

Détresse respiratoire du nouveau-né à terme: aspects cliniques, étiologiques et évolutifs

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la

REPUBLIQUE DU MALI

Recherche scientifique

Un peuple-Un but-Une foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Année universitaire : 2020-2021

n°...../

Mémoire

DETRESSE RESPIRATOIRE DU NOUVEAU-NE A TERME : ASPECTS CLINIQUES, ETIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS

Présentée et soutenue publiquement le 12.04/2022

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

Dr AMINATA COULIBALY

Pour obtenir le diplôme d'études spécialisées (DES) en pédiatrie

JURY

PRESIDENT : Pr Mariam SYLLA

MEMBRES : Pr Fatoumata DICKO TRAORE et Pr Abdoul Aziz DIAKITE

CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE : Dr DOUMBIA Abdoul Karim

DIRECTEUR DE MEMOIRE : Pr TOGO Boubacar

Remerciements et dédicaces

AU BON DIEU ALLAH

Tout Puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je Vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour Votre Clémence et Miséricorde

A notre prophète Mohamed paix et salut sur lui.

A MES TRES CHERS PARENTS: SAYON ET NANA TRAORE

Pour votre inéluctable patience et pour tous les efforts que vous avez consenti pour mon éducation et mon bien être. Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que vous avez endurés durant mes longues années d'études

A MES TONTONS ET A MES TANTES:

Mamé, Djénèba, Baye, Tatou, Drako Traoré.

A MES FRERES ET SŒURS

Aucune dédicace ne pourrait traduire ma gratitude et ma profonde reconnaissance et mon amour. Je vous dédie ce travail comme témoignage de mon respect et mon amour éternel.

A MES CHERS COUSINS ET COUSINES

A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A MON TENDRE EPOUX : YACOUBA KARAMOKO BENGALY

Pour la patience et le soutien dont il a fait preuve pendant toute la durée de ce travail et à qui je voudrais exprimer mes affections et mes gratitude.

A MA BELLE FAMILLE

Pour leurs soutient moral et encouragements. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS QUE J'AI OMIS DE CITER

Que ce travail soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

REMERCIEMENTS

Aux personnels et au corps professoral de la FMOS.

Je remercie tous les médecins et toute l'équipe du département de pédiatrie, pour votre enseignement, votre disponibilité, et le plaisir de travailler à vos côtés. Vous mettez toute votre énergie à disposition des malades dans des conditions souvent difficiles.

A tous les DES de la pédiatrie, je vous dédie ce travail et je vous souhaite bonne chance pour la suite.

A tous mes camarades de la promotion Feu Aliou Ba,

A tous les étudiants de la FMOS, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

Je remercie tous les patients et les patientes que j'ai eu la chance de rencontrer dans le cadre de mon exercice.

A tous ceux qui me sont chers que j'ai omis de citer

Que ce mémoire soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et présidente du jury

Professeure Mariam SYLLA

- **Professeure Titulaire en Pédiatrie à la FMOS**
- **Vice doyenne de la FMOS**
- **Présidente de l'association malienne de pédiatrie (AMAPED)**
- **Coordinatrice du DES de Pédiatrie**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations. Votre Modestie, votre dynamisme, votre esprit communicatif et votre culture scientifique font de vous un Maître admiré de tous. Veuillez trouver ici Chère Maître, l'expression de notre profonde gratitude, et soyez assuré de notre attachement indéfectible.

A notre Maître et directeur de mémoire

Professeur Boubacar TOGO

- Chef du département de la pédiatrie du CHU Gabriel TOURE

- Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique

- Membre de l'union internationale contre le cancer (UICC)

- Membre du groupe Franco-africain d'oncologie pédiatrique

Nous avons le privilège d'être parmi vos élèves. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre compétence, et votre habileté de perfection font de vous un exemple à suivre. Vous avez accepté avec beaucoup de gentillesse de nous confier ce travail. Nous ne vous remercierons jamais assez pour l'assistance que vous nous avez si aimablement apportée tout au long de la réalisation de ce mémoire, ne ménageant ni votre temps, ni vos efforts, ni vos conseils. Vos talents pédagogiques, votre respect du travail méthodique, aussi bien que votre modestie, votre soutien et votre sympathie nous ont comblé tout au long de ce travail et ont toujours suscité notre respect et notre admiration. Sachez, cher Maître, qu'aucune dédicace ne saurait vous exprimer notre reconnaissance, veuillez trouver, ici l'assurance de notre sincère reconnaissance, de notre profonde gratitude et de notre vif remerciement.

A notre Maître et juge

Professeure Fatoumata DICKO TRAORE

- **Professeure titulaire en pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**
- **Coordinatrice nationale du diplôme d'étude spécialisée en médecine communautaire**
- **Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED)**
- **Secrétaire générale de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF)**
- **Membre du Collège Ouest Africain des Médecins**

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant d'évaluer ce travail

Votre rigueur dans le travail, vos qualités pédagogiques et votre amour pour le travail bien fait font de vous un Maître admiré de tous.

Tout au long de ce travail, nous avons été impressionnés par votre abord facile et vos belles qualités humaines. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves! Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude.

A notre Maître et juge

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- **Maître de conférences agrégé de pédiatrie**
- **Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel TOURE**
- **Spécialiste en hématologie pédiatrique**
- **Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales**
- **Responsable de l'unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytose au CHU Gabriel TOURE**

Vous nous faites un immense honneur, en acceptant de juger ce travail. Nous avons été marqués par votre accueil, disponibilité et votre culture scientifique.

Vos remarques et suggestions ont contribué à l'amélioration de la qualité de ce travail. Soyez en assurez de notre respect et de notre profonde reconnaissance

A notre Maître et co-directeur de mémoire:

Docteur Abdoul Karim Doumbia

- Maître de Recherche en pédiatrie.

- Praticien au CHU Gabriel Touré.

C'est un grand honneur de nous confier ce travail, nous vous remercions d'avoir veillé à la réalisation de ce mémoire. Nous espérons avoir mérité votre confiance. Veuillez accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux et les plus reconnaissants.

Liste des abréviations

AVB : Accouchement par voie basse

BAN: Battement des ailes du nez

BTA: Balancement thoraco-abdominal

CA : Canal artériel

CHU GT: Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CHU-YO: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

CIA: communication inter-auriculaire

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure

CPN : Consultation prénatale

CRP : Protéine C réactive

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF: Centre de santé de référence

DI : Décilitre

DR: Détresse respiratoire

DRNN: Détresse respiratoire du nouveau-né

G : Gramme

H: Heure

Hb: Hémoglobine

HTA: Hypertension artérielle

IC: Insuffisance cardiaque

INN: Infection néonatale

M : Minute

MCE : Massage cardiaque externe

NF : Non fait

NFS: Numération formule sanguine

OMS: Organisation mondiale de la santé

SFA : Souffrance fœtale aigue

TIC: Tirage intercostal

TRC : Temps de recoloration cutanée

TGV: Transposition des gros vaisseaux

Vit K1: Vitamine K1

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des nouveau-nés selon l'âge maternel

Tableau II: Répartition des nouveau-nés selon le lieu de résidence des parents.

