

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique (MESRS)

République du Mali

Un Peuple-Un But- Une Foi



Université des Sciences Techniques et
Technologies de Bamako (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

(FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

THESE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES,
THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES A
COURT TERME DES NOUVEAU-NES
PREMATURES HOSPITALISES A L'UNITE DE
NEONATOLOGIE DU SERVICE DE PEDIATRIE
DE L'HOPITAL DU MALI**

Présenté et soutenu publiquement le /28/12/23 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par **M. Konaté Mahamadou**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'état)

JURY

Président du jury : Pr. Belco MAÏGA (Maitre de conférences)

Directeur de thèse : Pr. Fatoumata DICKO (Professeur)

Co-directeur : Dr. FANE Korotoumou Wéllé DIALLO (Pédiatre)

Membre du jury : Dr. Issa Souleymane GOÏTA (Maître-Assistant)

Dédicaces et remerciements

Dédicaces

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A ALLAH le Tout puissant, le miséricordieux, le clément, l'omniscient, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé dans le bon chemin, merci de m'avoir donné la chance, le courage et la force nécessaire de réaliser ce travail.

Au prophète MOHAMED paix et salut soit sur lui, à toute sa famille, à tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A l'Etat malien pour la générosité qui m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai souhaitée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

A mon père : Konaté Demba

Papa, tu nous as inculqué un trésor inestimable : l'amour du prochain, le pardon, la patience, le sens de l'honneur, de la dignité et du travail bien accompli. Tu es un modèle de courage, de sincérité, de persévérance et d'humilité. Trouve ici cher père la récompense de tes immenses sacrifices. Puisse ce travail soit le fruit de ton estime et de ta confiance.

Je te souhaite une longue vie pieuse Allahouma Amine.

A ma douce mère, Mme Konate Badiallo Soucko

Maman, aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je te porte. Toi qui m'as donné la vie et qui me l'a embelli, toi qui m'as donné tant de bonheur. Ton amour, ton courage, ta générosité, ta modestie ont contribué à la stabilité de notre famille. Tu es un modèle de femme pour moi, l'incarnation de la femme en son sens vrai. Que ce travail, qui représente le couronnement de tes sacrifices généreusement consentis, de tes encouragements incessants et de ta patience, soit de mon immense gratitude et de mon éternelle reconnaissance qui si grande qu'elle puisse être ne sera à la hauteur de tes sacrifices et tes prières pour moi.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Je prie Dieu, le tout puissant, de te protéger et de te procurer santé, bonheur et longue vie pieuse Allahouma Amine.

A mes frères et sœurs

Vos accompagnements et encouragement n'ont jamais fait défaut.

Vous avez toujours été présentes et disponible pour assurer mes besoins en fin que puisse me concentrer sur mes études.

Qu'Allah vous récompense Allahouma Amine.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

REMERCIEMENTS

Mes grands-parents, tantes, oncles, cousins et cousines

Merci pour vos encouragements et bénédictions.

Aux enseignants et professeurs

Je suis reconnaissant de vos enseignements de qualité de l'école fondamentale de Malicounda jusqu'à la fin de ce cursus.

Recevez ma sincère gratitude pour votre confiance et l'effort fourni dans mon encadrement.

Qu'Allah vous accorde une longue vie pieuse Allahouma Amine.

A tous les personnels du service de pédiatrie :

Au chef de service, les médecins, infirmiers, brancardiers, ingénieurs de surface et aux stagiaires.

Merci à vous pour votre disponibilité, simplicité, savoir et la joie partagée durant mon séjour.

A tous les internes de pédiatrie

J'ai beaucoup appris à vos côtés au de-là de la médecine.

Merci pour tous ces moments de joie et de savoir passés ensemble.

Très bonne carrière professionnelle et de succès à nous tous.

A mes camarades : Dr Traoré Yaya, Dr Touré Anaphi, Dr Traoré Ibrahim, Dr Bagayogo Abdoulay, Dr Touré kadi, Dr koné Néné

Vous qui m'avez toujours porté votre respect, considération et confiance pour arriver au bon port.

Qu'Allah vous bénisse Amen

A mes amies : Aliou Bah, Camara Mahamadou, Cissé Madigata David Kassongue, Traoré Abdoulaye.

Compagnon de galère : Dr Traoré Yaya

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

A Dr Samaké Djidi

Dieu en est témoin durant cette période vous avez été un peu de tout pour moi le mot me manque. Tu resteras toujours une référence pour moi et Merci infiniment.

Qu'Allah t'accorde tous ce que tu veux Allahouma Amine.

A Dr Coulibaly Modibo

Vous avez été toujours un socle pour moi au sein du service et merci pour tout.

Dr Cissé Ibrahim

C'est l'occasion pour moi de vous remercier vous avez été mon guide pour l'atteinte de mes objectifs de thèse. Vous avez toujours été disponible durant cette période. Merci pour votre générosité et votre disponibilité

Dr Seydina Oumar Maguiraga

Merci infiniment mon frère de galère tu as toujours répondu présent dans le moment difficile.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

A notre maître et président du jury

Professeur Belco MAIGA

Cher maître,

- ❖ **Maitre de Conférences Agrégé de pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).**
- ❖ **Chef de service des urgences pédiatriques et de réanimation au CHU Gabriel Toure.**
- ❖ **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED).**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure.**

Cher Maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres. C'est avec abnégation que vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et surtout votre détermination pour la formation des étudiants. Votre dynamisme, votre amour pour le prochain, votre abord facile et votre disponibilité ont forcé en nous l'estime, l'admiration. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre profond respect.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

A notre maître et juge

Docteur Issa Souleymane GOITA

- ❖ **Maître-Assistant à la FMOS**
- ❖ **Spécialiste en médecine de famille et en médecine communautaire ;**
- ❖ **Diplômé universitaire en Gestion et Analyse des données de santé ;**
- ❖ **Diplômé universitaire de drépanocytose.**

Cher maître,

Votre présence est pour nous, l'occasion de vous exprimer notre admiration de votre grande compétence professionnelle et de votre généreuse sympathie.

Permettez-nous ici de vous exprimer nos considérations les plus distinguées.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

A notre maître et co-directrice de thèse

Docteur Fané Korotoumou Wellé Diallo

❖ **Médecin pédiatre**

❖ **Responsable de l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'Hôpital du Mali**

❖ **Chargée de recherche en pédiatrie**

❖ **Membre de l'association malienne de pédiatrie (AMAPED)**

Cher maître,

Vous avez été présente tout au long de ce travail afin d'arrivé à bon port.

Nous avons admiré votre disponibilité constante, votre rigueur scientifique et vos qualités sociales.

Votre sens du partage, votre esprit d'organisation et surtout votre modestie font de vous un modèle. C'est pour nous un immense plaisir d'être l'un de vos élèves, sachez que ce travail est le vôtre et qu'Allah soubhana wa ta'ala vous accorde une longue vie pieuse.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

A notre maître et directrice de thèse

Professeur Fatoumata DICKO

- ❖ **Professeur titulaire de pédiatrie à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie**
- ❖ **Spécialiste en Pédagogie des Sciences de la santé,**
- ❖ **Spécialiste en néonatalogie,**
- ❖ **Médecin dans le service de néonatalogie au CHU Gabriel Touré,**
- ❖ **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie,**
- ❖ **Ancienne Conseillère technique au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.**

Cher Maître,

Vous avez toujours été pour nous un repère par votre courage, votre rigueur scientifique et votre exigence du travail bien.

Vos qualités humaines, votre compétence et votre expérience font de vous un maître sûr que la jeune génération aimerait longtemps avoir à ses côtés. Veuillez recevoir, cher maître l'expression de toute notre reconnaissance et notre profond respect. Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Table des matières

Introduction	1
Objectifs.....	3
1 Généralités	4
1.1 Définition.....	4
1.2 Épidémiologie.....	4
1.3 Facteurs de risques de la prématurité.....	4
1.3.1 Facteurs sociodémographiques (11).....	4
1.3.2 Obstétricaux (11).....	5
1.3.3 Facteurs psychologiques (12).....	5
1.3.4 Facteurs génétiques [10].....	5
1.4 Particularités du nouveau-né prématuré	5
1.4.1 Absence des réserves énergétiques.....	6
1.4.2 Immaturité des grandes fonctions.....	6
1.5 Diagnostics (15).....	9
1.5.1 Clinique	9
1.5.2 Les moyens diagnostiques	9
1.6 Etiologies	14
1.6.1 L'accouchement prématuré spontané	14
1.6.2 L'accouchement prématuré induit.....	14
1.7 Risques et conséquences (17)	15
1.8 Complications de la prématurité : (18)	16

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

1.8.1 Complications immédiates	16
1.8.2 Complications à court terme	20
1.8.3 Complications à long terme	22
1.9 Prise en charge : (19)	22
1.9.1 A la naissance	22
1.9.2 Soins du prématuré(11)	24
1.9.3 Surveillance	24
1.9.4 Méthode Mère Kangourou	25
1.10 Séquelles de la prématurité (19)	26
1.11 Méthodes de prévention (21)	28
1.11.1 Médicales.....	28
1.11.2 Comportementales et sociales	29
1.12 Pronostic (16).....	29
1.12.1 Mortalité néonatale.....	29
1.12.2 Morbidité	30
2 Méthodologie	31
2.1 Cadre et lieu d'étude.....	31
2.2 Type et période d'étude	32
2.3 Population d'étude	32
2.3.1 Critères d'inclusion	32
2.3.2 Critères de non inclusion	32
2.3.3 Echantillonnage	32

2.4	Collecte et analyse des données.....	32
2.5	Variables	33
2.5.1	Caractéristiques sociodémographiques	33
2.5.2	Caractéristiques cliniques des mères des prématurés	33
2.5.3	Caractéristiques cliniques des prématurés	34
2.5.4	Diagnostic.....	35
2.5.5	Devenir	35
2.6	Aspects éthiques	35
3	Résultats	36
3.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	36
3.2	Caractéristiques cliniques	41
3.2.1	ATCD obstétricaux maternels	41
3.2.2	Bilan prénatal.....	43
3.2.3	Risque infectieux maternel.....	45
3.2.4	Déroulement de la grossesse	46
3.2.5	Aspects cliniques des prématurés	48
3.3	Caractéristiques thérapeutiques	51
3.4	Devenir immédiat des nouveau-nés.....	56
4	Commentaires et Discussion	57
4.1	Limites de l'étude	57
4.2	Fréquence.....	57
4.3	Caractéristiques sociodémographiques.....	58

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

4.3.1	Âge des mères.....	58
4.3.2	Profession des mères	58
4.3.3	Statut matrimonial des mères	58
4.3.4	Provenance des prématurés	58
4.3.5	Résidence des parents.....	59
4.4	Caractéristiques cliniques	59
4.4.1	Sexe des nouveau-nés.....	59
4.4.2	Poids	59
4.4.3	Âge	59
4.5	Caractéristiques thérapeutiques	59
4-6	Prise en charge nutritionnelle	61
4.6	Devenir immédiat des nouveaux nés prématurés hospitalisés.....	62
5	Conclusion	63
6	Recommandations.....	64
7	Références.....	65
	Annexes.....	72

Liste des tableaux

Tableau I: Critères morphologiques de maturation selon FAAR	11
Tableau II: Interprétation du score de FAAR.....	13
Tableau III: Risques et conséquences de la prématurité.....	15
Tableau IV: Répartition des prématurés selon la tranche d'âge des mères	36
Tableau V: Répartition des prématurés selon le niveau d'instruction des mères	36
Tableau VI: Répartition des prématurés selon le statut matrimonial des mères.....	37
Tableau VII: Répartition des prématurés selon la profession des mères	37
Tableau VIII: Répartition des prématurés selon la profession des pères	38
Tableau IX: Répartition des prématurés selon la résidence des parents.....	38
Tableau X: Répartition des prématurés selon la provenance	39
Tableau XI: Répartition des nouveau-nés selon le lieu de naissance.....	39
Tableau XII: Répartition des prématurés selon le moyen de transport	40
Tableau XIII: Répartition des prématurés selon la parité des mères	41
Tableau XIV: Répartition des prématurés selon l'ATCD de prématurité des mères.....	41
Tableau XV: Répartition selon l'intervalle inter génésique.....	42
Tableau XVI: Répartition des nnés selon la connaissance de la DDR par les mères.....	42
Tableau XVII: Répartition des nnés selon le nombre de consultation prénatale (CPN) effectuées par les mères.....	43
Tableau XVIII: Répartition des prématurés selon la réalisation de l'échographie du 1er trimestre par les mères.....	43
Tableau XIX: Répartition selon la sérologie HIV	44
Tableau XX: Répartition selon la sérologie BW.....	44
Tableau XXI: Répartition selon la sérologie Rubéole.....	44

