaccination due à un bacille tellurique anaérobie, le *Clostridium tetani*. En période néonatale, la principale porte d'entrée est ombilicale résultant de l'antisepsie insuffisante du moignon ombilical ou de l'application de topique traditionnel chez les enfants de mère non ou partiellement immunisée. Les accouchements à risque ont le plus souvent lieu en dehors d'une structure médicale par un accoucheur non qualifié. La prise en charge thérapeutique demeure un véritable challenge dans les pays en voie de développement nécessitant une surveillance médicale intensive. En Côte d'Ivoire, malgré la disponibilité et la gratuité du vaccin antitétanique dans le cadre de programme élargi de vaccination (PEV) pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 11 mois, le tétanos néonatal reste une maladie grave et pose un problème de prise en charge en milieu hospitalier. Nous rapportons deux cas de tétanos néonatal dans notre service en 2020, en insistant sur la vaccination, seul moyen efficace pour prévenir cette maladie meurtrière nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensif néonatal.

Mots clés : tétanos, nouveau-né

Summary

Tetanus is a serious toxi infection, easily preventable by vaccination due to an anaerobic telluric bacillus, *Clostridium tetani*. In the neonatal period, the main gateway is the umbilical line resulting from insufficient antiseptics of the umbilical stump or traditional topical application in children of mothers who are not or partially immunized. Risky deliveries most often take place outside a medical facility by an unqualified birth attendant. Therapeutic care remains a real challenge in developing countries requiring intensive medical surveillance. In Côte d'Ivoire, despite the availability and free of charge of the tetanus vaccine as part of the expanded vaccination program (EPI) for pregnant women and children aged 0 to 11 months, neonatal tetanus remains one of the serious diseases and poses a serious problem of treatment in hospital. We report two cases of neonatal tetanus in our service in 2020, insisting on vaccination as the only effective way to prevent this deadly disease requiring care in a neonatal intensive care service.

Keywords : tetanus, newborn

Reçu en decembre 2020

Introduction

Le tétanos est une maladie non transmissible non immunisante due à l'action d'une toxine sécrétée par le bacille *Clostridium tetani*. Il s'agit d'une toxoinfection grave, facilement évitable par la vaccination [1-2]. Cette maladie est actuellement rare dans la plupart des pays, mais la forme néonatale est encore un problème majeur, notamment dans les pays en développement [2]. En 2015 dans le monde, le tétanos néonatal était encore responsable de 34 019 décès [3]. Le tétanos néonatal est considéré éliminé dans un pays lorsqu'on parvient à moins d'un cas pour 1 000 naissances vivantes par an dans l'ensemble des districts ou unités administratives équivalentes du pays [3]. En Côte d'Ivoire, malgré l'existence, la disponibilité et la gratuité du vaccin antitétanique dans le cadre de programme élargi de vaccination (PEV) dont les cibles sont les enfants de moins de 11 mois et les femmes enceintes, le tétanos demeure et pose un problème de prise en charge en milieu hospitalier. L'intérêt de la présente description réside dans la réémergence de cette affection meurtrière en voie d'éradication.

Observation n1

Il s'agissait de bébé de X adressé à 7 jours de vie pour une contracture généralisée. Les antécédents sont marqués par une mère âgée de 19 ans, primigeste, nullipare, ayant réalisée 03 consultations prénatales, aucun bilan prénatal, la sérologie rétrovirale était inconnue, aucune vaccination antitétanique réalisée, les prophylaxies antianémiques et anti-palustres ont été faites, pas d'antécédents pathologiques retrouvés. L'échographie réalisée à la 23^{ème} semaine d'aménorrhée n'avait pas retrouvée d'anomalies. L'accouchement à domicile par voie basse en présentation céphalique, d'un prématuré de 35 semaines d'aménorrhée, de sexe féminin avec des paramètres anthropométriques non prise à la naissance. L'histoire de la maladie révéla une symptomatologie qui remonterait à la veille de son admission dans notre service soit à 6 jours de vie par l'apparition de pleurs incessants, un refus de téter avec un trismus, évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée. L'évolution fut marquée le lendemain par la survenue d'une contracture généralisée associée à des paroxysmes. Par ailleurs, le cordon fut sectionné avec une lame à la naissance suivi d'une application de topiques traditionnels à base de feuille et de beurre de karité sur l'ombilic. L'examen clinique à l'entrée avait révélé un mauvais état général, une température à 40°C, un poids à 2000g, une taille à 44 cm et un périmètre crânien à 33 cm. un trismus serré, une contracture généralisée avec une attitude en opisthotonos, des paroxysmes, une conscience normale (**figure 1**). Les examens pleuropulmonaire et cardiovasculaire notaient une polypnée superficielle à 80c/m, un indice de silverman à 2, une saturation en oxygène à l'air

ambiant à 99%, une tachycardie régulière à 180bpm. Le reste de l'examen était sans particularité. Devant ce tableau clinique faisant évoquer le diagnostic d'un tétanos grave avec un score de Dakar à 6, le nouveau-né fut hospitalisé et avait bénéficié d'une sérothérapie antitétanique en intrathécale, de diazepam, d'une alimentation à la sonde nasogastrique, une rééquilibration hydro électrolytique, une bi-antibiothérapie et des soins ombilicaux. L'évolution fut marquée par la constatation du décès à j2 d'hospitalisation.