Tableau III: Répartition des nouveau-nés en fonction du niveau socio-économique des parents.

Tableau IV: Répartition selon le niveau d'instruction de la mère

Tableau V: Répartition des mères selon la parité

Tableau VI: Répartition des nouveau-nés selon le nombre de consultations prénatales (CPN) réalisé.

Tableau VII: Répartition des nouveau-nés selon les antécédents pathologiques des mères

Tableau VIII: Répartition des nouveau-nés selon la voie d'accouchement

Tableau IX: Répartition des nouveau-nés selon la durée du travail

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

Tableau XI: Répartition des nouveau-nés selon l'âge

Tableau XII: Répartition des nouveau-nés selon le sexe

Tableau XIII: Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar.

Tableau XIV: Répartition des nouveau-nés selon la notion de réanimation à la naissance

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

Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés selon les signes de DR

Tableau XVII: Répartition des nouveau-nés en fonction de la saturation

Tableau XVIII: Répartition des nouveau-nés en fonction du Score de Silverman

Tableau XIX: Répartition des nouveau-nés selon les autres signes cliniques

Tableau XX: Répartition des nouveau-nés selon la gravité de la DR.

Tableau XXI: Répartition des nouveau-nés en fonction des valeurs de la protéine C réactive (CRP)

Tableau XXII: Répartition des nouveau-nés en fonction des résultats de la radiographie du thorax

Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés en fonction des résultats de l'échographie cardiaque

Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés selon l'étiologie de la détresse respiratoire

Tableau XXV: Répartition des nouveau-nés en fonction du traitement

Tableau XXVI: Répartition des nouveau-nés selon de la durée d'hospitalisation

Tableau XXVII: Répartition des nouveau-nés selon le devenir

SOMMAIRE

I. Introduction.....	2
II. Objectifs.....	5
III. Méthodologie.....	7
1. Lieu d'étude.....	8
2. Type d'étude et période d'étude.....	9
3. Population d'étude.....	9
a) critères d'inclusion.....	9
b) critères de non inclusion.....	9
4. Recueil de données.....	10
5. Analyse des données.....	11
6. Définitions opérationnelles.....	11
IV. Résultat.....	13
V. Commentaires et discussion.....	29
Conclusion.....	34
Recommandation.....	36
Références.....	38
Fiche d'enquête.....	42
Abstract.....	50

INTRODUCTION

I.INTRODUCTION

La détresse respiratoire est une impossibilité d'instaurer et de maintenir une respiration normale. [1] La détresse respiratoire du nouveau-né à terme (DRNN) est un motif fréquent d'hospitalisation et entraîne une mortalité considérable dans les pays en développement. [1] Il s'agit d'un groupe hétérogène de maladies dont la prévalence, l'étiologie sous-jacente, l'évolution clinique et le pronostic sont très variables [2]. Environ 15 % des nouveau-nés à terme et 29 % des prématurés admis dans une unité de soins intensifs néonataux présentent une DRNN [3]. Selon les estimations de l'organisation mondiale de la santé (OMS), près de 3% des quelque 120 millions d'enfants qui naissent chaque année dans les pays en développement présentent une détresse respiratoire exigeant une réanimation et environ 900 000 d'entre eux meurent [1].

Les causes de la DRNN comprennent les atteintes pulmonaires et extra-pulmonaires ; elle peut être due à une cause médicale ou chirurgicale. Le diagnostic est clinique associant une anomalie de la fréquence respiratoire (polypnée, bradypnée, pauses, apnées), des signes de lutte respiratoire (score de Silverman), une cyanose généralisée ou localisée (péribuccale, ongles) [4].

La DRNN est une urgence qui, en absence de traitement adapté peut entraîner un arrêt cardiaque brutal par hypoxie qui est source de séquelles neurologiques graves. Sa prise en charge en salle de naissance, pendant le transfert et en néonatalogie doit être codifiée [5] [6]. La réduction de la mortalité néonatale passe par l'amélioration des compétences des prestataires en salle d'accouchement, notamment avec le concept de la « Golden minute » [6].

Au Mali, la mortalité néonatale est très élevée à cause de l'insuffisance du plateau technique, du manque de personnel qualifié et des difficultés d'organisation des soins rendant difficile la prise en charge des cas [1]. Malgré ces défis énormes en termes de diagnostic et de prise en charge, très peu d'études ont été consacrées à la détresse respiratoire du nouveau-né à terme. La présente

Détresse respiratoire du nouveau-né à terme: aspects cliniques, étiologiques et évolutifs

étude a été initiée pour rapporter la fréquence de la détresse respiratoire chez le nouveau-né à terme et décrire les aspects de la prise en charge et l'évolution à court terme de la DRNN dans le service de néonatalogie du CHUGT.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS:

a. Objectif général

Décrire le profil clinique, les facteurs étiologiques et pronostiques de la détresse respiratoire (DR) du nouveau-né à terme hospitalisé dans le service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré.

b. Objectifs Spécifiques

1. Déterminer la fréquence de la DR chez les nouveau-nés à terme dans le service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré,
2. Décrire le profil clinique des nouveau-nés à terme souffrant de DR,
3. Déterminer les étiologies de la DRNN à terme,
4. Décrire les problèmes liés à la prise en charge.
5. Décrire l'évolution de la détresse respiratoire du nouveau-né à terme dans le service de néonatalogie.

METHODOLOGIE

III. MÉTHODOLOGIE

1. LIEU D'ÉTUDE

Cette étude a été menée dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré qui dispose d'un service de néonatalogie de référence nationale.

Le service de néonatalogie est situé à l'étage du département de pédiatrie. Il comporte un hall d'accueil, des bureaux et cinq box d'hospitalisation répartis comme suit:

- Box 1: réservé aux nouveau-nés à terme stable
- Box 2 : réservé aux nouveau-nés à terme instables
- Box 3 : réservé aux prématurés et aux hypotrophes stables
- Box 4 : réservé aux nouveau-nés et aux hypotrophes instables
- Box 5 : réservé aux couveuses

Elle comporte également une unité Kangourou (pour le suivi des prématurés et hypotrophes) et des salles de tri et de rendez-vous, une salle de réunion.

Le service est équipé de trente berceaux, dix tables chauffantes, dix couveuses, d'un circuit d'oxygène qui fournit une assistance respiratoire aux nouveau-nés en détresse, de six appareils de photothérapie.