Tableau XXII: Répartition selon la présence de brûlures mictionnelles chez les mères.....	45
Tableau XXIII: Répartition selon la présence de leucorrhée pathologique	45
Tableau XXIV: Répartition selon la présence de fièvre maternelle 72 heures avant l'accouchement.....	46
Tableau XXV: Répartition des nnés selon la voie d'accouchement	46
Tableau XXVI: Répartition selon la durée du travail	47
Tableau XXVII: Répartition selon le nombre de bébés issus de l'accouchement	47
Tableau XXVIII: Répartition des prématurés selon le score d'Apgar	47
Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés selon le sexe	48
Tableau XXX: Répartition des nouveau-nés selon le poids à l'admission.....	48
Tableau XXXI: Répartition selon la trophicité	48
Tableau XXXII: Répartition selon la température à l'admission	49
Tableau XXXIII: Répartition de l'âge gestationnel selon FAAR.....	49
Tableau XXXIV: Répartition des nouveau-nés selon l'outil d'évaluation de l'âge gestationnel	49
Tableau XXXV: Répartition des nouveau-nés prématurés selon le diagnostic..	50
Tableau XXXVI: Répartition fonction de l'utilisation de la couveuse.....	51
Tableau XXXVII: Répartition selon la pratique de SMK.....	51
Tableau XXXVIII: Répartition selon le type d'antibiotique reçu	51
Tableau XXXIX: Répartition selon l'utilisation du Sérum glucosé 10%.....	52
Tableau XL: Répartition selon l'utilisation de la caféine	52
Tableau XLI: Répartition selon l'administration de la Vit K1 à l'admission	52
Tableau XLII: Répartition selon l'administration de Kcl et de Nacl.....	53
Tableau XLIII: Répartition selon l'administration de Ca²⁺	53
Tableau XLIV: Répartition selon la supplémentation en multivitamines	53

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Tableau XLV: Répartition selon la supplémentation en Fer	54
Tableau XLVI: Répartition selon la prise de l'anti-reflux	54
Tableau XLVII: Répartition des nouveau-nés selon l'oxygénothérapie	54
Tableau XLVIII: Répartition des nouveau-nés selon le type de lait d'allaitement	55
Tableau XLIX: Répartition selon l'alimentation par sonde	55
Tableau L: Répartition selon le devenir des nouveau-nés prématurés	56
Tableau LI: Répartition selon la durée d'hospitalisation.....	56

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Sigles et abréviations

ADEC : Vitamines A, D, E et C

APGAR : Système mis au point par l'anesthésiste Américaine Virginia APGAR pour évaluer les grandes fonctions vitales du nouveau-né dès sa première minute de vie et en apprécier l'évolution 3, 5 ou 10 minutes plus tard

ATB : Antibiothérapie

ATCD : Antécédents

BW : Bordet et Wassermann

C3G : Céphalosporine de 3^e génération

CCMH : Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Commune I

CII : Commune II

CPAP : Continuous Positive Airway Pressure

CPN : Consultation Périnatale

CRP : Protéine C-Réactive

CV : Commune V

CVI : Commune VI

DDR : Date des Dernières Règles

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

ECUN : Entérocolite Ulcéro-Nécrosante

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

FIV : Fécondation In Vitro

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FV : Frottis Vaginal

HGT : hôpital Gabriel Touré

HIV : Virus de l'Immunodéficience Humaine

HRP : Hématome retro-placentaire

HSDM : hôpital Somino Dolo de Mopti

IIG : Intervalle Inter-Génésique

IMC : Indice de Masse Corporelle

INN : Infection Néo-Natale

LA : Liquide Amniotique

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien

LM : Lait Maternel

LS : Lait de substuti

MAP : Maladie Artérielle Périphérique

MMH : Maladie des Membranes Hyalines

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PC : Périmètre Crânien

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

PPN : Petit Poids de Naissance

RGO : Reflux Gastro Œsophagien

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAS : Service d'Accès aux Soins

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SMK : Soins Mère Kangourou

TCK : Temps de Céphaline Kaolin

TP : Taux de Prothrombine

USTTB : Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako

VAT : Vaccin Antitétanique

VGM : Volume Glomérulaire Moyen

Introduction

La prématurité se définit par une naissance avant 37 SA d'âge gestationnel révolu (259 jours) compté à partir du premier jour des dernières règles(1) .

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), deux types de prématurités existent : la prématurité spontanée qui est la conséquence d'un déclenchement inopiné du travail et la prématurité induite où le déclenchement du travail résulte d'une décision médicale active(2) .

Selon l'OMS, on compte 9,6% de naissances en pré terme, dont environ 85% en Afrique et en Asie. En Europe, elles sont de 6,2% (3).

La prématurité est relativement plus élevée dans certains pays africains : 16,2 % au Congo 16,7 % au Bénin et 11,1% au Togo (4).

Dans les pays en développement en général, la prise en charge de la prématurité est très difficile, compte tenu des moyens très limités. Il s'y ajoute le manque d'organisation de la réception de cette population à risque dans nos hôpitaux (5).

De nombreux facteurs identifiables en période péri-conceptionnelle sont associés aux risques de prématurités, essentiellement des facteurs maternels (sociodémographiques, obstétricaux, psychologiques, génétiques), mais également des facteurs environnementaux (6).

L'âge gestationnel à la naissance a un impact très fort sur la mortalité, sur la morbidité néonatale et sur le développement de l'enfant. Les pathologies de la grossesse et le contexte de naissance déterminent également en partie le devenir de l'enfant (6).

*Le pronostic est corrélé à la prise en charge médicale per et postnatale, ainsi qu'à la qualité de l'accueil à la naissance (7).

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

La prévention de la prématurité se heurte au manque de connaissances sur les mécanismes impliqués (6).

La prématurité est responsable d'une forte mortalité et d'une morbidité élevée liée aux séquelles neurologiques. La précarité de nos structures médicales justifie une meilleure anticipation sur les besoins de prise en charge de cette population à risque (5).

Au Mali, le taux de prématurité était de 12% en 2017 selon les statistiques démographiques (8).

A l'Hôpital du Mali une seule étude fut antérieurement menée sur les aspects épidémiologiques et cliniques des nouveau-nés prématurés hospitalisés de 2012-2015. C'est dans un souci d'évaluer la situation actuelle après sept ans que nous avons décidé de mener la présente étude.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Objectifs

Objectif principal

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'Hôpital du Mali.

Objectifs spécifiques

- ✚ Déterminer la fréquence des nouveau-nés prématurés ;
- ✚ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des nouveau-nés ;
- ✚ Déterminer les caractéristiques cliniques des nouveau-nés ;
- ✚ Déterminer les aspects thérapeutiques des nouveau-nés prématurés hospitalisés ;
- ✚ Déterminer les principales pathologies identifiées chez les nouveau-nés prématurés ;
- ✚ Déterminer le devenir immédiat des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'Hôpital du Mali.

1 Généralités

1.1 Définition

La prématurité se définit comme tout enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), calculée à partir du premier jour des dernières règles(1).

Selon l'OMS, il existe deux types de prématurités : la prématurité spontanée qui est la conséquence d'un déclenchement inopiné du travail et la prématurité induite où le déclenchement du travail résulte d'une décision médicale active (2).

Selon l'OMS, il existe trois sous-catégories : la prématurité extrême (moins de 28 SA), la grande prématurité (entre 28 et 32 SA+6 jours), la prématurité moyenne, voire tardive (entre 33 et 36 SA+6 jours) (9).

1.2 Épidémiologie

Selon l'OMS, on compte 9,6% de naissances pré-terme, dont environ ; 85% en Afrique et en Asie. En Europe, il est de 6,2% (3).

Les naissances avant terme sont relativement plus élevées dans certains pays africains : 16,2 % au Congo et 16,7 % au Bénin, 11,1% au Togo(4).

Au Maroc et au Maghreb, elle varie entre 6 et 9%(7,10).

1.3 Facteurs de risques de la prématurité

De nombreux facteurs identifiables en période péri-conceptionnelle sont associés au risque de prématurité, essentiellement des facteurs maternels (sociodémographiques, obstétricaux, psychologiques, génétiques), mais également des facteurs paternels et environnementaux ; dont nous en citerons quelques-uns.

1.3.1 Facteurs sociodémographiques (11)

- Age maternel < 18 ans ou > 35 ans
- Bas niveau socio-économique
- Travail pénible, trajets longs

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- Grossesses rapprochées
- Tabagismes, toxicomanie

1.3.2 Obstétricaux (11)

- ATCD d'accouchement prématuré
- ATCD de fausses couches précoces et tardives
- Malformations utérines
- Fibromes
- Synéchies
- Assistance médicale à la procréation

1.3.3 Facteurs psychologiques (12)

Il pourrait y avoir une relation entre les expériences négatives de l'enfance et/ou l'existence de symptômes dépressifs préalables à la grossesse et la prématurité, mais la littérature est peu étayée et ces résultats doivent être confirmés ; par ailleurs, les troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété et le stress maternel pendant la grossesse sont associés au risque global de prématurité.

1.3.4 Facteurs génétiques [10]

La part génétique/épigénétique dans la durée de la gestation pourrait être d'environ 25 à 40 %. Les mécanismes sont mal élucidés ; ils impliquent probablement des polymorphismes génétiques et des facteurs épigénétiques dans le génome maternel et fœtal.

1.4 Particularités du nouveau-né prématuré

La croissance du fœtus se fait principalement pendant les 8 dernières semaines de la grossesse. Pendant les 32 premières semaines, il acquiert 1/3 de son poids total et les 2/3 restants durant les 8 dernières. Il en est de même pour la maturation des organes du fœtus qui nécessitent les 8 dernières semaines pour compléter leur développement.

Ces bébés peuvent souffrir d'effets à long terme ; mais il est impossible de prévoir leur futur dénouement clinique sur la base de l'âge gestationnel ou du poids à la naissance. Plus le nouveau-né est petit et immature, plus les risques de maladies seront élevés. Les systèmes respiratoire, nerveux, digestif, rénal, immunologique et de la vision pourraient être compromis, le système respiratoire étant l'un des plus affectés (13).

Deux faits physiologiques caractérisent le nouveau-né prématuré : (14)

De là découlent les risques auxquels le prématuré est exposé

- L'absence de réserves énergétiques
- L'immaturité des grandes fonctions vitales.

1.4.1 Absence des réserves énergétiques

C'est surtout au cours du dernier trimestre de la grossesse que le fœtus emmagasine de nombreuses réserves énergétiques telles que : le glycogène, les lipides et les oligoéléments.

La naissance prématurée expose donc le prématuré à des risques de complications en rapport avec cette absence de réserves énergétiques.

1.4.2 Immaturité des grandes fonctions

Le prématuré est un être fragile, toutes ses grandes fonctions sont immatures. Ce sont : les fonctions de régulation thermique, respiratoire, hépatique, cardio-vasculaire, digestive, rénale et les systèmes nerveux et immunitaire. Cet état le rend extrêmement vulnérable et sujet à des complications.

1.4.2.1 Contrôle thermique

Le prématuré est hypothermique. En effet, le débit circulatoire est diminué, la respiration faible et il y a peu de combustion d'oxygène.

De plus, l'activité musculaire est ralentie.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Par ailleurs, il n'y a pas de pannicule adipeux sous-cutané, et le centre thermorégulateur est immature.

Il est donc indispensable de maintenir un réchauffement externe convenable.

1.4.2.2 Système respiratoire

Le développement pulmonaire dépend de l'âge de la gestation. La transformation s'effectuera entre la 26^{ème} et la 36^{ème} SA où les capillaires sont alors bien individualisés.

Le surfactant est sécrété dès la 20^{ème} semaine, il apparaît dans le liquide qui distend les futurs espaces aériens dès la 26^{ème} semaine et peut passer dans le LA dont la teneur en phospholipides est un indice de maturité pulmonaire.

Sa sécrétion diminue avec le froid, l'anoxie et augmente avec la chaleur et l'humidité.

Le surfactant a un turnover rapide et pour survivre ; le nouveau-né doit être capable de le renouveler. Pour cela, il est nécessaire que les systèmes enzymatiques aient atteint un degré de maturité suffisant.

En l'absence d'un taux suffisant de surfactant, on assistera chez le grand prématuré à un défaut de déplissement alvéolaire et à la constitution d'une MMH venant gêner considérablement l'hématose et entraînant donc une anoxie.

Au point de vue mécanique respiratoire, seul le diaphragme assure les mouvements respiratoires ce qui explique l'impressionnant affaissement du sternum lors de l'inspiration.

L'apnée peut apparaître et induire une cyanose périphérique.

Toutes ces conditions s'intriquent et font de l'anoxie le péril majeur à la naissance et dès les premières heures.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Il faut maintenir les voies aériennes perméables, aider la ventilation pulmonaire (l'oxygénothérapie devra être contrôlée sans dépasser une concentration de 40 %).

1.4.2.3 Système circulatoire

Le cœur est gros, siège d'extrasystoles ; à l'auscultation, on retrouve souvent des souffles liés à la non-oblitération des orifices fœtaux (trou de Botal-canal artériel).

La circulation périphérique est peu développée.

La paroi des vaisseaux est fragile, d'où la fréquence des hémorragies (surtout au niveau du cerveau, méninges, poumons).

Les vaisseaux rétiniens sont particulièrement exposés, ce qui explique la possibilité de survenue d'une fibroplasie rétrolentale après une PaO₂ excessive.

La diminution du taux des protéines circulantes, à savoir albumine et globuline, explique la tendance à l'infection du prématuré (d'où les précautions d'asepsie et d'antibiothérapie éventuelle).

1.4.2.4 Système nerveux

Ses fonctions sont immatures car les circonvolutions sont à peine ébauchées avec une vascularisation pauvre, par ailleurs les fibres nerveuses ont une myélinisation incomplète.

