



Aspect épidémiologique-clinique des urgences médicales en néonatalogie à Mahajanga Madagascar

Epidemioclinical feature of the medical emergencies in neonatology in Mahajanga Madagascar

N RABESANDRATANA ^{(1)*}, N G RASAMIMANANA ⁽²⁾, H TETTO TATNKE ⁽¹⁾,
P RANDAOHARISON ⁽¹⁾, D ANDRIANARIMANANA ⁽³⁾

⁽¹⁾ Complexe Mère - Enfant, CHU Mahajanga Madagascar

⁽²⁾ Service des Urgences et des Soins Intensifs, CHU Mahajanga Madagascar

⁽³⁾ Service de Pédiatrie, CHU Mahajanga Madagascar

RESUME

Objectif : Évaluer la fréquence et la gravité des urgences médicales néonatales et relater les signes d'alerte les plus courants chez les nouveau-nés.

Méthodes : Nous avons effectué une étude rétrospective et descriptive allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2009 sur les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie au Complexe Mère Enfant au CHU Mahajanga Madagascar.

Résultats : Nous avons colligé 645 bébés (41,86%) en situation d'urgence sur les 1541 admis. Le sexe ratio était de 0,99.

Ces urgences néonatales s'agissaient surtout, par ordre de fréquence : d'une infection néonatale (54%), de la prématurité (20,3%), du retard de croissance intra-utérin (10,5%) et de l'anoxie néonatale (6,5%).

Les signes d'alerte pour les familles et les agents de santé étaient surtout les irrégularités thermiques (36,4%) soit hypothermie ou hyperthermie, les difficultés respiratoires (7,3%), et le très faible poids de naissance (7%).

Conclusion : La sensibilisation, l'information et l'éducation des mères avant la sortie de l'hôpital sur les signes d'alerte pouvant survenir chez les nouveau-nés devraient réduire la mortalité néonatale.

Mots clés : Nouveau-né, Signe d'alerte, Urgence néonatale, Mahajanga

SUMMARY:

Objective: To evaluate the frequency and the gravity of the neonatal medical emergencies and to relate the most current signs of alert at the newborn children.

Methods: We made a retrospective and descriptive study from January 1st to December 31st, 2009 on the newborn children hospitalized in neonatology in Mother Child Complex in the University Hospital of Mahajanga Madagascar.

Results: We recenssed 645 babies (41.86%) in emergency situation among 1541 hospitalized. The sex ratio was 0.99.

These occurred emergencies were mostly: the neonatal infection (54%), the prematurity (20.3%), the intra-uterine low delay of growth (10.5%) and the neonatal anoxia (6.5%).

The signs of alert observed by the families or the medical agents were mainly the thermal irregularities (36.4%), hypothermia or fever, the breath difficulties (7.3%), and the too low born weight (7%).

Conclusion: The sensibilisation, the information and the education of the mothers before the exit of the hospital about the signs of alert which can arise at newborn children, should reduce the neonatal mortality.

Keywords: Newborn child, Sign of alert, Neonatal emergencies, Mahajanga

INTRODUCTION

Durant la période néonatale, différentes pathologies entraînent des troubles perçus comme des signes prodromiques, partant d'un changement des habitudes du bébé à des signes beaucoup plus manifestes qui sont constatés par l'entourage familial et le personnel soignant.

Dans le monde, plus de 4 millions d'enfants de moins d'un mois meurent chaque année. Environ 40% des décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent pendant la période néonatale [1], dont la plupart au cours de la phase critique qui constitue la première semaine de vie [2]. En Afrique subsaharienne, on constate un taux de mortalité néonatale estimé à 44 pour mille [3]. A Madagascar, le taux de mortalité

néonatale était de 32‰ en 2005 [4].

L'objectif du millénaire pour le développement (OMD) vise à réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile, en passant de 93 enfants sur 1000 mourant avant l'âge de cinq ans en 1990 à 31 pour 1000 en 2015 [5].

Du Complexe Mère-Enfant du CHU Mahajanga et de l'Université de Mahajanga, Madagascar.

* *Auteur correspondant:*

Dr. RABESANDRATANA Norotiana

Adresse: Complexe Mère-Enfant

CHU Mahajanga

B.P 73, 401 Mahajanga Madagascar

Téléphone : +261 33 11 760 35

E-mail: fidynororal@yahoo.fr

Cette situation nous incite à mieux connaître les données malgaches sur les maladies des nouveau-nés dans le cadre des urgences en néonatalogie à Madagascar. Nous proposons de réaliser une étude sur les urgences médicales néonatales dans le but d'identifier les pathologies les plus fréquemment rencontrées et de recenser les signes d'alerte les plus courants chez les nouveau-nés au CHU de Mahajanga.

METHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive chez les nouveau-nés pris en charge dans un contexte d'urgence médicale à l'unité de néonatalogie du Complexe Mère-Enfant (CME) au CHU de Mahajanga du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009 (sur une période de 12 mois). Nous avons inclus tous les bébés admis pour une urgence médicale néonatale. Les dossiers des nouveau-nés ayant présenté une malformation congénitale étaient exclus. Les paramètres épidémiologiques étudiés étaient le sexe, le poids à la naissance, le score d'Apgar, les pathologies retrouvées, les signes d'alerte chez le nouveau-né notés par les familles et le devenir immédiat.

RESULTATS

Nous avons colligé 645 dossiers de bébés ayant fait l'objet d'une urgence néonatale parmi les 1541 admissions (soit 41,86%). Le sex-ratio était de 0,99. Le poids de ces nouveau-nés variait de 530g à 4925g, avec un poids moyen de 2638,61g et un poids médian de 2700g. Les moins de 2500g composaient les 42% de la série et les moins de 1500g les 6% de la série (Figure 1).

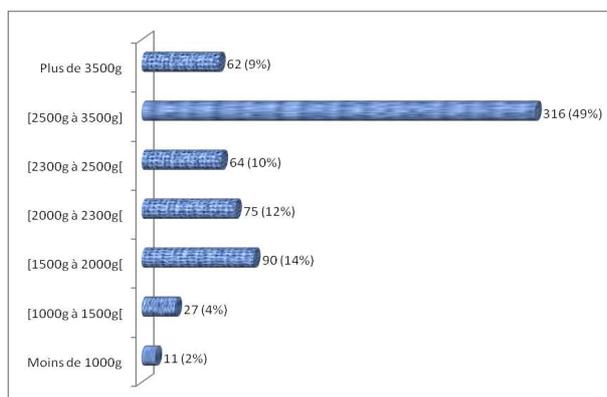


Figure 1 : Distribution du poids à la naissance

Nous avons constaté à partir des examens vitaux des 5 premières minutes de naissance que 27,3% des bébés étaient dans une situation alarmante avec un score d'Apgar inférieur ou égale à 7, dont 6,6% dans un état de mort apparente avec un score d'Apgar inférieur ou égale à 3 (Tableau I).

Les différentes pathologies néonatales étaient surtout infectieuses, la prématurité, le retard de croissance intra utérin et l'anoxie néonatale (Tableau II).

Tableau I : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute

Indice d'Apgar à la 5 ^{ème} minute	N	%
1 à 3	42	6,6
4 à 7	133	20,7
8 à 10	470	72,7
Total	645	100

Tableau II : Répartition des différentes pathologies

Diagnostic	N	%	
Infections (Total : 52,6%)	Materno-foetales	259	40,1
	Néonatales tardives	70	10,9
	Syphilis congénitale	9	1,4
	Tétanos néonatal	1	0,2
Prématurité	131	20,3	
Retard de croissance intra-utérin	68	10,5	
Anoxie néonatale	42	6,5	
Détresse respiratoire	32	5	
Ictère néonatal	24	3,7	
Hémorragie digestive	9	1,4	
Total	645	100	

Les signes ayant alerté les parents étaient présents chez 355 nouveau-nés, soit 55,03% des cas (Tableau III). Les 290 bébés restants (44,96%) étaient hospitalisés dès la naissance pour surveillance, vu le contexte infectieux découvert chez les mères durant leurs grossesses et accouchements (Tableau IV).

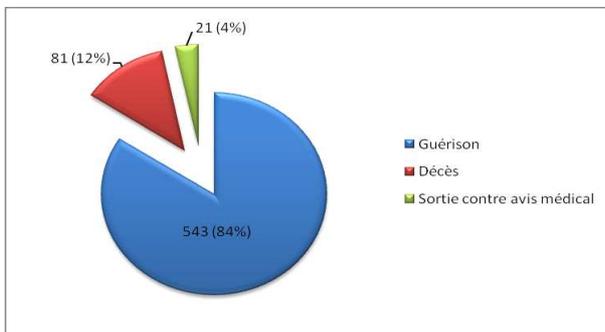
Tableau III : Répartition des différents signes d'alerte