Il n'y a pas d'installations pour la ventilation mécanique ni de pression positive continue (Continuous Positive Airway Pressure = CPAP).

Le service de néonatalogie accueille les nouveau-nés jusqu'à 28 jours de vie. Il est dirigé par un chef de service responsable d'une équipe médicale composée de médecins hospitaliers et de médecins en formation. Les médecins effectuent habituellement une visite dans la matinée.

L'équipe paramédicale est dirigée par un cadre infirmier (major) qui travaille en collaboration avec le chef de service. Elle est composée d'infirmières, d'aides-soignantes et des agents de service qui veillent à l'entretien et à la surveillance des locaux.

Le personnel de ces deux équipes se relaie jour et nuit pour assurer une surveillance médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. Chaque matin, une réunion du personnel présent permet de faire le point sur chaque enfant hospitalisé dans le département de pédiatrie.

Le service de néonatalogie admet environ 2700 nouveau-nés chaque année et les principales raisons d'admission sont les infections néonatales, l'asphyxie périnatale, l'hypotrophie, la prématurité et l'ictère. [8],

Les nouveau-nés référés proviennent le plus souvent des centres de santé communautaires, des hôpitaux de district (centre de santé de référence) et des cliniques ou cabinets privés.[8] Les nouveau-nés nés du service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré reçoivent des soins immédiats dans une salle de réanimation prévue à cet effet et équipée d'une table chauffante de réanimation, un circuit d'oxygène et des appareils de mesure.

2. TYPE D'ÉTUDE ET PÉRIODE D'ÉTUDE:

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective et descriptive menée dans le service de néonatalogie du CHUGT de Bamako (Mali), du 1^{er} janvier 2020 à 30 juin 2020.

3. POPULATION D'ETUDE:

La population étudiée comprenait les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours hospitalisés dans le service de néonatalogie.

a) Critères d'inclusion:

Les nouveau-nés à terme (Age gestationnel compris entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée) inclus dans cette étude présentaient une détresse respiratoire à l'admission.

b) Critères de non inclusion:

Les nouveau-nés prématurés (nés avant 37SA) et ceux issus de grossesses prolongées (supérieures à 41SA) n'avaient pas été retenus.

Les malformations congénitales pulmonaires et la hernie diaphragmatique constituaient également un critère de non inclusion.

4. RECUEIL DE DONNÉES:

Le recueil de données a été fait de façon prospective à l'interrogatoire et à partir des dossiers d'hospitalisation après avoir obtenue l'autorisation des parents/tuteurs des nouveau-nés ou des autorités hospitalo-universitaires.

Les variables étudiées étaient :

- a) La fréquence de la DR chez les nouveau-nés à terme
- b) Les caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des mères
 - a. Age des mères
 - b. Parité
 - c. Niveau d'instruction des mères
 - d. Suivi prénatal
 - e. Maladies maternelles (infectieuse, grossesse pathologique (diabète, hypertension artérielle (HTA)),
 - f. Mode d'accouchement (accouchement par voie basse (AVB), césarienne),
 - g. Lieu de naissance
- c) Caractéristiques sociodémographiques des nouveau-nés
 - h. Tranche d'âge (âge des nouveau-nés à l'admission)
 - i. Lieu de résidence
 - j. Niveau socio-économique des parents
 - k. Sexe
 - l. Poids de naissance
- d) Caractéristiques cliniques et devenir des nouveau-nés à terme présentant une détresse respiratoire
 - m. Score d'Apgar
 - n. Réanimation en salle de naissance
 - o. Score de Silverman
 - p. Sévérité de la détresse respiratoire lors de la présentation
 - q. Autres signes cliniques

- r. Radiographie du thorax,
- s. Echographie cardiaque,
- t. Bilan métabolique (glycémie, ionogramme),
- u. Hémogramme,
- v. Diagnostic étiologique
- w. Traitement symptomatique (oxygénothérapie, ...),
- x. Traitement étiologique utilisé (antibiotiques, ...)
- y. Médicaments administrés
- z. Durée de l'hospitalisation des nouveau-nés
- aa. Évolution et devenir immédiat des nouveau-nés

5. ANALYSE DES DONNÉES:

Les données avaient été analysées à l'aide de SPSS version 22.

6. DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES:

- a) **Détresse respiratoire néonatale:** la présence d'un ou plusieurs des signes suivants: une fréquence respiratoire anormale (tachypnée > 60 respirations/min, bradypnée < 30 respirations/min, pauses respiratoires ou apnée) ou des signes de lutte respiratoire (geignements expiratoires, battement des ailes du nez, tirage intercostales, entonnoirs xyphoïdiens ou balancement thoraco-abdominale), avec ou sans cyanose. [8]
 - Elle est dite précoce si la DR survient avant 7 jours de vie.
 - Et tardive si elle survient après 7 jours de vie.
- b) **Asphyxie périnatale :** un score APGAR < 7 à la 5ème minute de vie et la présence de signes neurologiques tels qu'hypotonie, diminution des réflexes, coma et/ou convulsions. [9].
- c) **Infection néonatale :** tout nouveau-né présentant une anamnèse infectieuse (rupture prolongée des membranes, fièvre maternelle autour de la période d'accouchement, infections uro-génitales maternelles au cours du dernier mois de grossesse, etc.), des signes cliniques d'infection, ou l'un des éléments

Détresse respiratoire du nouveau-né à terme: aspects cliniques, étiologiques et évolutifs

suivants: leucocytose $> 25\ 000/\text{mm}^3$, leucopénie $< 5\ 000/\text{mm}^3$, nombre de plaquettes $< 150\ 000/\text{mm}^3$, CRP $> 6\text{mg/l}$ [2, 9].

- d) **Tachypnée transitoire du nouveau-né (TTN):** nouveau-nés nés par césarienne, qui présentent un début aigu de DRNN immédiatement à la naissance ou en quelques heures avec une amélioration au cours des 24 à 48 premières heures de vie [2, 9].
- e) **Syndrome d'aspiration méconiale (SAM) :** c'est l'apparition d'une DRNN immédiatement à la naissance ou en quelques heures, avec des antécédents de liquide amniotique teinté de méconium. Ces nouveau-nés peuvent présenter une hypotonie ou une diminution des réflexes [8].

RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Fréquence de la DRNN au cours de la période d'étude

Au cours de la période d'étude de janvier 2020 à juin 2020 (6 mois), 1272 nouveau-nés avaient été hospitalisés parmi lesquels 705 étaient nés à terme (soit 55%). Cent quatre-vingt-huit nouveau-nés à terme avaient présenté une détresse respiratoire durant leur admission (soit 27% des nouveau-nés à terme).

2. Caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des mères

Tableau I: Répartition des nouveau-nés selon l'âge maternel

Age maternel (an)	Effectif	%
14-17	21	11
18-29	106	56
30-45	61	33
Total	188	100

L'âge des mères variait de 14 à 45 ans avec une moyenne de 24 ans et 56% avaient un âge compris entre 18 à 29 ans.

Tableau II: Répartition des nouveau-nés selon le lieu de résidence des parents

Résidence	Effectif	%
Urbaine (district et capitale régionale)	144	77
Rurale	44	23
Totale	188	100

Les nouveau-nés résidaient en zone urbaine dans 77% des cas.

Tableau III : Répartition des nouveau-nés en fonction du niveau socio-économique des mères.

Niveau socio-économique	Effectif	%
Défavorable	181	96
favorable	7	4
Total	188	100

Les mères vivaient dans des conditions socio-économiques défavorables dans 96% des cas.

Tableau IV: Répartition selon le niveau d'instruction de la mère

Niveau d'instruction de la mère	Effectif	%
Non scolarisé	89	47
Primaire	61	32
Secondaire	38	20
Total	188	100

Les mères n'étaient pas scolarisées dans 47% des cas.

Tableau V: Répartition des mères selon la parité

Parité	Effectif	%
Multiparité (\geq 4 accouchements)	69	37
Primiparité	62	33
Pauciparité (2 à 3)	57	30
Total	188	100

Les parturientes étaient multipares dans 37% des cas et primipares dans 33%.

Tableau VI: Répartition des nouveau-nés selon le nombre de consultations prénatales (CPN) réalisé.

Nombre de consultations prénatales (CPN)	Effectif	%
Moins de 4 CPN	104	55
4 CPN et plus	57	30
Aucune CPN	27	15
Total	188	100

Les mères n'avaient pas réalisées de CPN dans 15% des cas.

Tableau VII: Répartition des nouveau-nés selon les antécédents pathologiques des mères

Pathologie maternelle	Effectif	%
Hypertension artérielle (HTA)	8	4
Drépanocytose	6	3
Ag HBS positif	4	2
Asthme	2	1
Diabète	1	1
Malade mentale	1	1

L'HTA était retrouvée chez 8 mères (4%) et la drépanocytose chez 6 (3%).

Tableau VIII: Répartition des nouveau-nés selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	%
Voie basse	153	81
Césarienne	35	19
Total	188	100

Dans cette étude, 19% des mères avaient accouché par césarienne.

Tableau IX: Répartition des nouveau-nés selon la durée du travail

Durée du travail	Effectif	%
Durée travail > 18 h	9	5
Durée travail < 18 h	154	82
Non précisé	25	13
Total	188	100

La durée du travail d'accouchement était supérieure à 18 H dans 5% des cas.

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

Lieu d'accouchement		Effectif	%
CSREF		73	39
CHU	Gabriel Touré	40	24
	Point G	6	
CSCOM		40	21
Cabinet médical		28	15
Clinique		1	1
Total		188	100

Les nouveau-nés étaient nés au CHU dans 24% des cas ; 16% des mères avaient accouché dans une structure privée.

3. Caractéristiques sociodémographiques des nouveau-nés

Tableau XI: Répartition des nouveau-nés selon l'âge

Age (jour)	Effectif	%
< 1	99	53
1- 6	52	28
7 - 14	17	9
15 - 21	8	4
22 - 28	12	6
Total	188	100

L'âge du nouveau-né variait entre 0 et 28 jours avec une moyenne de 4 jours dont 53% étaient à J0 de vie.

Tableau XII: Répartition des nouveau-nés selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	119	63
Féminin	69	37
Total	188	100

Le sex-ratio était à 1,7.

4. Caractéristiques cliniques et devenir des nouveau-nés à terme présentant une détresse respiratoire

Tableau XIII: Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar.

Score d'Apgar		Effectif	%
1 ^{ère} minute	< 7	105	56
	≥ 7	74	39
5 ^{ème} minute	< 7	22	12
	≥ 7	157	83
Non précisé		9	5

Le score d'Apgar à 5 minutes de vie était inférieur à 7 dans 12% des cas.

Tableau XIV: Répartition des nouveau-nés selon la notion de réanimation à la naissance

Réanimation à la naissance	Effectif	%
Oui	95	51
Non	93	49
Total	188	100

Les nouveau-nés avaient été réanimés à la naissance dans 51% des cas.

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

Poids de naissance (g)	Effectif	%
< 2500	53	28
2500-4000	130	69
> 4000	3	2
Total	188	100

Le poids de naissance variait de 1280g à 4110g avec une moyenne de 2608g.

Les petits poids (<2500g) de naissance représentaient 28% de l'effectif.

Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés selon les signes de DR

Signes de lutte respiratoire	Effectif	%
Tirage intercostal (TIC)	187	99
Battement des ailes du nez (BAN)	181	96
Geignement	32	17
Balancement thoracoabdominal (BTA)	6	3
Entonnoir xyphoïdien	6	3

Les patients ayant présenté un tirage intercostal représentaient 99%, et 17% avaient présenté un geignement.

Tableau XVII : Répartition des nouveau-nés en fonction de la saturation

Saturation (%)	Effectif	%
< 80	55	29
80-92	71	38
> 92	62	33
Total	188	100

Une désaturation était observée chez 67% des nouveau-nés.

Tableau XVIII: Répartition des nouveau-nés en fonction du score de Silverman

Score de Silverman	Effectif	%
2	36	19
3	37	20
4	55	29
5	33	18
6	22	11
7	4	2
8	1	1

Un score de Silverman > 5/10 était observé chez 14% des patients.

Tableau XIX: Répartition des nouveau-nés selon les autres signes cliniques

Autres signes cliniques	Effectif	%
Reflexes archaïques émoussés	143	76
Incapacité de téter	99	53
Fièvre /Hypothermie	90	48
Convulsion	48	25
Altération de la conscience	46	24
Cyanose	44	23
Ictère	7	4
Dysmorphie faciale	5	3
Déformation thoracique	4	2
Trismus et paroxysme	2	1
Rectorragie	1	1
Tuméfaction du sein gauche	1	1

Les principaux signes cliniques associés à la DR étaient une faiblesse des réflexes archaïques (76%) et la fièvre/hypothermie (48%). Des convulsions avaient été observées chez un quart des patients.

Tableau XX: Répartition des nouveau-nés selon la gravité de la DR.

Gravité de DR	Effectif	%
Détresse respiratoire légère	36	19
Détresse respiratoire modérée	125	67
Détresse respiratoire intense	27	14
Total	188	100

La DR était intense dans 15% des cas et modérée dans 67% des cas.