1.4.2.5 Système immunitaire

Le prématuré n'est pas protégé contre les germes pathogènes, car les anticorps maternels ne sont souvent pas encore transmis ou alors à des taux faibles expliquant les infections, qui peuvent devenir gravissimes chez le prématuré.

1.4.2.6 Fonction hépatique

L'immaturation du foie explique l'ictère dû à l'hémolyse physiologique par une mauvaise glycurono-conjugaison.

Les facteurs de coagulation sont diminués favorisant le syndrome hémorragique.

1.4.2.7 Fonction rénale

Le rein du prématuré présente des troubles tubulaires avec tendance à l'acidose accrue par l'anoxie et le jeûne, et retient tout excès de sodium.

1.5 Diagnostics (15)

1.5.1 Clinique

On différencie un bébé prématuré d'un bébé à terme grâce aux caractéristiques suivantes :

- Grosse tête, faible poids à la naissance (< 2,5kg) et masse musculaire très pauvre.
- Peau lisse, fine, brillante et presque translucide où l'on peut facilement distinguer certaines veines et artères.
- Cartilage de l'oreille doux et flexible.
- Paumes des mains et plantes des pieds rouges et peu de plis.
- Présence d'un duvet sur le corps (lanugo).
- Basse température corporelle.
- Problèmes pour respirer dus aux poumons immatures et risque d'hémorragie pulmonaire.
- Pleurs faibles.
- Jaunisse du nouveau-né et risque d'hypoglycémie.
- Succion et déglutition faibles.
- Organes génitaux peu développés : grand clitoris chez les petites filles et petit scrotum chez les garçons.

1.5.2 Les moyens diagnostiques

La détermination courante de l'âge gestationnel d'un nouveau-né repose sur 3 ordres de critères : chronologiques, morphologiques et neurologiques.

1.5.2.1 La date des dernières règles

La date des dernières règles (DDR) de la parturiente est un élément essentiel. La DDR si elle est connue, permet de situer exactement l'âge de la grossesse. Malheureusement, elle est parfois inconnue et/ou est sujette de plus à de nombreuses causes d'erreur comme les métrorragies simulant des règles en début de grossesse, les cycles irréguliers, le retour de couches, la fécondation intervenue au cours du cycle suivant les règles de privation d'une contraception oestroprogestative.

1.5.2.2 Échographie Obstétricale précoce

L'échographie précoce précise la date de début de la grossesse

A 3-5 jours près entre la 7ème, la 8ème et la 12ème semaine d'aménorrhée (par mesure de la longueur crânio-caudale de l'embryon, corrélée au diamètre bipariétal à partir de 10 SA, date à laquelle : longueur crânio-caudale = 30 mm et bipariétale = 10 mm),

A 7-10 jours près entre la 12ème et la 19ème semaine (par mesure du diamètre bipariétal et de la longueur du fémur) ; cette datation échographique est plus aléatoire après 20 SA.

1.5.2.3 Score de FAAR

Le critère morphologique : L'examen du nouveau-né permet de définir plusieurs critères morphologiques. Plusieurs échelles ou tests comportent divers critères morphologiques pour déterminer l'âge gestationnel (échelle de Fins rom ou score de Ballard, score de Dubowitz ...).

Les critères établis par Valérie FARR et NELIGAN en 1966 sont très connus de nos jours (15) avec le score de FARR pour évaluer la prématurité ou non d'un nouveau-né.

Tableau I: Critères morphologiques de maturation selon FAAR (16)

Œdème	Œdème sur mains et pieds Godet+sur tibia	Pas d'œdème mains et pieds Godet+sur le tibia	Pas d'œdème		
Qualité et texture de la peau	Très fine : gélatineuse	Fine et douce, sans épaisseur	Douce, épaisseur moyenne, desquamation superficielle	Épaisseur plus marquée Fentes superficielles, desquamations surtout mains et pieds	Épaisse comme parchemin Fentes superficielles et profondes
Couleur de la peau	Rouge foncé	Rouge uniforme	Rose, variable d'un point à l'autre du corps	Pâle, rouge seulement sur oreilles, lèvres, plante des pieds et paume	
Transparence de la peau (tronc)	Nombreuses veines nettement vues sur l'abdomen	Quelques veines collatérales visibles	Quelques larges vaisseaux visibles sur l'abdomen	Quelques larges vaisseaux devinés sur l'abdomen	Pas de vaisseaux
Lanugo (dos)	Pas de lanugo	Abondant, long et épais sur tout le dos	Lanugo plus fin, particulièrement bas	Petite quantité de lanugo, et	Minimum de 1/2 du dos sans lanugo

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

			du dos	territoire dépourvu	
Plissement plantaire		Ebauche+/- rouge sur la 1/2 ant.	Ebauche rouge sur plus de la 1/2 ant. Plissement profond sur le 1/3 ant.	Plissement profond sur plus du tiers ant.	Plissement profond sur la totalité de la plante
Mamelon	Juste visible, pas d'aréole	Bien visible, aréole douce, plane $\varnothing < 0,7\text{cm}$	Aréole pointillée, plate $\varnothing = 0,7\text{cm}$	Aréole pointillée, bord surélevé $\varnothing > 0,7\text{cm}$	
Tissu glandulaire mammaire	Pas de tissu ganglionnaire	Tissu présent 1 ou 2 côtés $\varnothing < 0,5\text{cm}$	Tissu présent des 2 côtés $\varnothing = 0,5 \text{ à } 1\text{cm}$	Tissu présent des 2 côtés $\varnothing > 1\text{cm}$	
Forme de l'oreille	Pavillon plat sans forme Peu ou pas de bord incurvé	Incurvation ébauchée de l'hélix	Incurvation sur la partie supérieure du pavillon. Hélix bien formé	Forme bien établie de la partie supérieure du pavillon. Tragus et antitragus nets	
Consistance de l'oreille	Pavillon mou, se laisse facilement plier. Pas de retour	Pavillon mou, se laisse facilement	Cartilage jusqu'au bord de l'oreille, mais mou par places. Retour facile	Pavillon formé, cartilage jusqu'au bord. Retour immédiat	

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

		Plier. Ebauche de retour			
Génital masculin	Pas de testicule descendu	Au moins un testicule à l'entrée des bourses	Au moins un testicule au fond des bourses		
Génital féminin les cuisses en abduction	Gdes lèvres largement séparées, ne recouvrant pas les petites	Gdes lèvres recouvrent presque les petites	Gdes lèvres recouvrant complètement les petites		
SCORE	0	1	2	3	4

Tableau II: Interprétation du score de FAAR (16)

Score	Age gestationnel (en semaines)	Score	Age gestationnel (en semaines)	Score	Age gestationnel (en semaines)
5	28,1	15	35	25	40,3
6	29	16	36,5	26	40,6
7	29,9	17	37,1	27	40,8
8	30,8	18	37,6	28	41
9	31	19	38,1	29	41,1
10	32,4	20	38,5	30	41,2

11	33,2	21	39	31	41,3
12	33,5	22	39,4	32	41,4
13	34	23	39,7	33	41,4
14	34,5	24	40	34	41,4

1.5.2.4 Score de Ballard

Le nouveau score de Ballard développé par la Dr Jeanne Ballard est une méthode utilisée par les médecins en néonatalogie afin de déterminer l'âge gestationnel du nouveau-né. Ce score est un ensemble de procédures basé sur les changements neuromusculaires et physique du bébé selon sa maturité.

1.6 Etiologies

1.6.1 L'accouchement prématuré spontané

❖ Causes ovulaires

- Grossesses multiples
- Malformations
- Hydramnios

❖ Causes maternelles

- Infections
- Fibrome
- Béance cervico-isthmique
- Synéchies

1.6.2 L'accouchement prématuré induit

- Hypertension artérielle
- HRP
- Diabète

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- Placenta prævia
- Hémorragique
- Auto-immunisation rhésus

1.7 Risques et conséquences (17)

Les complications qui surviennent les premiers jours et les premières semaines de vie sont d'autant plus fréquentes que la prématurité est grande. Elles sont d'ordre respiratoire, hémodynamique, digestif, infectieux, métabolique et neurologique.

A long terme, les grands prématurés ont significativement plus de problèmes de santé durant les premières années de vie que les enfants nés à terme. Le taux de réhospitalisation la première année est d'ailleurs 4 fois plus élevé que chez les bébés à terme. Ce phénomène fait toutefois intervenir d'autres critères tel le stress maternel, la précarité sociale.

Tableau III: Risques et conséquences de la prématurité (11)

Caractéristiques du prématuré	Conséquences pathologiques
Absence de réserves	Hypothermie Hypoglycémie Hypocalcémie
Immaturité respiratoire	Apnée MMH
Immaturité hépatique	Ictère Risque de toxicité des médicaments
Diminution des défenses anti-infectieuse	Infections

Immaturité digestive	RGO, ECUN, Risque de fausse route alimentaire
Immaturité rénale	Risque de déshydratation Risque de toxicité des médicaments
Immaturité cardio-vasculaire	Persistance du canal artériel
Immaturité cérébrale	Hémorragie intra-ventriculaire Ischémie péri-ventriculaire
Immaturité rétinienne	Rétinopathie

1.8 Complications de la prématurité : (18)

Elles sont d'autant plus sévères que l'AG et le PN sont plus petits. On distingue :

- Les complications immédiates au cours des premières 24 heures ;
- Les complications à court terme : jusqu'au 10e -15e jour ;
- Les complications à long terme

1.8.1 Complications immédiates

Elles concernent entre autres:

❖ Souffrances Fœtales Aiguës (SFA)

Elles sont cliniquement marquées par :

- Un score d'Apgar inférieur 7 à la 1ère, 5è ou 10èminute ;
- Une bradycardie et ou une tachycardie ;
- Hypotonie ou hypertonie généralisée ;
- Une absence de réflexes archaïques ;
- Des convulsions et ou un Coma.
- L'hypothermie ;

Biologiquement, les gaz du sang montrent une acidose.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

La biologie peut noter également : une hypoglycémie, une hypocalcémie et un trouble de l'hémostase (non spécifique d'une SFA). }

❖ **Détresses Respiratoires aiguës**

Elles sont marquées cliniquement par une dyspnée respiratoire avec des signes de lutte respiratoire appréciés par le score de Silverman et aussi par des apnées.

Sur le plan biologique, on note un trouble métabolique que l'on peut apprécier par un ionogramme sanguin.

Les principales causes des détresses respiratoires aiguës sont :

- la maladie des membranes hyalines (MMH) ;
- une inhalation du liquide amniotique ;
- un retard de résorption du liquide alvéolaire ;
- une hémorragie pulmonaire ;
- l'immaturité des centres respiratoires ;
- une cardiopathie congénitale ;
- une hypoglycémie avec acidose ;
- la faiblesse de la cage thoracique ;
- les infections.

❖ **Dysrégulation thermique**

L'immaturité de la thermorégulation en est la cause. Elle rend difficile l'équilibre entre les apports et les dépenses caloriques. La thermogenèse est faible du fait de l'insuffisance des réserves en glycogènes, en acides gras et de la panicule adipeuse. Le prématuré est exposé à une hypothermie avec risque d'acidose métabolique et

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

d'hémorragie cérébrale. Une température de 35°C est pathologique. A moins 34°C il y'a des lésions cérébrales parfois irréversibles. Pour prévenir l'hypothermie, le prématuré doit être réchauffé en salle d'accouchement et mis en incubateur.

❖ Les troubles métaboliques

Ce sont :

- **Hypoglycémie**

En période néonatale, une glycémie inférieure à 0,30 g/l (1,6 mmol/l) dans les trois (3) premiers jours, ou inférieure à 0,40 g/l (2,2 mmol/l) après trois (3) jours est pathologique quel que soit l'âge gestationnel et le poids de naissance. L'hypoglycémie se manifeste par une instabilité, une somnolence, des convulsions, un coma, une cyanose ou des apnées. Elle peut aussi être asymptomatique d'où la nécessité de sa recherche systématique par des bandelettes réactives. Une alimentation précoce permet de prévenir l'hypoglycémie.

Quant à sa prise en charge thérapeutique, on utilise du sérum glucosé hypertonique à 10 ou 30 % à la dose de 2 à 3 ml en intraveineuse ; ou du glucagon à la dose de 0,5 à 1 mg en sous-cutané.

- **Hypocalcémie**

On parle d'hypocalcémie quand la calcémie est inférieure à 70 mg. Elle se manifeste par des trémulations, une agitation, une apnée, des convulsions. Parfois elle est asymptomatique d'où la nécessité d'un dépistage systématique. L'administration systématique du calcium (Ca²⁺) à la dose de 45-50 mg /Kg /j permet de prévenir l'hypocalcémie.

- **Acidose métabolique**

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

On parle d'acidose quand le pH sanguin est inférieur à 7,25. Devant une situation d'acidose métabolique on utilise du sérum bicarbonaté à 42 pour mille à la dose de 2 mEq/Kg (soit 4 ml Kg) en intraveineuse lente.

- **Autres troubles métaboliques**

Ce sont l'hypomagnésémie et l'hyponatrémie

L'ensemble de ces troubles métaboliques explique l'importance de l'utilisation des électrolytes en période néonatale.