Signes d'alerte	N	%	
Irrégularité thermique (36,4%)	Hypothermie	84	23,7
	Hyperthermie	45	12,7
Très faible PN (<1,5Kg) ou grande prématurité (AG < 32SA)		60	17
Difficulté respiratoire		47	13,2
Souffrance cérébrale (13,2%)	Léthargie	38	10,7
	Convulsion	9	2,5
Signes digestifs (10,1%)	Difficulté d'alimentation	25	7
	Vomissement	8	2,3
	Hémorragie digestive	3	0,8
Anomalie de coloration cutanée (10,1%)	Ictère	25	7
	Cyanose	11	3,1
Total	355	100	

Tableau IV : Contexte infectieux durant la grossesse et l'accouchement

	N	%
Fièvre	41	6,4
Dysurie	15	2,3
Leucorrhée	117	18,1
Grippe	80	12,4
Travail prolongé	216	33,5
Rupture précoce et prolongée des membranes	182	28,2
Liquide amniotique méconial ou en purée de pois	224	34

Le taux de létalité était de 12% chez ces nouveau-nés reçus pour une urgence médicale (Figure 2).

**Figure 2** : Devenir immédiat des bébés reçus pour urgence médicale

DISCUSSION

Dans notre série, la fréquence hospitalière des nouveau-nés ayant présenté une urgence médicale était de 41,86%. Ce taux est très élevé par rapport à celui trouvé par les études de Bobossi Serengbe en Centrafrique (11,28%) [6] et celles de Azoumah au Togo (13,13%) [7].

Dans notre série, le pourcentage des nouveau-nés de faible poids de naissance était de 42% (Figure 1). Ce taux est très élevé par rapport à ceux notés par Bobossi Serengbe (22,2%) [6] et par Traoré (17,2%) [8]. Il pourrait être lié à la malnutrition qui prévaut à Madagascar. Les cas de très faible poids de naissance de moins de 1500g était de 6% dans notre étude. Il s'agit là d'un signe de danger selon l'OMS [2].

Les bébés en état de mort apparente (Apgar inférieur à 4) représentaient les 6,6% des cas à la 5^{ème} minute (Tableau I). Ceci détermine les états de souffrance chez les bébés. Ce taux est très faible par rapport à celui retrouvé par Bobossi Serengbe (13,3%) [6] et par Azoumah (25,36%) [7]. Chez ces nouveau-nés, une souffrance cérébrale à type de léthargie ou de convulsion étaient souvent retrouvées.

Les infections néonatales constituent la principale cause de morbidité néonatale (Tableau II). Elles gardent le même rang bien qu'à des pourcentages diffé-

rents dans les études réalisées en milieu tropical. Ceci est confirmé par Azoumah (58%) [7] et par Bobossi Serengbe (47,9%) [6]. Les infections materno-fœtales prédominent et sont suivies des infections néonatales tardives. La syphilis congénitale est évitable et ne devrait plus être rencontrée, vu la gratuité du dépistage et le prix du traitement abordable pour la population. Le cas de tétanos rencontré est exceptionnel. Il fait suite à un accouchement à domicile effectué par une accoucheuse traditionnelle. La grossesse n'était pas suivie. La mère n'était pas vaccinée. Le cordon ombilical était sectionné avec un matériel inadéquat et probablement non stérile.

La chorio-amnionite évoquée devant un liquide amniotique nauséabond, méconial ou en purée de pois (34%), le travail prolongé (33,5%), et la rupture prématurée et prolongée des membranes (28,2%) constituent les trois principaux facteurs favorisant une infection materno-fœtale. Bobossi Serengbe a noté 11,5% de rupture prolongée des membranes et 50,5% de travail prolongé [6]. Même si ces taux diffèrent, ces facteurs de risque sont à l'origine d'une infection ascendante à 30% [9]. La présence de leucorrhée (18,1%) a été également notée. Elle peut être physiologique ou liée à une infection cervico-vaginale qui nécessite un dépistage et une prise en charge thérapeutique afin de prévenir l'accouchement prématuré et la rupture prématurée des membranes [10]. D'autres contextes infectieux étaient évoqués tels que le syndrome grippal (12,4%), la fièvre maternelle avant, pendant ou après l'accouchement (6,4%) et l'infection urinaire (2,3%) (Tableau IV). Bobossi Serengbe a noté 63,6% de fièvre maternelle [6]. Cette fièvre souvent en rapport avec une affection bénigne, doit être prise au sérieux en raison de l'existence potentielle d'une pathologie comportant un risque de complication fœtale. Outre la listériose à évoquer devant ces états fébriles, la pyélonéphrite n'est pas à écarter. Elle est potentiellement grave. Elle est responsable de la prématurité et d'un retard de croissance intra-utérin. Malgré tout cela, plusieurs femmes ayant présenté un contexte infectieux n'étaient pas traitées jusqu'à la naissance de leur bébé. Vu ces antécédents obstétricaux, les bébés issus de ces mères étaient hospitalisés en néonatalogie immédiatement après la naissance (44,96%) pour leurs prises en charge.