Observation n2

Il s'agissait de bébé de Y adressé à 5 jours de vie pour un refus de téter. La mère âgée de 27 ans, 2^{ème} geste, 2^{ème} pare avait réalisée 02 consultations prénatales, avec un bilan prénatal incomplet, une sérologie rétrovirale négative, aucune vaccination antitétanique réalisée, les prophylaxies antianémiques et anti-palustres faites, pas d'antécédents pathologiques retrouvés. Une échographie réalisée au 1^{er} trimestre de la grossesse sans anomalie. L'Accouchement s'est fait à domicile, par voie basse en présentation céphalique, d'un nouveau-né à terme, de sexe masculin. A l'admission le nouveau-né présentait une fièvre à 39°C, une fréquence cardiaque à 120 battements/minute, une mauvaise impression générale, un poids à 3000g, une taille à 49 cm, un périmètre crânien à 34 cm, un trismus serré, une contracture généralisée avec des paroxysmes. Ailleurs on notait un ombilic sale, fétide qui avait été sectionné à la naissance par un objet coupant de nature non précisé avec application de topiques traditionnelle. Cette symptomatologie faisait évoquer un tétanos grave avec un score de Dakar à 5. L'évolution fut marquée par la constatation du décès le lendemain de l'admission malgré un traitement à base d'une sérothérapie antitétanique en intrathécale, de diazepam, rééquilibration hydro électrolytique, d'une bi-antibiothérapie et des soins ombilicaux.

Discussion

Le tétanos est une maladie due à l'action d'une toxine sécrétée par le bacille *Clostridium tetani* ou bacille de Nicolaier qui est un bacille Gram positif, anaérobie strict non encapsulé très résistant à la chaleur et aux antiseptiques. Il s'agit d'une bactérie ubiquitaire, tellurique [4,5]. Les naissances ont souvent lieu à domicile en cas de tétanos néonatal, effectuées par un accoucheur non qualifié (une matrone, un membre de la famille) [4,5,6,7]. Des pratiques dangereuses concernant les soins du cordon ombilical sont rapportées : section avec une lame de rasoir, ligature avec un lien végétal et application de fumier [4,5,7,8]. Le diagnostic reste essentiellement clinique [9,10]. Concernant nos observations, le diagnostic a été facilité par les manifestations cliniques décrites ci-dessus survenant

chez deux nouveau-nés de mères non vaccinées contre le tétanos, nés à domicile avec application de topique sur l'ombilic. Ses caractéristiques cliniques rapportées ont été également retrouvées dans l'étude de Randrianjafinimpanana et al qui avait confirmé que les manifestations cliniques étaient dominées par le refus de téter, le trismus et les spasmes [6]. L'isolement du *Clostridium tetani* sur culture de l'extrémité du cordon ou à l'hémoculture anaérobie est possible, mais ces cultures ne sont positives que dans 30% à 50% des cas [4]. La détection par PCR de la toxine tétanique dans le sang peut également être utilisée. Ces examens sont rarement disponibles dans la plupart des contextes. Le diagnostic reste essentiellement clinique [9,10].

Le problème majeur réside dans la prise en charge thérapeutique qui demeure un véritable défi dans les pays pauvres. Le nouveau-né doit être hospitalisé dans une unité de soins intensifs [4-5]. Une surveillance médicale intensive est déterminante pour la survie car une assistance respiratoire par intubation ou trachéotomie sur une période prolongée est nécessaire dans bon nombre de cas

Références

1. **Weisser M.** Le tétanos en 2016. – Forum Médical Suisse 2016 ;16 (28-29) :584-88.
2. **Khan AA, Zahidie A, Rabbani F.** Interventions to reduce neonatal mortality from neonatal tetanus in low- and middle-income countries - a systematic review. BMC Public Health 2013 ;13 : 322
3. **WHO, UNICEF.** Eliminer durablement le tétanos maternel et néonatal : plan stratégique 2012-2015 http://www.who.int/immunization/diseases/MNTEStrategicPlan_F.pdf.
4. **Robinson AL, Imbert P.** Tétanos néonatal. EMC- Pédiatrie 2014 ;9 (1).
5. **Thwaites CL, Beeching NJ, Newton CR.** Maternal and neonatal tetanus. Lancet. 2015 January 24;385(9965):362–370
6. **Randrianjafinimpanana H, Rakotomahefa Narison ML, Ratsimbazafy ABA, Ravelomanana N.** Le tétanos néonatal vu dans cinq CHU d'Antananarivo (Madagascar) : aspect épidémiologique et facteur de risque de mortalité. Arch Ped 2014 ; 21 (5) :81-8.
7. **Ilic M, Pejic L, Todorovic B, Hasani B, Stankovic S, Ristic G et al.** Neonatal tetanus – report of a case. Turk J Pediatr 2010; 52 (4): 404-8.
8. **Idema CD, Harris BN, Ogunbanjo GA, Durrheim DN.** Neonatal tetanus elimination in Mpumalanga Province, South Africa. Tropical medicine & international health: TM & IH 2002; 7 (7): 622-24.
9. **Campbell JI, Lam TM, Huynh TL, To SD, Tran TT, Baker S et al.** Microbiologic characterization and antimicrobial susceptibility of *Clostridium tetani* isolated from wounds of patients with clinically diagnosed tetanus. Am J Trop Med Hyg 2009; 80: 827–31.
10. **Nagao K, Mori T, Sawada C, Sasakawa C, Kanezaki Y.** Detection of the tetanus toxin gene by polymerase chain reaction: a case study. JPN J Infect Dis 2007 ;60 : 149-50
11. **Farrar JJ, Yen LM, Cook T, Fairweather N, Binh N, Parry CM et al.** Tetanus. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000 ; 69 (3) :292-01