- ❖ **Les infections**

Elles peuvent être la cause de la prématurité, elles sont alors materno-foetales.

Elles peuvent survenir après l'accouchement par manque d'asepsie. Leur gravité est liée à l'immaturité de la défense immunitaire (la fragilité de la peau et des muqueuses, l'immaturité de la synthèse d'Ig A, le déficit de la fraction C3 du complément).

Les germes le plus souvent en cause sont : les bacilles à gram négatif, les streptocoques, les *Listéria*, les virus de la rubéole et les toxoplasmes.

Sur le plan clinique, tout signe anormal chez un (nouveau-né) prématuré doit faire évoquer une infection.

En cas de suspicion d'une infection néonatale, le nouveau-né doit bénéficier de prélèvements périphériques, au niveau des orifices naturels et des prélèvements centraux (sang et liquide céphalo-rachidien) pour des recherches bactériologiques. Une double, voire triple antibiothérapie par voie veineuse doit être immédiatement entreprise. Ce traitement sera réajusté en fonction des résultats bactériologiques et de l'antibiogramme.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Le traitement antibiotique doit durer 7 à 10 jours, voire 21 jours en fonction du siège ou du germe.

1.8.2 Complications à court terme

Les complications déjà citées peuvent s'y retrouver ; mais ce sont les apnées, les ictères, les syndromes hémorragiques, les troubles alimentaires qui dominent cette période.

✓ Apnées du prématuré

Elles sont pathologiques si l'arrêt dure plus de 20 secondes. Elles s'accompagnent de cyanose et de bradycardie. Elles sont à différencier des pauses respiratoires qui sont de courte durée et sans retentissement cardio-respiratoire.

On peut les prévenir par des stimulations cutanées et par l'utilisation des matelas pulsés. Quant à leur traitement on utilise :

- la caféine à la dose de : 4mg/Kg/j ;
- la ventilation artificielle et l'oxygénothérapie.

✓ Ictères

Ils surviennent chez 80 % des prématurés. Ils sont liés à l'immaturité hépatique qui se traduit par l'insuffisance de synthèse de l'albumine et du glycuronyltransférase. Le risque majeur est la fixation de la bilirubine libre sur les noyaux gris centraux entraînant l'ictère nucléaire.

Le traitement repose sur :

- la photothérapie ;
- la perfusion d'albumine ;
- le phénobarbital ;

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- l'exsanguino-transfusion

✓ **Syndromes hémorragiques**

Ils sont liés à l'insuffisance de la synthèse des facteurs de la coagulation vitamine K dépendant par immaturité hépatique et aussi à la fragilité vasculaire du prématuré.

Les plus fréquentes sont les hémorragies digestives et les hémorragies méningées. Leur prise en charge thérapeutique repose sur l'administration de la vitamine K1 : 5 à 10 mg /j pendant 3 jours.

✓ **Œdèmes et la déshydratation**

Ils font suite à une diminution de la filtration glomérulaire puis à l'insuffisance de la réabsorption tubulaire liée à l'immaturité rénale du prématuré.

✓ **Problèmes nutritionnels**

Les besoins du prématuré sont élevés : 150-200 calories/Kg/jour.

La particularité de l'alimentation du prématuré est qu'elle doit être précoce et fractionnée, avec une surveillance des résidus gastriques, des selles, de l'abdomen et du poids.

Le risque majeur est l'entérocolite ulcéro-nécrosante dont les signes sont :

- résidus gastriques importants ;
- selles glairo-sanguinolantes ou afécales ;
- abdomen météorisé, avec des crépitations neigeuses.

La radiographie de l'abdomen sans préparation confirme le diagnostic en objectivant une pneumatose intestinale. Devant un cas d'entérocolite ulcéro-nécrosante, il faut suspendre l'alimentation orale et instituer une alimentation parentérale. L'aspiration

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

gastrique et duodénale, la correction d'un collapsus éventuel et l'antibiothérapie, complètent le traitement

1.8.3 Complications à long terme

✓ Croissance staturo-pondérale

Si la prise de poids est bonne, le prématuré acquiert rapidement un poids suffisant la première année. Mais il peut avoir un retard pondéral chez les prématurés hypotrophes à la naissance.

✓ Complications neurologiques et psychomotrices

La prématurité est responsable d'un grand nombre d'infirmités telles que :

- Les hémiplésies infantiles ;
- Les diplésies de Little ;
- La dyskinésie athétosique ;
- Les déficits visuels par rétinopathie lenticulaire du prématuré

✓ Complication respiratoire tardive

C'est le syndrome de Mikity Wilson ou insuffisance respiratoire chronique. Ce syndrome est lié à une oxygénothérapie prolongée.

✓ Complications psychoaffectives

Elles sont liées au séjour prolongé en milieu hospitalier (rupture avec la mère).

1.9 Prise en charge : (19)

1.9.1 A la naissance

Il est nécessaire d'avoir :

- Un néonatalogue

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- Un médecin responsable de la ventilation
- Un médecin responsable de l'accès vasculaire
- Une à deux infirmières responsables de l'équipement
- Un système de monitoring
- Une protection thermique et infectieuse

La naissance doit se faire de manière rapide et organisée au vu de la situation d'urgence que présente la naissance d'un bébé prématuré qui se trouve être très fragilisé dans les premiers mois de sa vie. Ceci explique l'important dispositif tant matériel qu'humain qui entoure l'arrivée du chérubin.

La présente liste doit être vue comme une description non exhaustive des divers moyens mis en œuvre pour garantir la survie d'un prématuré :

- Une couveuse (isolette) à oxygénation et température constante. Celle-ci pouvant être aussi muni d'hublot permettant d'effectuer les soins dans un maximum d'asepsie.
- Une sonde gastrique qui permettra d'alimenter le tout petit soit de manière continue (s'il est hypoglycémique ou de très petits poids) ou discontinue (environ toutes les 3 heures).
- Un système de réanimation respiratoire
- Une CPAP nasal
- Une lunette à oxygène
- Un saturomètre
- L'alimentation : à base de lait maternelle enrichi en protéines et en Ca^{2+} ou en utilisant du lait artificiel. Un ajout de vitamines ADEC, acide folique. N.B : si l'enfant a été victime lors de sa naissance d'une défaillance respiratoire, il sera nourri par voie intra-veineuse.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- Une photothérapie, consistante en une exposition du nouveau-né à une lumière bleue.
- Un monitoring cardio-pulmonaire.
- Un appareil enregistreur munis d'une alarme contrôlant les fonctions respiratoires, cardiaques et thermiques.
- De nombreux tests (glycémie, observations des selles, des résidus gastriques, de la numération formule sanguine, de la bilirubinémie NFS)

1.9.2 Soins du prématuré(11)

Les soins sont habituellement assurés dans un service de pédiatrie néonatale ou dans certaines maternités avec une structure médicalisée pouvant prendre en charge des prématurés de plus de 34-35 SA à faible risque. Les soins comportent :

- le maintien en incubateur ;
- tous les soins doivent être faits avec une asepsie rigoureuse ;
- une alimentation précoce en gavage discontinu toute les trois heures ou continu si l'enfant est très petit ou hypoglycémique. On utilise de préférence le lait maternel enrichi en calcium et en protides ou le lait artificiel pour prématuré. Les besoins initiaux sont de 60 à 80 ml/kg et atteignent 180 à 200 ml/kg vers le 10e jour. Une supplémentation en vitamine AD EC et en acide folique est nécessaire. Il en est de même d'une antibiothérapie s'il existe un critère infectieux ou un accouchement prématuré non expliqué.

1.9.3 Surveillance

Elle repose sur :

- les paramètres cliniques : état respiratoire et hémodynamique surtout dans les premières heures, mesure régulière de la température, observation des selles et des résidus gastriques, examen clinique quotidien ou biquotidien ;

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- les paramètres biologiques : glycémie à la bandelette avant chaque gavage, vérification de la calcémie à H24 ; contrôle régulière de la NFS car la constitution d'anémie est fréquente ; dosage de la bilirubinémie et mise sous photothérapie précoce en cas d'ictère. Il faut préserver les relations parents enfants (11).

1.9.4 Méthode Mère Kangourou

1.9.4.1 Historique(19)

En 1979 en Colombie, deux médecins de Bogota créent la « méthode Kangourou ». Celle-ci permet aux bébés stables, sans indications particulières de poids, d'aller dans les bras de leurs parents. Cette méthode particulière implique le contact peau à peau de la mère ou du père avec son bébé, le parent jouant dès lors un rôle « d'incubateur humain » pour quelques heures. Cette méthode a plusieurs avantages. Premièrement, elle permet d'établir un lien précoce entre les parents et l'enfant, de favoriser l'attachement réciproque. En plus de ses bienfaits affectifs, la méthode Kangourou permet également de diminuer le taux de mortalité et d'infection des bébés prématurés ; on constate aussi une prise de poids plus rapide chez les bébés bénéficiant de ce contact rapproché avec leurs parents. Il a été constaté que le bébé respire mieux dans cette position semi-verticale, que ses rythmes respiratoire et cardiaque sont plus réguliers et que le contact avec son père ou sa mère favorise l'éveil de ses sens. Il ne s'agit là d'ailleurs que de quelques bienfaits par rapport à tous ceux ayant été observés... Pour les parents, cette méthode permet de diminuer le sentiment de frustration dû au manque de contact physique avec leur bébé. Par ailleurs, la position et le contact peau à peau renforcent le sentiment d'être le père ou la mère de ce petit être, il y a une intimité qui s'installe entre eux, dans des services où celle-ci est souvent difficile à trouver... Pour la mère, la méthode Kangourou favorise encore la production de lait. Tous ces bienfaits font que cette méthode a été reconnue en 1983 par l'Unicef (19).

1.9.4.2 Principe (20)

La méthode kangourou ou technique mère kangourou est un programme facile et efficace pour élever un PPN et/ou prématuré Elle consiste à placer le bébé en contact peau à peau sur la poitrine de sa mère 24h/24 à la manière d'un marsupial comme le kangourou dont les portées naissent avant la fin de la gestation, et à le surveiller de façon rigoureuse sur le plan clinique (20). La mère peut se faire aider par un membre de la famille.

Le programme comporte :

- ❖ Le port du bébé en peau à peau 24h/24
- ❖ La formation de la mère au cours de l'hospitalisation
- ❖ La préparation à une sortie précoce en contact peau à peau 24h/24 contre sa mère.
- ❖ Le suivi ambulatoire rigoureux où se poursuit la formation et où peuvent être détectées des déviations du développement somatique, neurologique, visuel, et auditif.

1.10 Séquelles de la prématurité (19)

Les séquelles d'ordre neurologique font parties des grandes inquiétudes des parents ainsi que du corps médical et sont au centre de leurs préoccupations.

Les risques de séquelles sont d'autant plus élevés que l'âge gestationnel est bas. Ils concernent peu les enfants nés après 33 SA, dont 5% « seulement » sont exposés au risque de séquelles. En revanche les enfants nés avant 33 SA sont à très haut risque de développer séquelles et handicaps : près de 40% d'entre eux présentent des séquelles, dont 5% sont sévères, 9% modérées et 25% légères.

A 31-32 semaines, environ 5% des anciens prématurés présentent des séquelles neurologiques, entre 28 et 31 semaines, ce chiffre passe entre 10 et 15% (avec la

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

moitié de ces enfants ayant un handicap sévère), et en-dessous de 28 semaines, la fréquence d'atteinte neurologique atteint entre 15 et 30%. A 23 semaines, entre 50 et 70 % auront des séquelles.

Les principales conséquences à long terme de la prématurité portent sur des difficultés motrices, respiratoires, cognitives, comportementales, psychologiques et sensorielles.

Comme expliqué précédemment, près de la moitié des infirmités motrices d'origine cérébrale touchent des anciens prématurés et leur fréquence est d'autant plus grande que l'âge gestationnel est bas. Cependant, beaucoup des séquelles visibles lors de l'enfance ne seront décelées que bien après la sortie du bébé de l'hôpital, le cerveau du nouveau-né n'achevant sa maturation que des années après sa naissance et possédant une grande plasticité.