Tableau XXI: Répartition des nouveau-nés en fonction des valeurs de la protéine C réactive (CRP)

CRP	Effectif (n=114)	%
Positive	16	14
Négative	98	86

La CRP était positive chez 14% des patients.

Tableau XXII: Répartition des nouveau-nés en fonction des résultats de la radiographie du thorax

Radiographie du thorax de face	Effectif (n= 10)	%
Normale	5	50
Pathologique	5	50

Une radiographie du thorax avait été réalisée chez dix patients et la moitié des clichés était pathologique.

Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés en fonction des résultats de l'échographie cardiaque

Échographie cardiaque	Effectif (n= 11)	%
Normale	4	36
Communication inter-auriculaire (CIA)	2	18
Tétralogie de Fallot	1	9
Communication interventriculaire (CIV)	1	9
Transposition des gros vaisseaux (TGV)	1	9
Persistance du canal artériel	1	9
Cardiopathie complexe	1	9

Une échographie cardiaque avait été réalisée chez 11 patients et une cardiopathie congénitale avait été objectivée chez 7 patients (soit 63%).

Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés selon l'étiologie de la détresse respiratoire

Diagnostic	Effectif	%
Asphyxie périnatale	103	55
Infection néonatale	63	34
Malformations congénitales	13	6
Tachycardie transitoire	6	3
Maladie hémorragique	2	1
Inhalation méconiale	1	1
Total	188	100

L'asphyxie périnatale constituait la 1ère cause de détresse respiratoire dans notre étude avec 55% des cas, suivi de l'infection néonatale à 34% et les malformations congénitales (6%).

Tableau XXV: Répartition des nouveau-nés en fonction du traitement

Traitement	Effectif	%
Antibiothérapie	182	97
Sérum glucosé 10%	167	89
Oxygénothérapie	147	78
Vit K1	108	57
Caféine	21	11
Autres	23	12

Une antibiothérapie était prescrite 182 patients (97%). Le sérum glucosé hypertonique avait été administrée à 89% des patients ; une oxygénothérapie chez 78%. La caféine avait été administrée dans les cas d'anoxie périnatale associés à une pause respiratoire (11%).

Tableau XXVI: Répartition des nouveau-nés selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jour)	Effectif	%
1-2	60	32
≥3	128	68
Total	188	100

La durée d'hospitalisation variait de 1 à 24 jours avec une moyenne de 4 jours.

Tableau XXVII: Répartition des nouveau-nés selon le devenir

Devenir	Effectif	%
Guérison	112	60
Décès hospitaliers	71	37
Sortie contre avis	3	2
Transfert	2	1
Total	188	100

Le taux de mortalité était de 37%. Trois patients (2%) étaient sortis contre l'avis des médecins et deux nouveau-nés avaient été transférés dans un autre service à la demande des parents.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude, malgré quelques limites liées à la petite taille de l'échantillon et sa courte durée (6 mois) a permis de décrire les aspects étiologiques, le profil clinique et l'évolution de la DRNN dans le service de néonatalogie.

a) Fréquence de la DR chez les nouveau-nés

La fréquence de la détresse respiratoire chez les nouveau-nés à terme était de 27%. Ces résultats étaient légèrement inférieurs à ceux obtenus par Faye et al. (34,8%) mais qui avaient réalisé une étude sur une période de 12 mois [9]. Une étude similaire non publiée, réalisée dans une unité de néonatalogie d'un hôpital universitaire marocain avait trouvé un taux d'admission de 9,8% [10]. La prévalence de la détresse respiratoire néonatale était plus élevée dans les études ayant inclus les prématurés et les post matures (58,4 % au Nigéria et 47,5 % rapportés par Tochie *et al.* dans un centre tertiaire au Cameroun [2] [8]. Ces résultats confirment que la détresse respiratoire du nouveau-né à terme, bien que fréquente, et d'évolution souvent favorable par rapport à la DR du prématuré, ne doit pas être sous-estimée [11].

b) Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des mères

Le niveau d'instruction des mères, la multiparité et l'insuffisance ou le manque de suivi prénatal sont généralement associés à un risque de survenue de la détresse respiratoire chez les nouveau-nés [2][3]. Dans cette étude, une grande partie des mères n'avait pas effectué le nombre minimal de CPN préconisé par l'OMS. Suivant le nouveau modèle de l'OMS pour les soins prénataux, le nombre de consultations prénatales passe de quatre à huit. Ces consultations offrent plus d'occasions de détecter et de prendre en charge précocement des complications liées à la grossesse et à l'accouchement [12].

Près d'un tiers des mères étaient primipares; selon plusieurs auteurs, la primiparité est un facteur de risque des complications périnatales et maternelles [3] [4] [13]. Les primipares ont tendance à se trouver dans la tranche d'âge la plus jeune et elles sont plus sujettes aux présentations incorrectes et au travail

dystocique prolongé [3] [14]. Cela peut être associé au fait que ces femmes primipares ont un bassin relativement plus étroit et qu'elles sont plus exposées à diverses complications (l'anémie, la prééclampsie/éclampsie, le paludisme) pendant la grossesse [2] [3].

c) Caractéristiques sociodémographiques des nouveau-nés

La majorité des patients était née dans des structures périphériques (privées et publiques) généralement sous équipés et dépourvues de personnel qualifié. Les mères démunies financièrement et soumises aux obstacles culturels préfèrent y accoucher à cause de l'accès facile.

La plupart (81%) des mères avait accouché par voie basse. Selon la littérature, la naissance à terme en dehors du travail a été identifiée comme un facteur de risque de développer une détresse respiratoire [11] [4] [17] [16]. En réalité les césariennes étaient réalisées le plus souvent en urgence sur des parturientes évacuées de la périphérie victimes d'un retard à l'évacuation et/ou d'un long délai de prise en charge [7] [18]. D'où la nécessité d'une amélioration du système de référence/évacuation et de la gratuité de la césarienne qui permettront de diminuer la mortalité et la morbidité materno-fœtal. La formation continue du personnel (sages-femmes et matrones), l'équipement des centres périphériques et l'amélioration des conditions de transport des nouveau-nés doivent être intégré dans la politique de prévention afin de minimiser les risques de morbidité et de mortalité néonatale [18].

Plus de la moitié (53%) des patients était admis avant la 24^{ème} heure de vie; la tranche d'âge de 0 à 6 jours était prédominante (81%). L'âge moyen des patients était de 4 jours de vie. Plusieurs études confirment cette prédominance de la détresse respiratoire pendant la période néonatale précoce [9]. L'admission en période néonatale précoce, le sexe masculin et la provenance d'une autre maternité influençaient significativement la mortalité néonatale. [18] [19]

d) Caractéristiques cliniques et devenir des nouveau-nés à terme présentant une détresse respiratoire

Les nouveau-nés eutrophiques étaient largement prédominants (71%). Ce taux était légèrement supérieur à celui retrouvé par Faye PM et al. (61,5%) [9]. Le faible poids de naissance est un facteur de risque connu surtout dans les pays subsahariens malgré les avancées thérapeutiques en néonatalogie [18].