La prématurité (20,3%) constituait la deuxième cause de morbidité néonatale (Tableau II). Azoumah a noté un taux à 28,26% [7]. Vu l'immaturation des grandes fonctions, ces bébés prématurés sont des êtres humains fragiles et vulnérables. Ils sont exposés à des risques d'hypothermie et surtout des risques infectieux liés à l'immaturation du système immunitaire. Certes, cette prématurité peut être la conséquence d'une infection materno-fœtale.

Le retard de croissance intra-utérin (10,5%) associé à la prématurité (20,3%) représentait un taux à 30,8% plus élevé par rapport à celui décrit par Bobossi Serengbe (22,2%) [6].

L'anoxie néonatale était évoquée dans 6,5%. Notre taux est très faible par rapport à ceux identifiés par Bobossi Serengbe (13,3%) [6] et par Azoumah (25,36%) [7]. Le CME étant un centre de référence qui prend en charge les femmes à risque obstétrical. Mais, un retard de référence peut entraîner une souffrance cérébrale néonatale. La souffrance fœtale aiguë peut également résulter d'une anoxie intra-utérine provoquée par une anomalie du placenta ou du cordon, d'une grossesse prolongée, d'une hypotension artérielle, d'une insuffisance respiratoire chronique, ou d'un diabète. Un suivi rigoureux de la grossesse afin de dépister à temps les éventuels problèmes pouvant entraver le déroulement normal de la grossesse est alors nécessaire.

Les signes présentés par les bébés ayant alerté les familles ou le personnel de santé étaient principalement les irrégularités thermiques (36,4%), dont 23,7% d'hypothermie et 12,7% de fièvre. L'hypothermie est souvent perçue par les familles comme l'exposition de l'enfant au froid. Pourtant, elle peut aussi témoigner d'un trouble central de régulation thermique, accompagnant un mauvais état neurologique ou un état infectieux sévère [11]. Si la fièvre est expliquée par une surchauffe de l'atmosphère ou une couverture excessive du nouveau-né, elle peut orienter le diagnostic d'une infection bactérienne. Ainsi, ces irrégularités thermiques constituent une urgence thérapeutique. Le diagnostic doit être posé immédiatement. Ces signes peuvent être en faveur d'une infection, d'une prématurité ou d'une hypotrophie. Vue l'absence de réserves énergétiques et l'immaturité du système immunitaire, les prématurés ainsi que les hypotrophes ont un risque accru d'hypothermie et d'infection [11].

Le très faible poids de naissance défini par un PN < 1500 g et/ou 32SA (17%) était également un signe ayant alerté la famille ou le personnel de santé. Ces nouveau-nés sévèrement hypotrophiques ou nés avec un retard de croissance intra-utérin, ou grands prématurés, ont un pronostic réservé et nécessitent une prise en charge immédiate. Pour éviter l'hypothermie et assurer une bonne prise pondérale, la méthode kangourou associée à l'allaitement maternel exclusif est pratiquée en l'absence de contre-indication. Sinon, la mise en incubateur ou sur une table chauffante est de règle.

La difficulté respiratoire et la souffrance cérébrale étaient notées avec un taux similaire (13,2%). Elles constituent des signes d'alerte pouvant signifier une défaillance viscérale avec des complications respiratoires, une encéphalopathie néonatale ou une infection néonatale sévère. Une prise en charge hospitalière est nécessaire et urgente.

Les signes digestifs (10,1%) tels que les difficultés de prise alimentaire ou le refus de téter (7%), les vomissements (2,3%), et l'hémorragie digestive (0,8%) étaient aussi retrouvés chez les bébés à leur admission. Ces signes plaident en faveur d'une infection bactérienne. L'hémorragie représente la forme évoluée ou compliquée d'une infection. Ceci dit, en cas de trouble digestif, il faudrait penser en premier lieu à une infec-

tion néonatale et agir rapidement afin de réduire le taux de mortalité néonatale.