Les séquelles sont entre autres

➤ Neuromotrices

- Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) : Déficit moteur d'origine cérébrale, secondaire à une lésion survenue durant la grossesse, en période néonatale ou durant la première année de vie

- Anomalie du tonus musculaire et de la posture : réflexes archaïques qui perdurent, certains membres peu utilisés, groupe musculaire mous ou raides

➤ Neurosensorielles

- Rétinopathie du prématuré et autres anomalies de la vision : anomalie de croissance de la rétine

- Surdité

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

➤ Neurocognitives

- Déficit intellectuel
- Retards et troubles du langage
- Troubles d'apprentissage

➤ Comportementales

- Hyperactivité
- Passivité
- Faible estime de soi
- Agitation motrice et impulsivité
- Phobies
- Comportements répétitifs ou d'auto-préjudice

➤ Respiratoires :

- Asthme

➤ Autres séquelles :

- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Epilepsie

1.11 Méthodes de prévention (21)

1.11.1 Médicales

- Réduction embryonnaire (FIV)

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- Examens prénataux réguliers : tension artérielle, toucher vaginal, monitoring fœtal, échographie abdominale et endovaginale, dosages sanguins
- Administration de tocolytiques en cas de contractions
- Cerclage du col de l'utérus
- Écoute des plaintes de la mère

1.11.2 Comportementales et sociales

- Alimentation équilibrée
- Repos en cas de menace d'accouchement : aménagement du temps de travail, diminution des activités physiques (sport, tâches ménagères, ...)
- Diminution des déplacements en voiture surtout en présence de contractions ou après 28 semaines
- Diminution des relations sexuelles en cas de contractions
- Connaissance des signes de travail pré-terme (contractions douloureuses) et des facteurs de risque
- Possibilité de contacter un médecin ou la maternité à tout moment
- Assistance aux parents en situation socio-économique difficile
- Planning familial

1.12 Pronostic (16)

1.12.1 Mortalité néonatale

Les causes de ces décès sont dominées par (Castaigne et coll., 2005) :

- Les détresses respiratoires, surtout lorsque la prématurité est induite
- Les hémorragies cérébrales notamment dans les contextes de prématurité spontanée

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- Les infections

Grâce à l'optimisation de la prise en charge materno-fœtale, la survie des nouveaux nés prématurés est en augmentation. Le taux de survie reste avant tout dépendant du terme de naissance (*Larroque et coll.*, 2004) :

Les naissances entre 35 et 37 semaines (prématurité faible) n'engagent pas le pronostic vital et ont un taux de survie de 100%

Notons que le pourcentage de survie chez les prématurés est largement moindre dans les pays en développement (*Koko et coll.*, 2002).

1.12.2 Morbidité

A court terme Les complications qui surviennent les premiers jours et les premières semaines de vie sont d'autant plus fréquentes que la prématurité est grande. Elles sont d'ordre respiratoire, hémodynamique, digestif, infectieux, métabolique et neurologique.

2 Méthodologie

2.1 Cadre et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'Hôpital du Mali.

Le service de pédiatrie de l'Hôpital du Mali est composé de trois unités : une unité de néonatalogie, une unité de pédiatrie générale et une unité d'urgences pédiatriques.

- L'unité de néonatalogie a une capacité de 29 lits. Elle est équipée de 2 appareils de photothérapie, 2 couveuses et 2 tables chauffantes, 1 bilirubinomètre, 12 prises d'oxygène avec barboteur, 1 aspirateur et lambu, d'un pèse-bébé et d'une toise. Le personnel de la néonatalogie est composé 9 agents : 1 pédiatre néonatalogiste, 1 pédiatre généraliste, 1 infirmière d'état, 1 technicienne de santé, 1 infirmière obstétricienne et 4 étudiants inscrits en thèse de médecine.

- L'unité de pédiatrie générale a une capacité totale d'accueil de 28 lits. Elle est équipée des prises d'oxygène, d'un aspirateur chirurgical, d'un saturomètre pour enfant, d'un appareil à tension, d'un glucomètre, d'un pèse-personne et d'une toise. Les ressources humaines sont composées de : trois pédiatres, deux médecins généralistes à tendance pédiatrique, deux assistants médicaux (en santé publique et en ORL), deux techniciens supérieurs de santé, deux infirmières obstétriciennes, une aide-soignante, une technicienne de surface et deux gardiens manœuvres.

- L'unité d'urgences pédiatriques est incorporée dans l'unité de pédiatrie générale composées de 2 boxes.

Le service de pédiatrie accueille les enfants malades en permanence avec une équipe de jour et de nuit.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

2.2 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022.

2.3 Population d'étude

Tous les nouveau-nés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie durant la période d'étude.

2.3.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus :

- Tous les nouveau-nés prématurés hospitalisés pendant la période d'étude.

2.3.2 Critères de non inclusion

Les nouveau-nés prématurés non hospitalisés

2.3.3 Echantillonnage

Notre étude a concerné tous les nouveau-nés prématurés admis en néonatalogie pour une hospitalisation au service de pédiatrie de l'hôpital du Mali.

2.4 Collecte et analyse des données

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux.

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel SPSS Statistique 20.

L'analyse des données a consisté à une description de la population d'étude. Les variables qualitatives ont été exprimées en proportion et les variables quantitatives en moyenne et en écart type.

2.5 Variables

2.5.1 Caractéristiques sociodémographiques

2.5.1.1 Profil des nouveau-nés

- ✓ Sexe
- ✓ Age
- ✓ Résidence

2.5.1.2 Profil du père

- ✓ Age
- ✓ Profession

2.5.1.3 Profil de la mère

- ✓ Age
- ✓ Profession
- ✓ Statut matrimonial

2.5.2 Caractéristiques cliniques des mères des prématurés

2.5.2.1 Paramètres obstétricaux

- ✓ ATCD
- ✓ Parité
- ✓ ATCD de prématurité
- ✓ Intervalle inter génésique

2.5.2.2 Déroulement de la Grossesse

- ✓ Nombre de CPN
- ✓ Date des dernières règles
- ✓ Echographie Obstétricale
- ✓ VAT
- ✓ Sérologie HIV
- ✓ Sérologie : BW
- ✓ Toxo

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- ✓ Rubéole

2.5.2.3 Risque infectieux maternel

- ✓ ECBU
- ✓ FV
- ✓ Grossesse multiple

2.5.2.4 Circonstance de l'accouchement

- ✓ Rupture précoce de membrane
- ✓ Aspect du liquide amniotique
- ✓ Durée du travail

2.5.2.5 Voie d'accouchement

- ✓ Voie basse
- ✓ Césarienne

2.5.2.6 Moyens de transport utilisé

2.5.2.7 Motifs de consultation

2.5.2.8 Motifs d'hospitalisation

2.5.3 Caractéristiques cliniques des prématurés

2.5.3.1 Examen physique d'entrée

- ✓ Poids
- ✓ Taille
- ✓ PC
- ✓ Température
- ✓ Age gestationnel
- ✓ Selon DDR
- ✓ Selon l'échographie précoce
- ✓ Selon FAAR
- ✓ Trophicité

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

2.5.3.2 Examen physique : appareil

2.5.4 Diagnostic

2.5.5 Devenir

2.6 Aspects éthiques

Un consentement éclairé des parents des prématurées a été obtenu avant la mise en œuvre de l'étude. Les données ont été collectées de façon anonyme, ce qui a garanti la confidentialité.

3 Résultats

Fréquence

Durant la période d'étude, 494 nouveau-nés ont été hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali, parmi lesquels 77 prématurés soit une fréquence de 15,5%.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau IV: Répartition des prématurés selon la tranche d'âge des mères

Age des mères	Effectif	Pourcentage
Inferieur à 18ans	11	14,3
Entre 18-35ans	60	77,9
Supérieur à 35ans	2	2,6
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La tranche d'âge 18 – 35 ans a représentée 77,9% avec un âge minimal de 17ans et maximal de 45ans. L'âge moyen était de 26,8 ans.

Tableau V: Répartition des prématurés selon le niveau d'instruction des mères

Niveau d'instruction des mères	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	30	39,0
Primaire	17	22,1
Secondaire	25	32,5
Supérieur	1	1,3
Non précisé (Pouponnière)	4	5,1
Total	77	100,0

Les mères non scolarisées étaient majoritairement représentées soit 41%

Tableau VI: Répartition des prématurés selon le statut matrimonial des mères

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	71	97,2
Célibataire	1	1,3
Fiancée	1	1,3
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La majorité des mères était mariée dans **97,2%** des cas

Tableau VII: Répartition des prématurés selon la profession des mères

Profession des mères	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	58	72,7
Fonctionnaire	2	2,6
Ouvrière	2	2,6
Etudiante	7	9,1
Aide-ménagère	6	7,8
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

Les mères de nos prématurés étaient majoritairement des ménagères (femmes au foyer et aides ménagères) soit **72,7% ou 7,8%**.

Tableau VIII: Répartition des prématurés selon la profession des pères

Profession des pères	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	8	10,4
Commerçant	6	7,8
Agent de commerce	11	14,3
Paysan	6	7,8
Ouvrier	40	51,9
Etudiant	2	2,6
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La plupart des pères était des ouvriers **51,9%**.

Tableau IX: Répartition des prématurés selon la résidence des parents

Résidence	Effectif	Pourcentage
CI	3	3,9
CII	1	1,3
CV	3	3,9
CVI	30	39
Hors Bamako	40	51,9
Total	77	100,0

La majorité des parents des nouveau-nés prématurés habitait hors de la ville de Bamako soit **51,9%**.

Tableau X: Répartition des prématurés selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Cscom	13	16,9
CSRéf	11	14,3
Structure Privée	32	41,6
Domicile	13	16,9
Hôpital	5	6,5
Pouponnière	4	5,2
Total	77	100,0

Dans **41,6%** des cas, Les prématurés ont été référés par les structures privées

Tableau XI: Répartition des nouveau-nés selon le lieu de naissance

Lieu de naissance	Effectif	Pourcentage
Hôpital	6	7,8
Cs réf	10	13
Cscom	21	27,3
Structure Privée	34	44,2
Domicile	2	2,6
Autres	4	5,2
Total	77	100,0

Les structures privées ont été les lieux de naissance les représentés soit **44,2%**.

Tableau XII: Répartition des prématurés selon le moyen de transport

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance	9	11,6
Transport commun	43	55,8
Moto	9	11,7
Pieds	3	3,9
Véhicule Personnel	13	16,9
Total	77	100,0

Le transport en commun a été le moyen le plus utilisé soit 55,8%.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

3.2 Caractéristiques cliniques

3.2.1 ATCD obstétricaux maternels

Tableau XIII: Répartition des prématurés selon la parité des mères

ATCD obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Primipare	25	32,5
Pauci pare	23	29,9
Multipare	17	22,1
Grande Multipare	8	10,4
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La majorité des mères avait au plus trois enfants soit **62,4%**.

Tableau XIV: Répartition des prématurés selon l'ATCD de prématurité des mères

ATCD de prématurité	Effectif	Pourcentage
Oui	8	10,4
Non	65	84,4
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

Dans **10,4%** des cas, les mères avaient un ATCD de prématurité.

Tableau XV: Répartition selon l'intervalle inter génésique

Intervalle inter-génésique	Effectif	Pourcentage
≤ 2ans	48	62,3
> 2ans	25	32,4
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

Plus de **60%** des mères avaient un intervalle Inférieur à 2ans

Tableau XVI: Répartition des nnés selon la connaissance de la DDR par les mères

DDR	Effectif	Pourcentage
Connue	3	3,9
Inconnue	70	90,9
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

Dans 3,9% des cas, les mères n'avaient aucune idée sur la DDR.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

3.2.2 Bilan prénatal

Tableau XVII: Répartition des nnés selon le nombre de consultation prénatale (CPN)

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
Aucune	7	9,1
1 à 3	54	70,1
≥4	12	15,6
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

Dans **15,6%** des cas, les mères de nos prématurés avaient effectué au moins 4 CPN.

Tableau XVIII: Répartition des prématurés selon la réalisation de l'échographie du 1er trimestre par les mères

Echographie précoce	Effectif	Pourcentage
Oui	9	11,7
Non	64	83,1
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

Dans **11,7%** des cas, les mères des prématurés avaient réalisé une échographie au 1^{er} trimestre de la grossesse.

Tableau XIX: Répartition selon la sérologie HIV

Sérologie HIV	Effectif	Pourcentage
Négative	16	20,8
Non fait	57	74
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La sérologie HIV était non faite dans chez **74%** des mères

Tableau XX: Répartition selon la sérologie BW

Sérologie BW	Effectif	Pourcentage
Positive	1	1,3
Négative	15	19,5
Non fait	57	70
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La majorité des mères n'avait pas fait la sérologie BW soit **70%**.

Tableau XXI: Répartition selon la sérologie Rubéole

Sérologie Rubéole	Effectif	Pourcentage
Négative	13	16,9
Non fait	60	77,9
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La majorité des mères n'avait pas fait la sérologie rubéole soit **77,9 %**.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

3.2.3 Risque infectieux maternel

Tableau XXII: Répartition selon la présence de brûlures mictionnelles chez les mères

Brûlures mictionnelles	Effectif	Pourcentage
Oui	32	41,6
Non	41	53,2
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La brûlure mictionnelle était retrouvée chez **41,6%** des mères

Tableau XXIII: Répartition selon la présence de leucorrhée pathologique

Leucorrhée pathologique	Effectif	Pourcentage
Oui	38	48,1
Non	35	45,5
Non précisé	4	6,5
Total	77	100,0

La leucorrhée pathologique a été retrouvée chez majorité des mères soit **48,16%**.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Tableau XXIV: Répartition selon la présence de fièvre maternelle 72 heures avant l'accouchement

Fièvre maternelle	Effectif	Pourcentage
Oui	29	37,7
Non	44	57,1
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La fièvre maternelle 72 heures avant l'accouchement a été retrouvée chez **37,7** % des mères.

3.2.4 Déroulement de la grossesse

Tableau XXV: Répartition des nés selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Basse	67	87
Césarienne	6	7,8
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

La naissance par voie basse était beaucoup plus représentée, 87%.

Tableau XXVI: Répartition selon la durée du travail

Durée du travail	Effectif	Pourcentage
< 12heures	66	85,7
> 12heures	7	9,1
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

Chez 7 mères sur 77 la durée du travail était supérieure à 12 heures.