Dans cette étude, un score d'Apgar inférieur à 7 avait été observé chez 56 % des nouveau-nés à la 1^{ère} minute et chez 12% à la 5^{ème} minute. Un mauvais score d'Apgar à la 5^{ème} minute de vie est associé le plus souvent à une mortalité néonatale élevée, ce qui prouve que l'asphyxie périnatale est une cause majeure de DR [20].

La majorité des patients avaient présenté d'emblée une DR grave avec une saturation basse ce qui serait significativement associée à une morbidité prolongée (durée du séjour à l'hôpital) et à une mortalité accrue dans les structures peu équipées [2].

L'hémogramme était l'examen fréquemment réalisé. Les prélèvements bactériologiques n'étaient pas généralement effectués, le dosage de la CRP avait été fait chez 61% des patients. La radiographie du thorax avait été réalisée chez seulement 5% des patients. Le sous-équipement (service d'imagerie en rénovation au moment de l'étude) et le faible niveau socio-économique des parents étaient les principaux motifs de non réalisation de certains examens biologiques et radiologiques pertinents.

Les principales causes de la détresse respiratoire retrouvée chez les nouveau-nés étaient l'asphyxie périnatale (55%), l'infection néonatale (34%) et les malformations congénitales (6%). Ce résultat était proche des études antérieures réalisées au Burkina Faso et au Sénégal [6] [9]. Cependant, l'asphyxie périnatale ne serait pas une cause majeure de détresse respiratoire néonatale dans les pays développés, comme le soulignent Golubnitschaja et al [20]. La plupart des cas d'asphyxie néonatale peuvent être prévenus par des soins intra-partum

appropriés, en particulier si la mère souffre d'hypertension ou d'une hémorragie et en améliorant la qualité des soins médicaux à la naissance [21]. Cette étude laisse entendre qu'il existe une lacune évidente dans la prise en charge et la prévention de la DRNN.

La prise en charge n'était pas adaptée à cause du manque de matériel de réanimation cardio-respiratoire adéquate d'où la nécessité d'amélioration du plateau technique.

Selon la littérature, ces décès néonataux dépendraient en grande partie du lieu d'accouchement ainsi que du type de soins procurés pendant l'accouchement [22]. La prévention et une meilleure prise en charge des pathologies au cours de la grossesse réduiraient considérablement la survenue de la DRNN. Aussi, la formation du personnel de santé aux gestes qui sauvent, contribuerait à la réduction de la morbidité et la mortalité néonatale. [21]

CONCLUSION

CONCLUSION

Cette étude transversale a révélé que la détresse respiratoire néonatale est fréquente et reste associée à une mortalité élevée. L'asphyxie néonatale est la principale cause de DR chez les nouveau-nés à terme. Un renforcement des capacités du personnel, la disponibilité de l'équipement de réanimation néonatale et l'amélioration des conditions de transfert pourrait améliorer la qualité des soins prénataux et la prise en charge de la mère et du nouveau-né.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats alarmants retrouvés, nous recommandons:

- **Aux autorités politico-administratives**
 - Prendre en compte des résultats obtenus dans les prises de décision politique.
- **Aux autorités universitaires**
 - Organiser régulièrement des formations continues ou des enseignements postuniversitaires (EPU) afin de mieux outiller le personnel dédié à la prise en charge de la détresse respiratoire néonatale.
- **Aux autorités hospitalières**
 - Renforcer l'effectif de l'équipe soignante surtout en ce qui concerne le service de pédiatrie.
 - Équiper convenablement le service de néonatalogie en matériel moderne de réanimation.
- **Au personnel médical de la maternité**
 - Transférer ou alerter précocement tout nouveau-né avec risque infectieux, antécédent de SFA, dysmaturité pour une prévention efficace ;
- **Au personnel médical de la pédiatrie**
 - Élaborer un protocole adapté à la prise en charge des cas de DRNN à terme.

REFERENCES

REFERENCES

1. **WHO/RHT/MSM/98.1.** Premiers soins de réanimation du nouveau-né : guide pratique. URL whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_RHT_.
2. **Kuti BP, Mohammed LO, Oladimeji OI, Ologun BG, Kuti DK, Fawale OO.** Respiratory distress in nigerian neonates: Prevalence, severity, risk, and etiological factors and outcome. *Niger J Basic Clin Sci* 2018;15:42-9.
3. **Adebami OJ, Joel-Medewase V, Agelebe E, Ayeni TO, Kayode OV, Odeyemi, et al.** Determinants of outcome in newborns with respiratory distress in osogbo, Nigeria. *IntJ Res Med Sci* 2017;5:1487-93..
4. **Bourrillon A.** Détresse respiratoire du nouveau-né. In: Bourrillon A, et al. *Pédiatrie pour le praticien*. Masson; 2011:58-62.
5. **Reuter S, Moser C, Baack M.** Respiratory distress in the newborn. *Pediatr Rev.* 2014 Oct;35(10):417-28; quiz 429. doi: 10.1542/pir.35-10-417. PMID: 25274969; PMCID: PMC4533247.
6. **Kinda B, Ouédraogo S, Koné A, Koueta F, Simporé A, Kaboré F.** Détresse vitale du nouveau-né en salle de naissance au CHU-YO de Ouagadougou : intérêt de la réanimation néo natale. *The Pan African Medical Journal.* 2016 ; 23 : 234.
7. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la République du Mali, Direction Nationale de la Santé, CHU Gabriel Touré (2020) Rapport d'activité du Service de Pédiatrie.** 37 p.
8. **Tochie JN, Choukem S, Langmia RN, Barla E, Koki-Ndombo P.** Neonatal respiratory distress in a reference neonatal unit in Cameroon: An analysis of prevalence, predictors, etiologies and outcomes. *Pan African Medical J* 2016; 24:152.