D'autres signes apparus chez les nouveau-nés avaient alerté les familles et le personnel de santé, tels que l'ictère (7%) et la cyanose (3,1%). Pour éviter le risque d'ictère nucléaire, un dépistage immédiat s'avère nécessaire et une recherche étiologique s'impose. Il en est de même pour la cyanose qui pourrait être en rapport avec une infection, une détresse respiratoire ou une malformation cardiaque, et dont la prise en charge devrait être urgente.

Ces différents signes d'alerte sont dictés par l'OMS [2]. Ainsi, dès l'apparition de ces signes, une hospitalisation dans un service spécialisé s'impose. Un dépistage précoce des signes infectieux est nécessaire avant la constitution des dégâts irréversibles. La conjugaison de nombreux facteurs de risque très éloquentes observés plus haut et le contexte infectieux peuvent expliquer le premier rang occupé par les infections néonatales.

Le taux de létalité était de 12% dans notre série (Figure 2). Ce taux est faible par rapport à ceux notés par Azoumah (33%) [7] et par Bobossi Serengbe (28,4%) [6]. Ces décès étaient souvent liés au retard de consultation des mères qui ignorent encore les signes de danger chez le bébé, et il se trouve que ces enfants étaient amenés à un stade gravissime limitant la réanimation intensive. Concernant les enfants guéris (84%), le retour à domicile n'a été décidé que lorsqu'ils étaient dans un état hors danger et qu'ils avaient pu récupérer avec un état leur permettant un suivi simple à domicile.

CONCLUSION

Les nouveau-nés sont confrontés à une demande d'adaptation dans leur nouveau milieu de vie. Ce changement de vie leur expose à diverses pathologies de caractère urgence médicale, telles que les infections néonatales, la prématurité, le retard de croissance intra utérin, l'anoxie, les détresses respiratoires et l'ictère. Chez les nouveau-nés, différents signes peuvent se constater pour alerter par les parents : les irrégularités thermiques, le très faible poids de naissance et/ou la grande prématurité, la difficulté respiratoire, la souffrance cérébrale, les signes digestifs et les anomalies de coloration. La réduction de la morbidité et de la mortalité commence obligatoirement par la connaissance et la reconnaissance de ces signes d'alerte par les membres de la famille. Autrement dit, « la vigilance » doit faire chemin avec la joie qui anime la famille.

REFERENCES

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Disponible sur http://www.who.int/whr/2005/02_contents_fr.pdf
2. WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for essential practice. 2003. Geneva, Switzerland: WHO, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC). In: Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique: données pratiques, soutien sur le plan politique et programmes pour les soins du nouveau-né en Afrique. Joy Lawn et Kate Kerber, eds Partenariat pour la Santé Maternelle, néonatale et infantile, Cape Town, 2006:72

3. UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2008. La survie des enfants. Disponible sur <http://www.unicef.org/french/sowc08/docs/sowc08.pdf>
4. UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund. In: Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : données pratiques, soutien sur le plan politique et programmes pour les soins du nouveau-né en Afrique. Joy Lawn et Kate Kerber, eds Partenariat pour la Santé Maternelle, néonatale et infantile, Cape Town, 2006.
5. UNICEF. Objectifs du Millénaire pour le Développement. Disponible sur <http://www.unicef.org/french/mdg/childmortality.html>
6. Bobossi Serengbe G, Sana Deyamissi TS, Diemer HC, Gauueille A, Gresenguet G, Mandaba JL, Siopathis RM. Morbidité et mortalité néonatales au complexe pédiatrique de Bangui (CENTRAFRIQUE), Méd. Afr. Noire. 2004-51(3):159-63
7. Azoumah KD, Balaka B, Aboubakari AS, Matey K, Yolou A, Agbere AD. Morbidité et mortalité néonatales au CHU Kara (TOGO), Méd. Afr. Noire. 2010-57(2):109-12
8. Traoré B, Thera T, Kokaina C, Beye SA, Teguede I, Traoré M, Dolo A. Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali : pronostic obstétrical et néonatal. Méd. Afr. Noire. 2010-57(10):449-54.
9. Helen V, Jan M, Kriebs, Carolyn L, Geger. Varney's midwifery, Jones and Bartlett Learning, 4^{ème} édition, 2004:863
10. Lansac J. Maladies infectieuses, bactériennes, virales et parasitaires pendant la grossesse. In: Obstétrique, Elsevier Masson, 2003:113-40
11. Lachassinne E. Problèmes infectieux. In : Francoual C, Huraux-Rendu C, Bouillie J. Pédiatrie en maternité. Paris : Flammarion, Médecine-Sciences, 1999:474-8