Tableau XXVII: Répartition selon le nombre de bébés issus de l'accouchement

Nombre de bébé	Effectif	Pourcentage
1	61	79,2
≥2	12	15,6
Non précisé	4	5,2
Total	77	100,0

Dans près de **80%** des cas la naissance était unique.

Tableau XXVIII: Répartition des prématurés selon le score d'Apgar

APGAR (Min)	Effectif	Pourcentage
7 à 10'	28	36,4
4 à 6'	1	1,3
≤3'	1	1,3
Non précisé	47	61
Total	77	100,0

Dans **61%** des cas le score de l'Apgar n'était pas connu.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

3.2.5 Aspects cliniques des prématurés

Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	44	57,1
Féminin	33	42,9
Total	77	100,0

Les garçons étaient plus représentés **44** contre **33** avec un sex ratio de **1,33**.

Tableau XXX: Répartition des nouveau-nés selon le poids à l'admission.

Poids	Effectif	Pourcentage
<1000g	3	3,9
1000 - 1500g	28	36,4
>1500g	48	62,3
Total	77	100,0

La majorité des prématurés avait un poids supérieur à 1500g soit 62,3% avec des extrêmes de 1120g et 1760 g. Le poids moyen était de 1436,3g.

Tableau XXXI: Répartition selon la trophicité

Trophicité	Effectif	Pourcentage
Eutrophique	7	9,1
Hypotrophie	70	90,9
Total	77	100,0

Plus de 90% de nos prématurés était hypotrophes.

Tableau XXXII: Répartition selon la température à l'admission

Température	Effectif	Pourcentage
32-33	20	25,9
34-35	34	44,2
36-37	23	29,9
Total	77	100,0

La plupart de nos prématurés était hypothermiques à l'admission soit 68,2%.

Tableau XXXIII: Répartition de l'âge gestationnel selon FAAR

Age gestationnel selon FAAR	Effectif	Pourcentage
[28-30SA+6jours]	9	11,7
[31-33 SA+6jours]	14	18,2
[34-36SA+6jours]	54	70,1
Total	77	100,0

Selon FARR la tranche d'âge majoritairement retrouvée était de [34-36SA+6jours] soit 70,1%.

Tableau XXXIV: Répartition des nouveau-nés selon l'outil d'évaluation de l'âge gestationnel

Outils d'évaluation	Effectif	Pourcentage
FARR	77	100
Echo ≤ 12SA	8	10,3
DDR	1	1,3

FARR a été le principal outil d'évaluation d'âge de naissance chez la totalité des prématurés 100%.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Tableau XXXV: Répartition des nouveau-nés prématurés selon le diagnostic

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Prématurité +INN	66	85,7
Prématurité +Anoxie+INN	4	5,1
Prématurité+Malformation*+INN	1	1,3
Prématurité simple	6	7,7
Prématurité+Malformation*	1	1,3
Total	77	100,0

Dans la très grande majorité la prématurité était associée à l'infection néonatale soit **92,1%**.

*Les deux cas des malformations retrouvés étaient : malformation anorectale et cardiopathie congénitale.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

3.3 Caractéristiques thérapeutiques

Tableau XXXVI: Répartition fonction de l'utilisation de la couveuse

Couveuse	Effectif	Pourcentage
Oui	26	34
Non	51	66
Total	77	100,0

Trente-quatre pour cent des nouveau-nés prématurés ont été mis dans la couveuse

Tableau XXXVII: Répartition selon la pratique de SMK

SMK	Effectif	Pourcentage
Oui	10	13
Non	67	87
Total	77	100,0

Treize pour cent de nos prématurés ont bénéficié du soin mère kangourou.

Tableau XXXVIII: Répartition selon le type d'antibiotique reçu

Type d'antibiotique	Effectif	Pourcentage
C3G+genta	60	77,9
C3G+genta+metro	11	14,3
Aucun	6	7,8
Total	77	100,0

C3G+genta a été utilisé chez 77,9% des prématurés.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Tableau XXXIX: Répartition selon l'utilisation du Sérum glucosé 10%.

Sérum glucosé 10%	Effectif	Pourcentage
Oui	77	100
Non	00	00
Total	77	100,0

La totalité (100%) des prématurés ont reçu le sérum glucosé.

Tableau XL: Répartition selon l'utilisation de la caféine

Caféine	Effectif	Pourcentage
Oui	42	54,5
Non	35	45,5
Total	77	100,0

La caféine a été administrée chez plus de 50 % des prématurés.

Tableau XLI: Répartition selon l'administration de la Vit K1 à l'admission

Vitamine K1	Effectif	Pourcentage
Oui	65	84,4
Non	12	15,6
Total	77	100,0

Quatre-vingt-quatre pour cent des nouveau-nés prématurés ont reçu de la vit K1 à l'admission.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Tableau XLII: Répartition selon l'administration de Kcl et de Nacl

Kcl et Nacl	Effectif	Pourcentage
Oui	53	68,8
Non	24	31,2
Total	77	100,0

Le Kcl et le Nacl ont été administrés chez la majorité des nouveau-nés prématurés soit **68,8%**

Tableau XLIII: Répartition selon l'administration de Ca²⁺

Calcium	Effectif	Pourcentage
Oui	77	100
Non	00	00
Total	77	100,0

Le calcium a été administré chez tous nos prématurés à l'admission.

Tableau XLIV: Répartition selon la supplémentation en multivitamines

Vitamine en sirop	Effectif	Pourcentage
Oui	70	90,9
Non	7	9,09
Total	77	100,0

Plus de 90% des prématurés ont bénéficié d'une supplémentation en vitamine

Tableau XLV: Répartition selon la supplémentation en Fer

Supplémentation en Fer sirop	Effectif	Pourcentage
Oui	55	71,4
Non	22	28,6
Total	77	100,0

Dans 71,4% des cas, nos prématurés ont bénéficié une supplémentation en fer

Tableau XLVI: Répartition selon la prise de l'anti-reflux

Anti-reflux	Effectif	Pourcentage
Oui	47	61
Non	30	39
Total	77	100,0

La majorité des nouveau-nés prématurés ont bénéficié d'un traitement anti-reflux soit 61%.

Tableau XLVII: Répartition des nouveau-nés selon l'oxygénothérapie

Oxygénothérapie	Effectif	Pourcentage
Oui	30	39
Non	47	61
Total	77	100,0

Trente-neuf pourcent des prématurés avait nécessité une oxygénothérapie

Tableau XLVIII: Répartition des nouveau-nés selon le type de lait d'allaitement

Type de lait	Effectif	Pourcentage
Lait maternel	19	24,7
Lait substitué	10	13,0
LM+LS	48	62,3
Total	77	100,0

La majorité des nouveau-nés prématurés avait bénéficié d'un allaitement du lait maternel en association au lait de substitut soit **62,3%**.

Tableau XLIX: Répartition selon l'alimentation par sonde

Alimentation par sonde	Effectif	Pourcentage
Oui	20	26,0
Non	57	74,0
Total	77	100,0

Vingt-six pourcent des nouveau-nés prématurés ont été alimenté par sonde.

3.4 Devenir immédiat des nouveau-nés

Tableau L: Répartition selon le devenir des nouveau-nés prématurés

Devenir du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Sortie avec avis médical	51	66,2
Sortie contre avis médical	4	5,2
Décès	22	28,6
Total	77	100,0

Au cours de notre 66,2% de nos prématurés sont sorties vivant et le taux de décès était de 28,6%.

Tableau LI: Répartition selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1-7jours	51	66,2
8-15jours	13	16,9
16-30jours	9	11,7
31-60jours	4	5,2
Total	77	100

La majorité des nouveau-nés prématurés a fait au plus 7jours d'hospitalisation soit 66,2% avec des extrêmes de 1jour et 60jours et une durée moyenne de 12,6jours.

4 Commentaires et Discussion

4.1 Limites de l'étude

Compte tenu du nombre limité de couveuse et de source d'oxygène certains prématurés à l'admission ont été référés sans être inclus dans notre étude.

Il est important aussi de noter que l'âge gestationnel de nos prématurés a été retenu sur la base de la clinique en se servant du score de FARR et que la majorité des mères ne connaissait pas la date de leurs dernières règles et n'avait pas fait également d'échographie pendant les 1^{eres} semaines de gestation. La non-réalisation des certains examens complémentaires pour certains prématurés en vue de diagnostiquer les pathologies associées.

4.2 Fréquence

L'incidence de la prématurité est variable selon les pays, les régions et les conditions socio-économiques. En Europe et d'autres pays développés, les taux sont généralement entre 5 et 9% [22,25,26] et en Afrique, elles s'évaluent entre 15 et 16% [4,24]. Aux Etats Unis d'Amérique, le taux d'accouchement prématuré est de 12-13% [25,26].

Durant la période d'étude, 494 nouveau-nés ont été hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali dont 77 prématurés soit une fréquence de 15,5%. Ce taux est supérieur à celui de Mariko A (10,3%) (27) et celui d'une enquête réalisée au Maroc en 2004 qui a trouvé 8% au centre national de référence en Néonatalogie de Rabat(7) Notre taux supérieur pourrait s'expliquer par le fait que l'hôpital du Mali est la seule structure hospitalière de 3eme niveau de référence de la rive droite. Mais inférieur à ceux de Diakité F réalisée au CHU Gabriel Touré (28) et Kané B et coll. réalisée à l'hôpital du Mali avec respectivement 36,4 et 36,3%.

4.3 Caractéristiques sociodémographiques

4.3.1 Âge des mères

Au cours de notre étude, la tranche d'âge [18 – 35ans] était la plus représentée soit 77,9% avec une moyenne de 26,8 ans. Notre résultat est comparable à ceux de Kané.B(29), Cissouma. A(30) et Ouattara.LB(31) qui ont trouvé respectivement un âge moyen de 23,9 ; 27,1 et 27,7ans.

4.3.2 Profession des mères

Les mères de nos prématurés étaient majoritairement des ménagères (femmes au foyer et aides ménagères) soit 80,5%. Ce résultat est supérieur à celui de Cissouma. A (30) (71,3%) mais inférieur à ceux de Kané.B(29)(92,7%) et Guillemette et al à Lanaudière (Québec) (91,9%) (32).

4.3.3 Statut matrimonial des mères

La majorité des mères était mariée soit 97,2% des cas. Ce résultat est similaire à celui de Maïga H(33) qui a trouvé 93,5% dans son étude réalisée à Sikasso sur le profil épidémiologique des nouveau-nés prématurés.

Cependant ; des études réalisées au Burkina (34)et au Nigéria(35) avaient montré que les femmes célibataires avaient plus tendance à faire des prématurés.

4.3.4 Provenance des prématurés

La majorité des prématurés provenait des structures privées soit 41,6% Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les CSRéf sont dotés de pédiatres et de couveuses par contre la plupart des structures privées n'ont pas de dispositifs appropriés pour la prise en charge des prématurés. Par contre dans l'étude de Guindo A.(36) la majorité des prématurés provenait de la maternité de l'HSDM(57,7%) alors que dans l'étude Samaké A.M (37) la majorité des prématurés provenait des CSCOM (41,3 %).

4.3.5 Résidence des parents

La plupart des parents des nouveau-nés prématurés habitait hors de la ville de Bamako soit 51,9%. Ce chiffre est largement supérieur à celui de Sow. A et al.(38) à Dakar en 2018 qui avaient retrouvé seulement 2,1% des parents habitant dans les zones rurales.

4.4 Caractéristiques cliniques

4.4.1 Sexe des nouveau-nés

Dans notre étude le sexe masculin était plus représenté avec un effectif de 44 contre 33 et un sex ratio de 1,3. Ce résultat est similaire à ceux Kané.B(29) et coll en 2021 et de Ouattara LB (31) qui ont trouvé tous les deux un sexe ratio de 1,4. Par contre le sexe féminin prédominait dans l'étude de Bocoum.B (20) avec un sex ratio de 1,2.

4.4.2 Poids

La majorité des prématurés avait un poids supérieur à 1500g soit 62,3%. Par contre Diakité.F(28) avait trouvé seulement 24,23% des prématurés ayant un poids supérieur à 1500g. Dans notre étude le poids moyen était de 1436,3g, ce résultat est proche de ceux de Kané. B(29) (1464g), de Cissouma. A(30) (1397,8g), de Diakité. F(28) (1326,7)g et de Bonnet M(39) (1390g)

4.4.3 Âge

Selon FARR la tranche d'âge la plus retrouvée dans notre étude était de [34-36SA+6jours] avec une moyenne de 32,07 SA. Notre résultat est similaire à celles des études de Ouattara LB (31) et Youmbi Njangue(40) qui avaient trouvé respectivement une moyenne de 31,9+/-2,9 SA et 31,29SA mais inférieur à celui de Sow et al(38) qui ont trouvé une moyenne de 34,42SA.

4.5 Caractéristiques thérapeutiques

Dans notre étude l'apport hydrique à débiter par 80ml/kg par jour avec une augmentation progressive de 10ml/kg par jour durant la 1ere semaine de vie jusqu'à

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

atteindre 180ml/kg/jour. Cet apport était reparti entre les solutés et le lait en fonction de l'état du prématuré.