9. **Faye P M, Ba A, Diagne Gueye, NR Dieng, YJ, Gueye M, Sow NF, Seck MA, Fattah M, Thiongane A, Fall AL, Diouf F, N'Diaye O, Sy Signaté, H Sarr M.** La détresse respiratoire du nouveau-né à terme au service de néonatalogie du centre hospitalier d'enfants Albert Royer de Dakar, Sénégal. *Med.Afr.noire* (En ligne). Janvier 2016; 63(1): 35-43
10. **Chakrouni M.** Détresse respiratoire chez le nouveau-né à terme (à propos de 75 cas). Thèse de Doctorat en médecine: Université Sidi Mohammed Ben Abdellah ; 2009.
11. **Girard, I., Sommer, C., Dahan, S., Mitanchez, D., & Morville, P. (2012).** Détresse respiratoire du nouveau-né à terme : quels facteurs de risque de développer un pneumothorax ? *Archives de Pédiatrie*, 19(4), 368–373. doi:10.1016/j.arcped.2012.01.019.
12. **World Health Organization. Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO.**
<https://www.who.int/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
13. **Genc S, Emeklioglu CN, Cingillioglu B, Akturk E, Ozkan HT, Mihmanli V.** The effect of parity on obstetric and perinatal outcomes in pregnancies at the age of 40 and above: a retrospective study. *Croat Med J.* 2021 Apr 30;62(2):130-136. doi: 10.3325/cmj.2021.62.130.
14. **Woday A, Muluneh A, St Denis C.** Birth asphyxia and its associated factors among newborns in public hospital, northeast Amhara, Ethiopia. *PLoS One.* 2019 Dec 20;14(12):e0226891.
15. **Dani C, Reali MF, Bertini G, Wiechmann L, Spagnolo A, Tangucci M, Rubaltelli FF.** Facteurs de risque de développement du syndrome de détresse respiratoire et de tachypnée transitoire chez les nouveau-nés. Groupe italien de pneumologie néonatale. *Eur Respir J.* 1999; 14 (1):155–159.

16. **Li Y, Zhang C, Zhang D.** Cesarean section and the risk of neonatal respiratory distress syndrome: a meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics* 2019;1–15.][Tochie JN, Choukem S-P, Langmia RN, Barla E, Koki-Ndombo P: Neonatal respiratory distress in a reference neonatal unit in Cameroon: an analysis of prevalence, predictors, etiologies and outcomes. *Pan African Medical Journal* 2016, 24(1).
17. **Condò V, Cipriani S, Colnaghi M, Bellù R, Zanini R, Bulfoni C, et al:** Neonatal respiratory distress syndrome: are risk factors the same in preterm and term infants? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2017, 30(11):1267–1272.
18. **Lasme E, Amon-Tanoh Dick F, Akaffou E ; Ehua-Amangoua E, Koffi O. ; Kangah Diekouadio F.** Les facteurs de risque des détresses respiratoires néonatales en milieu hospitalier à Abidjan. *Ann. Pediatr. (paris)*, 1997,44 (9) : 635-9.
19. **Koum DC, Essomba NE, Ngaba GP, Sintat S, Ndombo PK, Coppieters Y.** Morbidité et facteurs de risque de mortalité néonatale dans un hôpital de référence de Douala [Morbidity and risk factors for neonatal mortality in Douala Referral Hospital]. *Pan Afr Med J.* 2015 Mar 17;20:258. French. doi: 10.11604/pamj.2015.20.258.5648. PMID: 26161181; PMCID: PMC4484331
20. **Golubnitschaja O, Yeghiazaryan K, Cebioglu M, Morelli M, Herrera-Marschitz M.** Birth asphyxia as the major complication in newborns: Moving towards improved individual outcomes by prediction, targeted prevention and tailored medical care. *EPMA J* 2011;2:197-210.
21. **World Health organisation. The World Health Report:** Health systems financing, the path to Universal Coverage. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2006:1-4.

22. **Chelo D, Monebenimp F, Npanguepko FR, Tietche F.** Mortalité néonatale précoce et ses déterminants dans une maternité de niveau I à Yaoundé, Cameroun [Early neonatal mortality and its determinants in a Level 1 maternity in Yaounde, Cameroon]. Pan Afr Med J. 2012;13:67. French. Epub 2012 Nov 26. PMID: 23346281; PMCID: PMC3549444.

FICHE D'ENQUETE

N° dossier :

I. ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

A. Identité du Nouveau-né :

1. Nom :..... Prénom :.....
2. Sexe : 1.Masculin/_/; 2.Féminin/_/
3. Age gestationnel:SA
4. Date d'accouchement:.../_/....
5. Date d'admission:.../.../..
6. Age Chronologique à l'admission:.....
7. Niveau socio-économique : 1.bas/_/_/, 2. Moyen/_/_/ ; 3.Haut/_/_/_/
8. Lieu de résidence (Origine) : 1.Urbaine / _/_/_/ ; 2.Rurale / _/_/_/_/

B. Antécédents maternels (familiaux)

1. Age maternel:.....ans
2. Consanguinité : Oui / _/_/_/ Non/_/_/_/
3. Geste : |__|
4. Parité : |__|
5. Pathologie maternelle: 1.Oui / _/_/_/ 2. Non/_/_/_/ ; si oui, préciser :
.....
6. Niveau d'instruction de la mère : 1.Primaire/_/_/ ; 2.Secondaire/_/_/_/
7. Profession de la mère :
8. Anamnèse infectieuse:1. Oui / _/_/_/ 2. Non/_/_/_/

C. Antécédents prénataux :

- a. Suivi de grossesse :
- b. Nombre de CPN :.....
- c. Bilan sérologique : 1.Toxoplasmose / _/_/ 2.Rubéole / _/_/ 3.Syphilis / _/_/4.
HIV / _/_/ 5.Ag HBS/_/_/ 7. CMV/_/_/
- d. Prise médicamenteuse 1. Oui/_/_/ ; 2. Non/_/_/ ; 3.Préciser :.....
- e. Echographie anténatale normale :
- f. Groupage :

g. Corticothérapie anténatale: 1.oui /___/ 2. Non/___/ ; si oui, préciser le type :

h. Autres médicaments: 1.oui /___/ ; 2.non/___/ ; si oui, préciser le type :

D. Antécédents per-nataux :

1. Durée du travail:.....Heures

2. Rupture des membranes:.....Heures

3. Aspect du L A:1.clair/___/ ; 2. Méconial /___/

4. Présentation:.....

5. Lieu d'accouchement : 1.CHU/___/2.CSREF /___/3.Cabinet /___/4.maison d'accouchement/___/A domicile/___/; date :... /___/..... ; heure:.....