Nous avons administré de la vitamine K1 aux 84% des prématurés qui ne l'avaient pas reçu en amont. La quasi-totalité des prématurés ont reçu le sérum glucosé 10% en association avec le gluconate de calcium pour prévenir l'hypoglycémie et l'hypocalcémie. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude réalisée par Fofana F. (41) avec un taux de 100%

Au cours de notre étude le Kcl et le Nacl ont été administrés chez 68,8 % des nouveau-nés prématurés débuté à partir du 3eme jour de vie. Ce résultat est largement supérieur à celui de Youmbi Njangue (40) qui a retrouvé seulement 8,6% de prématurés ayant reçu du Kcl et du Nacl. Par contre nos chiffres sont inférieurs à celui de Mariko A.(27) chez qui 100% des nouveau-nés prématurés avaient reçu du Kcl et du Nacl.

La très grande majorité de nos prématurés ont été supplémenté en multivitamine ADEC soit 90,9%. Ce résultat est similaire à celui de Mariko. A(27) chez qui la quasi-totalité(100%) des nouveau-nés prématurés avaient reçu la vitamine ADEC mais supérieur à celui de Youmbi Njangue(40) où 25,8% des prématurés avaient reçu la vitamine ADEC.

Par rapport à la prévention de l'apnée du prématuré, nos prématurés de moins de 34SA (\leq 34SA) ont bénéficié de caféine soit plus de 50%.

La C3G associée à la gentamicine a été utilisé chez tous les prématurés ayant nécessité une antibiothérapie soit 77,9% sur une durée de 7- 15jours en fonction de l'indication.

Au cours de notre étude les prématurés ont bénéficié systématiquement d'une supplémentation en fer après la première semaine de vie dans 71,4% des cas.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

Trente-neuf pourcent des prématurés ont bénéficié d'une oxygénothérapie au cours de leur hospitalisation.

4-6 Prise en charge nutritionnelle

La majorité des nouveau-nés prématurés avait bénéficié d'un allaitement mixte constituée de lait de mère et de lait de substitut soit 62,33%.

L'utilisation de lait de substitut pourrait s'expliquer d'une part par un retard de montée laiteuse et d'autre part par l'absence de certaines mères au sein de la pédiatrie et cela pour plusieurs raisons. Le lait était donné soit par tétée directe, soit par la cuillère, soit à travers une sonde de gavage en fonction de l'état et la capacité du prématuré. Notre résultat est supérieur à celui de Bonnet M.(39) en 2020 à Grenoble(France) qui avait trouvé 28,8% d'allaitement mixte. Par contre dans l'étude de Youmbi Njangue(40) (37,7%) des prématurés ont été alimentés uniquement par le lait maternel.

Cette alimentation était donnée en fonction du poids et de la tolérance gastrique du prématuré.

Tous les prématurés de moins de 1500g représentant 34%.de l'effectif ont bénéficié d'un incubateur pour l'élevage.

Seulement treize pourcents de nos prématurés ont bénéficié des soins mère kangourou. Ce taux inférieur peut s'expliquer par le fait que pendant notre étude nous n'avions pas de salle appropriée pour le soin mère kangourou. Notre résultat est inférieur à celui de Fofana F.(41) qui a retrouvé 74,1% dans son étude.

Les pathologies associées à la prématurité étaient l'infection néonatale, l'anoxie et la malformation respectivement dans 92,1% 5,1% et 2,9% des cas.

A noter que l'infection néonatale était la pathologie la plus associée à la prématurée. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par un mauvais suivi de la grossesse. Nos chiffres

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

sont largement supérieur à celles des études réalisées par Guindo A(42), Cissouma A et al(30), Sonia F.(43) et Ouattara LB(31) qui avaient trouvé respectivement 30,3%, 43,2%, 37,8%, et 48,1% d'infection néonatale associée à la prématurité.

4.6 Devenir immédiat des nouveaux nés prématurés hospitalisés

Les résultats de notre étude montrent que 64,9% des prématurés sont sortis vivants, Néanmoins nous avons enregistré un taux de décès de 28,6%. Par contre une étude rétrospective faite en 2021 dans le même service par Kané. B et col(29) sur les aspects épidemioclinique des nouveau-nés prématurés hospitalisés en 2021 qui ont trouvé un taux de guérison de 57,5% pour un taux de létalité de 35,7%.

Nos chiffres de létalité sont inférieurs à ceux des études réalisées par Diakité. F(28) en 2010 et Sylla. M et coll (44) en 2015 qui ont trouvé respectivement 33,3% et 43,2% mais sont largement supérieurs à celui retrouvé par Bocoum B.(20) qui était de 6,4%.

Dans la majorité des études réalisées en Afrique de l'ouest et du centre, le taux de létalité néonatale se situait entre 30% et 50%, comme celles de Balaka B. (4) au Togo 30,1%, Alihonou E(45) au Bénin 37,5% , Koko J(46) au Gabon 39,8% ; Enoh JE(47) en Côte d'ivoire 49%. Par contre dans les pays Maghrébins, les taux retrouvés étaient de 19,5% et 27% pour Bibi M en Tunisie(48) et Hanafi AE au Maroc(49). Cette différence pourrait s'expliquer par le niveau de développement et le plateau technique de ces pays.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,6jours avec des extrêmes 1et 60jours. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Kané B. et coll(29), de Ouattara. LB(31)et Coulibaly. Z(50) qui ont trouvé respectivement une moyenne de 7,9 , 6,8 et 5,13jours .Dans notre étude l'hospitalisation n'a pas excédé 7jours dans 66,2%; ce même constat a été fait par Ouattara LB(31) qui a trouvé 69,8%.

5 Conclusion

Vu leur immaturité de façon globale, les prématurés sont exposés à un risque élevé de développer des complications ou de décéder dans les jours ou les semaines suivant leur naissance.

Notre étude nous a permis de comprendre que la prématurité reste un problème majeur de santé publique avec une fréquence de 15,5%.

Cette prématurité s'est révélée associée aux infections néonatales, aux souffrances fœtales et aux malformations congénitales dans notre étude.

La réduction de la mortalité passe par la bonne surveillance de la grossesse, la prise en charge correcte des prématurés dans la salle d'accouchement et l'équipement de la néonatalogie.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

6 Recommandations

A la lumière de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités : de

- ✚ Subventionner les CPN et le bilan prénatal
- ✚ Doter les services de pédiatrie en kits prématurés pour la prise en charge rapide des prématurés

Au personnel de santé : de

- ✚ Mettre l'accent sur la communication pour le changement de comportement pendant les causeries éducatives lors des CPN axées sur les facteurs de risques, les complications et les séquelles de la prématurité ;
- ✚ Faire la prise en charge de la grossesse selon le document de politiques, normes et procédures en santé de la reproduction du Mali.
- ✚ Médicaliser le transfert/référence des prématurés
- ✚ Mettre à disposition de salles pour le soin mère-kangourou

A la population : de

- ✚ Faire les consultations prénatales dès le début de la grossesse
- ✚ Respecter les conseils donnés lors des CPN
- ✚ Accoucher en milieu hospitalier
- ✚ Réaliser le bilan prénatal

7 Références

1. **OMS.** Naissances prématurées [Internet]. Genève; [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr
2. **Valery S, Picone O, Coatanie Y, Frati A, Labrousse C, Ayoubi JM.** Prématurité modérée 34-37 SA: description des causes et conséquences néonatales immédiates dans une maternité de niveau 2. Elsevier Masson SAS. 2015. 583-587 p.
3. **Becks S, Wojdyla D, Say L, Bertran A, Merialdi M, Requejo J.** The world wide incidence of preterm birth: a systemic review of maternal mmortality and morrbidity. Bull WHO. 2010;31-8.
4. **Balaka B, Baeta S, Agbèrè AD, Boko K, Kessie K, Assimadi K.** Facteurs de risque associé à la prématurité au CHU de Lomé, Togo. Bull Soc Pathol Exot. 2002;280-3.
5. **N'Diaye O, Fall AL, Dramé A, Sylla A, Guèye M, Cissé CT, et al.** Facteurs étiologiques de la prématurité au centre hospitalier régional de Ziguinchor, Sénégal. Bull Soc Pathol Exot. 2006;113-4.
6. **Torchina H, P-Y, Ancela B.** Epidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. Elsevier Masson SAS; 2015. 1214-1230 p.
7. **Barket A, Maghrib Alaoui, Hamdanine Naima Lamour S.** Problématique de la prise en charge de la prématurité au Maroc: Expérience du service de Néonatalogie Centre National de Référence en Néonatalogie Hôpital d'enfant Rabat-Santé tropicale. avr 2004 [cité 20 nov 2023]; Disponible sur: Santémahgreb.com

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- 8. Statistiques Démographiques.** Profil de prévention et soins liés aux naissances prématurées et faible poids de naissance [Internet]. 2017 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: www.everypreemie.org
- 9. Roche-Kubler B, Puzenat E, Mariet AS, Thiriez C, Aubina F.** Lésions cutanées iatrogènes: étude prospective chez les prématurés de moins de 33 semaines de l'hôpital universitaire de Besançon. Elsevier Masson. 2015;3-9.
- 10. Amri F, Fatnassi R, Negra S, Khammari S.** Prise en charge du nouveau-né prématuré. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2008;227-31.
- 11. Bourrillon A.** Pédiatrie pour le praticien. Paris: SIMEP Paris; 1993. 576 p.
- 12. Epidémiologie et facteurs de risque de la prématurité** [Internet]. Disponible sur: www.sciencedirect.com
- 13. Mestre C, Caballero Aparicio M, Gutton I.** Qu'est ce qu'un bébé prématuré?- Caractéristiques et problèmes associés [Internet]. France; 2015 mars. Disponible sur: www.invitira.fr/bebes-prematures/bibliographia
- 14. Karazaitri.** Nouveau-né prématuré [Internet]. Disponible sur: www.kazaitri-ma.net/obstetrique/noveau-ne-premature/
- 15. Bernadson B andriamaholy.** Profils et causes de la prématurité au service de gynécologie-obstétrique de BEFELATANANA en 2008 [Internet]. 2008. Disponible sur: www.rapport-gratuit.com
- 16. Ségolène L.** Oralité et prématurité:: la bouche au coeur du corps. Sciences cognitives. ffdumas. 2011;46.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

17. Leblanc V, Ruffier, Bourdet M. Trouble de l'oralité: tous les sens à l'appel. Eres. 2009. 47-54 p. (In Spirale).

18. Complications chez les prématurés nés entre 28 et 36 semaines d'aménorrhée selon le type de prématurité [Thèse Médecine]. [Paris]; 2014.

19. Vollenweider N. La prématurité, je suis né trop tôt: angoisse pour mes parents. Rapport d'immersion en communauté. 2004;

20. Bocoum B. Profil épidémiologique des nouveaux-nés prématurés de l'unité Kangourou du CHU Gabriel Touré de Bamako (à propos de 1084 cas) [Internet] [Thèse Médecine]. [Bamako]; 2015 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: www.bibliosanté.ml

21. Sylvie L. Le grand livre du bébé prématuré Tome 2. 2ditions de l'Hôpital Sainte-Justine. Montréal, Québec; 2002.

22. Slattery M, Morrison J. Preterm delivery. Lancet. 2002;1489-97.

23. Europeristat. Rapport européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe. Paris: Dossier de presse; 2008 déc.

24. Ye D, Kam K, Sanou I, Traore A, Dao L, Koueta F. Étude épidémiologique et évolutive de la prématurité dans l'unité de néonatalogie du Centre Hospitalier National -YO de Ouagadougou. Annales de pédiatrie. 1999;643-8.