6. Voie d'accouchement : 1.VH|___| 2.VB|___|, Indications de la césarienne :.....

7. Complications de l'accouchement: 1.Oui /___/ 2. Non/___/ ; si oui, préciser :

8. Etat du nouveau-né à la naissance :

a. Apgar : 10 min : _____ 15 min : _____

b. Cri : 1. Vigoureux /___/; 2.Non vigoureux/___/

c. Réanimation néonatale: 1.Oui /___/ 2.Non/___/ ; si oui, préciser la durée :

d. Poids de naissance :.....g

e. Taille de naissance :.....cm

f. PC de naissance :.....cm

g. Mode d'alimentation : 1.gavage |___| 2.perfusion|___|

II. ASPECTS CLINIQUES :

A. Etat du nouveau-né à l'admission

1. Signes fonctionnels:

- a. Cyanose: 1.Oui /____/ 2. Non/____/
- b. Refus de téter: 1.Oui /____/ 2.Non/____/
- c. Dyspnée: 1.oui /____/ 2.non/____/
- d. Trouble de conscience: 1.oui /____/ 2.non/____/
- e. Geignement: 1.oui /____/ 2. non/____/
- f. Cri faible: 1.oui /____/ 2. non/____/
- g. Convulsions: 1.oui /____/ 2. non/____/
- h. Autres: 1.oui /____/ 2.non/____/ ; si oui préciser :.....
- i. Délai d'apparition de la détresse respiratoire/
Naissance:.....jours

2. Examen clinique:

a. signes généraux :

- Dysmorphie Faciale : 1.oui /____/ 2.non/____/ ; si oui, préciser le type :
- Poids:g
- Taille:cm
- Température:°c
- SaO₂:%
- FC:battements/min
- FR:cycles/min
- Temps de recoloration:< à 3sec :...; > à 3sec :.....
- Cyanose: 1.oui /____/ 2.non/____/
- Apnées: 1.oui /____/ 2. non/____/
- Pausés respiratoires: 1.oui /____/ 2. non/____/

b. Examen pleuro pulmonaire:

1. Aspect du thorax:
2. Tirage sous-costales: 1.Oui / ___/ 2.Non/ ___/
3. Fréquence respiratoire: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/
4. Battement des ailes du nez : 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/
5. Gémissement respiratoire : 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/
6. Ecoulement de bave : 1.Oui / ___/ 2.Non/ ___/
7. Wheezing : 1.Oui / ___/ 2.Non/ ___/
8. Score de Silverman:
9. Crépitants: 1.Oui / ___/ 2.Non/ ___/
10. Ronchi : 1.Oui / ___/ 2.Non/ ___/
11. Sibilants: 1.oui / ___/ 2.non/ ___/
12. Ronflants: 1.oui / ___/ 2.non/ ___/

c. Examen cardio-vasculaire:

1. Pouls fémoraux: 1. Perçus/ ___/ ; 2.Non perçus / ___/
2. Souffle: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/ ; si oui, caractériser le type :
3. Irrégularité du rythme: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/
4. Autres: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/

d. Examen neurologique:

1. Conscience: 1. Conservé/ ___/ ; 2. Altérée / ___/
2. Tonus: 1. Bon / ___/; 2. Mauvais / ___/
3. Reflexes archaïques: 1. Présent/ ___/ ; 2. Absent / ___/
4. aspect de la fontanelle: 1.Normal, 2.Large ; 3.Deprimée 4.Bombée
5. Autres:

c. Examen abdominal:

1. Distension abdominale: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/
2. Epreuve à la sonde: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/
3. Hépatomégalie: 1.Oui / ___/ 2.Non/ ___/
4. Splénomégalie: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/

5. Autres: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/

d. Signes de traumatisme obstétrical:

1. Fracture de la clavicule: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/

2. Paralysie obstétricale du plexus brachiale: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/

3. Autres: 1.oui / ___/ 2. non/ ___/

3. Bilan:

a. Radiologie :

- Rx Thoraco-abdominale: 1. Initiale: /___/ 2. Contrôle: /___/

- TDM thoracique :

- Echographie cardiaque:

- ETF: |__|

- Autres:

b. Biologie:

- Gaz du sang: |__|

- Réserves alcalines : |__|

- NFS: HB:..... GB:..... PNN: 0000000

Lymphocytes.....:

PLQ: CRP:.....

- Hémoculture: 1.Oui / ___/ 2. Non/ ___/

- Ponction lombaire: 1. Oui / ___/ 2. Non/ ___/

- Ionogramme sanguin: 1.Glycémie: /___/ 2.Calcémie: /___/

3.Natrémie: /___/ 4.Kaliémie: /___/ 5.Urée: /___/ 6.Créatinémie: /___/

- Autres:

III. ETIOLOGIES PRESUMÉES DE LA DR

1. Médicales :

- a. Inhalation méconiale |__|
- b. Tachycardie transitoire : |__|
- c. Maladie des membranes hyalines : |__|
- d. Pneumothorax : |__|
- e. Atrésie des choanes : |__|
- f. Cause métabolique |__|
- g. Anoxie périnatale
- h. Pneumonie
- i. Troubles métabolique
- j. Autres :.....

2. Chirurgicales :

- a. Atrésie de l'œsophage |__|
- b. Hernie diaphragmatique |__|
- c. Atrésie de choanes |__|
- d. Syndrome de Pierre Robin |__|
- e. Autres causes:.....

IV. TRAITEMENT REÇU :

- 1. Oxygénothérapie:
- 2. Lunette |__|
- 3. Enceinte de Hood |__|
- 4. Masque |__|
- 5. Antibiothérapie : 1.Oui|__| 2.Non|__|
- 6. Indication de surfactant 1.Oui |__|2. Non |__|
- 7. Couveuse: |__|
- 8. Perfusion: |__|
- 9. Caféine: |__|
- 10. Vit K1: |__|

11. Autres :

V. DUREE D'HOSPITALISATION :

VI. EVOLUTION :

1. Guérison : |__|

2. Séquelles : |__|

3. Décès : /__/

ABSTRACT

OBJECTIF:

Le but était d'étudier les caractéristiques cliniques et les stratégies de gestion de la DRNN.

MÉTHODE:

Il s'agissait d'une étude prospective portant sur 188 nouveau-nés à terme atteints de DR. Les données cliniques et paracliniques avaient été recueillies dans les dossiers médicaux.

RÉSULTATS:

L'âge moyen des patients était de 4 jours avec un sex-ratio de 1,7. La naissance par césarienne représentait 19%. Les nouveau-nés étaient eutrophiques dans 69% des cas. La DR était précoce dans 61% des cas et 51% des nouveau-nés avaient été réanimés en salle de naissance. Les principaux signes cliniques observés étaient le tirage costal (99%), le battement des ailes du nez (96 %), la fièvre ou hypothermie (48%), la cyanose (23%), les geignements (17%). La DR était intense (score de Silverman > 5) dans 15% des cas. Les réflexes archaïques étaient émoussés dans 76% des cas. La saturation était basse ($SpO_2 < 92\%$) dans 33% des cas. Les principales étiologies observées étaient l'asphyxie périnatale (55%), l'infection néonatale (34%), les malformations congénitales (6%). La durée d'hospitalisation était supérieure à 72H dans 68% des cas. La létalité était de 37%.

CONCLUSION:

La DRNN est une affection fréquente et meurtrière dont la prise en charge doit être bien codifiée.