25. Hamilton B, Martin J, Ventura S. Births: preliminary data for 2005. Health E-Stats. 2006 [cité 1 déc 2023]; Disponible sur: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/prelimbirths05/prelimbirths05.htm>

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- 26. Shi Wu Wen, Graeme S, Qjuying Y, Mark W.** Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. *Seminars in Fetal&Neonatal Medicine*. 2004;429-35.
- 27. Mariko A.** Petit poids de naissance à la pédiatrie du Csréf CV du disrict de Bamako [Internet] [Medecine générale]. [Bamako]: FMOS; 2018 [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: www.bibiosanté.ml
- 28. Diakité FLF.** Facteurs de risque de mortalité des nouveaux-nés prématurés dans le service de pédiatrie du CHU GT [Internet] [Thèse Médecine]. [Bamako]: USTTB; 2010 [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: www.bibliosante.ml
- 29. Kane B. et coll.** Epidemioclininacal profile of prematurity infants at the neonatology unit of the Mali Hospital. *Open Journal of Pediatrics*. 2021; Disponible sur: <https://www.scirp.org/journal/ojped>
- 30. Cissouma A, Haidara D, Coulibaly A, Traoré S, Daouda S.** Devenir Immédiat des Prématurés dans le Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Sikasso. *The Journal of Medicine and Biomedical Sciences*. mai 2022;1-5.
- 31. Ouattara L.** La prématurité : Profil épidémiologique et devenir à court terme. Expérience du CHU Mohamed VI. [FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH]: UNIVERSITE CADI AYYAD; 2009.
- 32. Guillemette A, Badlissi D, Fadin A.** Prématurité et petit poids de naissance. Les résultats de l'enquête grossesse et habitude de vie mené au centre hospitalier régional de Lanaudière en 1997-1998. *Direction de la santé publique*. oct 1998;142.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- 33. Maïga H.** Profil épidémiologique des nouveaux-nés prématurés de l'unité kangourou de l'hôpital de Sikasso [Internet] [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMOS; 2020. Disponible sur: www.bibliosanté.ml
- 34. Prazuck T, Tall F, Roisin A, Konfe S, Cot M, Lafaix C.** Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso. *Int J Epidemiology*. juin 1993;489-94.
- 35. Etuk S, Etuk I, Oyo-Itat A.** Factors influencing the incidence of preterm in kalaba.
- 36. Guindo A.** Caractéristiques épidémiocliniques des nouveaux-nés prématurés dans l'unité de Néonatalogie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti [Internet] [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMOS; 2021. Disponible sur: www.bibliosanté.ml
- 37. Samake A.** [Internet] [Thèse médecine]. [Bamako, Mali]; 2009. Disponible sur: www.bibliosanté.ml
- 38. Sow A, Gueye M, Boiro D, Ndongo AA, Coundoul AM, Diouf S, et al.** Prématurité : épidémiologie et facteurs étiologiques dans une maternité de Dakar (Sénégal). Elsevier Masson. février 2018; Disponible sur: www.sciencedirect.com
- 39. Bonnet mathilde.** État des lieux des prises en charge des nouveau-nés prématurés en hospitalisation à domicile à grenoble [Thèse médecine]. [Faculté de Médecine de Grenoble];
- 40. Youmbi Niangue AC.** Prise en charge nutritionnelle du nouveau-né prématuré dans le service de Néonatalogie du département de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE [Internet] [Thèse médecine]. [Bamako, Mali]; 2019. Disponible sur: www.bibliosanté.ml

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

- 41. Fofana F.** Etude de facteurs associés à la croissance de prématurés au service de pédiatrie de l'hôpital Foussyeni DAOU de Kayes [Internet] [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMOS; 2023. Disponible sur: www.bibliosanté.ml
- 42. Guindo A.** Caractéristiques épidémiocliniques des nouveaux-nés prématurés dans l'unité de Néonatalogie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti [Internet] [Thèse médecine]. [Bamako, Mali]; 2021 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: www.bibliosanté.ml
- 43. Sonia F.** Evaluation épidémiologique de la prise en charge du nouveau-né préaturé au CHU GT [Internet] [Thèse médecine]. [Bamako, Mali]; 2006 [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: www.bibliosanté.ml
- 44. Amaped.** La prématurité. 2018 3e semestre. Report No.: 009.
- 45. Alihonou E, Dan V, Ayivi B, Sossou E, Gandaho T, Koumakpai S.** Mortalité neonatale au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou. Incidence, causes et moyens de lutte. *Medecine d'Afrique noir*. 1991;
- 46. Koko J, Dufillot D, Gahouma D, Moussavou A.** Facteurs de mortalité des prématurés dans le service de pédiatrie de l'hôpital pédiatrique d'Owando-Libreville(Gabon). *Arch. Pédiatrique*. 2002;655.
- 47. Enoh Je S, Andoh J.** Mortalité et morbidité des nouveau-nés prématurés au CHU de Treichville (Abidjan) RCI. *Medecine d'Afrique Noir*. Vol. 50. 2003. 136-8 p.
- 48. Bibi M, Fekih M, Sboui H, Graa N, Sahraoui W, Chaieb A, et al.** Facteurs de morbidité et de mortalité néonatale chez le nouveau-né prématuré : Etude prospective sur 530 accouchements prématurés. Société d'édition du Magreb médical, Montfleury. *Magreb médical*. 2002;6-10.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

49. Hanafi A. Etude rétrospective de la mortalité périnatale au niveau de la maternité de l'hôpital « Essalama » d'El KelaadesSraghna (causes et circonstances). Santé en chiffre. juill 2006;1-67.

50. Coulibaly Z. Facteurs de risque des nouveau-nés prématurés dans le service de pédiatrie du Csréf C I du district de Bamako [Internet] [Thèse médecine]. [Bamako, Mali]; 2020 [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: www.bibliosanté.ml

Annexes

Fiche d'enquête

I-Identité du nouveau

1-Nom et prénom :

2-Date et Heure d'Hospitalisation :

3-Age:/ / a : 0-24h ; b : 24-72h ; c : 4-7jours ; c : 8-15jours ; d : supérieur à 15jours

4-Sexe / / (1 : masculin ; 2 : féminin)

5-Résidence:/ / a : commune1 ; b : commune2 ; c : commune3 ; d : commune4 ; e : commune5 ; f : commune6 ; g : hors Bamako

6-Provenance : / / a : Cskom ; b : Csref ; c : Structure privée ; d : Domicile

7-Lieu de naissance:/ / a : Hôpital ; b : Csref ; c : Scom ; d : Structure privée; e : Domicile ; f : Autres :

II- Paramètres sociodémographiques

Paternel

1. Age:/ / a :<18ans b :18-40ans c :>40ans

2. Profession : a=Fonctionnaire ; b=Commerçant ; c=Agent de commerce ; d=Paysan ; e=Ouvrier ; f=Elève/Etudiant.

3-Niveau d'Instruction : a=Primaire ; b=Secondaire ; c=Supérieur

Maternel

1. Age:/ / a :<18ans ; b : 18-35ans ; c :> 35ans

2. Profession:/ / a : ménagère ; b : Fonctionnaire ; c : commerçante ; d : élève/étudiante ; e : aide-ménagère ; f : Ouvrière

3. Statut matrimonial:/ / a : marié ; b : célibataire ; c : divorcé ; d : veuve

4-Niveau d'Instruction:/ / a : Non scolarisée ; b : primaire ; c : secondaire ; d : supérieur

III- Les antécédents

1- ATCD médicaux : En chaine

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

2-Obstétricaux : / / a : Primipare ; b : Paucipare (2-3enfants) ; c : Multipare ; d : Grande multipare(>5grossesses)

3-Chirurgicaux : En chaine

4- Prématurité:/ / a : Oui ; b : Non

5-Intervalle inter gènesique:/ / a : <ou=2ans ; b>ou=2ans

IV -Déroulement de la Grossesse

1-DDR : a= Connue ; b= Inconnue

2-Echographie du premier trimestre : a=Oui ; b=Non

3-Nombre de CPN : / / a :0 ; b :1-3 ; c>ou=4

4-Nombre de VAT:/ / a= 0dose ; b=1dose ; c= 2doses ; d : dose complète

5- Sérologie HIV : / / a : positif ; b : négatif ; c : non fait

6-Sérologie : BW / / IgM= a : positif ; b : négatif ; c : non fait.

7-Sérologie : Toxo / / IgM= a : positif ; b : négatif ; c : non fait.

8-Sérologie : Rubéole / / a : positif ; b : négatif ; c : non fait.

9-Présence de risque infectieux :

a-Brûlure mictionnelle : / / a1 : oui ; a2 : non

b-Leucorrhée pathologique : / / b 1 : oui ; b2 : non

c- Fièvre maternelle 72 heures avant l'accouchement : / / c1 : oui ; c2 : non

d- ECBU : / / d1 : positif ; d2 : négatif ; d3 : non fait.

e- FV:/ / e1=Positif ; e2=Négatif ; e3=Non fait.

V-Circonstance de l'accouchement

1-Ouverture de la poche des eaux : a = Oui ; b = Non

2-Liquide amniotique : a =Claire ; b=Teinté ; c=Méconial ; d=Autres.

3-MAP:/ / a=Oui ; b=Non

4-Tocolyse:/ / a=Oui ; b=Non

5-Prévention de la maladie des membres hyalines (Corticoïde)/ / a=Oui ; b=Non.

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

6-Voie d'accouchement:/ / a : voie basse ; b : césarienne.

7-Durée du travail d'accouchement:/ / : a= <12heures ; b : >ou=12heures

8-Nombre de bébé:/ / a=1 ; b : >ou=2.

9-Apgar:/ / a=7-10 ; b=6-4 ; c : <ou=3 ; d=Non précisé.

10-Notion de réanimation:/ / a=Oui ; b=Non.

VI- Moyen de transport utilisé

3- Moyens de transfert : / / a=Ambulance ; b=Transport commun, c : moto ; d : Pieds

VII- Etat à l'admission :

1- Poids : / / 1.1:≤1000g ; 1.2:1000-1500g ; 1.3 :>15000g

2-Trophocité : / / 2.1 Eutrophique ; 2.2 Hypotrophique

3-Taille : cm

4- PC : cm

4- Température : / / a=33-34° ; b=35-36° ; c : >36°

5- Age gestationnel:/ / a : < 28SA ; b : 28-32SA ; c : >32SA

a- selon DDR : / / a=âge exacte sans intervalle en chaine b=Inconnue

b- selon l'échographie précoce : / / -/-

d- selon FAAR : / / -/- EN CHAINE

6-Examen pulmonaire : a = normal, b = anormal(préciser)

7-Examen cardiaque : a = normal, b = anormal(préciser)

8-Examen abdominal :

*Hépatomégalie : a=Oui ; b=Non.

*Splénomégalie : a=Oui ; b=Non.

*Ballonnement : a=Oui ; b=Non.

*Méconium : a=Oui ; b=Non.

*Diarrhée : a=Oui ; b=Non.

9-Système nerveux :

*Cris : a=Oui ; b=Non.

*Succion : a=Oui ; b=Non.

*Grasping : a=Oui ; b=Non.

*Reflexe Moro : a=Oui ; b=Non.

10-Examen génito-urinaire :

11-Appareil locomoteur :

12-Examen ORL :

13-Ophtalmologique

XIII-Diagnostic :

1- Prématurité simple

2- Prématurité + INN

3- Prématurité + SFA

4- Prématurité malformation

5-préma+hypotrophie

-Les examens complémentaires :

-NFS : a=Oui ; b=Non

*Hb:

*Ht :

*VGM:

*CCMH :

*Plaquettes :

-Groupage rhésus : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-CRP : a=Oui ; b=Non

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

*Résultat :

-Hémoculture : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-Ionogramme sanguin : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-ECB du LCR : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-Glycémie : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-Transaminases : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-Gamma GT : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-Bilirubine Total : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-Bilirubine conjuguée : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

-TP : a=Oui ; b=non

*Résultat :

-TCK : a=Oui ; b=Non

*Résultat :

XIV-PRISE EN CHARGE :

1-Lampe chauffante :

2-Couveuse :

3-SMK :

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

4-ATB :

5-Type ATB :

6-Soluté :

7-Cafeine :

8-Vit k1 :

9-Les ions :

a-NaCl :

b-KCl :

c-Ca²⁺ :

10-Oxygène :

11-Alimentation :

a-Type de lait :

*Lait maternel :

*Lait artificiel :

*Autres :

b-Ajout du sérum salé au lait :

c-Méthode d'alimentation :

-Entérale :

*Gavage :

*Cuillère :

*Tété :

-Parentérale :

12-Anti-émétique :

13-Supplémentation en fer

XV- Devenir :

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

1-Sortie :

a-Avec avis médicale :

b-Contre avis médicale :

c-Transfert :

d-Décès :

2-Date de sortie : en chaine

3-Durée d'Hospitalisation : en chaine

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONATE

Prénoms : Mahamadou

Titre de la thèse : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie dans le service de pédiatrie de l'hôpital du Mali.

Année universitaire : 2022-2023

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie de Bamako (F.M.O.S).

Secteur d'intérêt : Pédiatrie, Néonatalogie.

Résumé :

La prématurité se définit par une naissance avant 37 SA d'âge gestationnel révolu (259 jours) compté à partir du premier jour des dernières règles.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), deux types de prématurités existent : la prématurité spontanée qui est la conséquence d'un déclenchement inopiné du travail et la prématurité induite où le déclenchement du travail résulte d'une décision médicale active. On compte 9,6% de naissances en pré terme, dont environ 85% en Afrique et en Asie. En Europe, il est de 6,2%. Au Mali, le taux de prématurité était de 12% en 2017 selon les statistiques démographiques.

De nombreux facteurs identifiables en période péri-conceptionnelle sont associés aux risques de prématurités, essentiellement des facteurs maternels

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics à court terme des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali

(Sociodémographiques, obstétricaux, psychologiques, génétiques), mais également des facteurs environnementaux.

C'est dans un souci d'évaluer la situation actuelle après sept ans que nous avons décidé de mener la présente étude.

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive qui s'est déroulée sur une période de 12 mois du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2022 à l'unité de néonatalogie dans le service de pédiatrie de l'hôpital du Mali.

Durant la période d'étude, 494 nouveau-nés ont été hospitalisés à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital du Mali dont 77 prématurés soit une fréquence de 15,5%. L'âge moyen des mères était de 18–35ans, la majorité des mères était des ménagères (femmes au foyer et aides ménagères) soit 80,5%.

Les prématurés étant admis pour élevage simple avaient un pourcentage de 6,4% et le reste des 93,6% avaient comme pathologie associées au moins l'infection néonatale.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,6jours avec des extrêmes 1et 60jours.

Notre taux de décès était de 28,6% et 64,9% des prématurés sont sortis vivants.

Conclusion :

Le taux de mortalité de notre contexte reste encore très élevé. Beaucoup d'efforts doivent être fait par nos autorités sanitaires pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés prématurés.

Mots-clés : prématurité, néonatalogie, mortalité, thérapeutique, pronostique.

ERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure