

Evaluation de la prise en charge des prématurés aux Cliniques Universitaires de Kisangani, RDC

MANDE BUKAKA G.*, FALAY SADIKI D.*, MUYOBELA KAMPUNZU V.*, TEBANDITE KASAI E.*, MOPEPE GWENDIZA J.*, BATOKO LIKELE B.*, ALWORONG'A OPARA*, NGBONDA DAULY N.*

*Département de Pédiatrie, Cliniques Universitaires de Kisangani, République Démocratique du Congo

Citez cet article : MANDE BUKAKA G., FALAY SADIKI D., MUYOBELA KAMPUNZU V., TEBANDITE KASAI E., MOPEPE GWENDIZA J., BATOKO LIKELE B., ALWORONG'A OPARA, NGBONDA DAULY N., *Evaluation de la prise en charge des prématurés aux Cliniques Universitaires de Kisangani, RDC*, KisMed Décembre 2014, Vol 5(2) :73-76

RESUME

Introduction : La République Démocratique du Congo présente un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans parmi les plus élevés en Afrique. Dans ce groupe, les nouveau-nés, particulièrement les prématurés, sont les plus concernés. Cette étude a été menée dans le but de décrire les aspects épidémiocliniques des prématurés élevés au Département de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kisangani.

Patients Et Méthode : Cette étude descriptive rétrospective a concerné 82 prématurés reçus au Département de Pédiatrie de janvier 2007 à décembre 2012. Les variables étudiées étaient l'âge gestationnel, le sexe, le poids de naissance, le gain pondéral moyen, la durée pour atteindre 1800gr, la durée d'hospitalisation et les modalités de sortie.

Résultats : Le sexe ratio a été de 43:39, soit 1,1. Le poids de naissance a varié de 700 gr à 2420 gr (moyenne 1485±280,3 gr ; médiane 1485 gr). Les petits prématurés (33-36 SA et 6j) ont été les plus nombreux, suivis des grands et des extrêmes prématurés. Le gain pondéral moyen a été de 12,5 ± 9,5 gr/Kg/j. La durée moyenne pour atteindre 1800 gr a été de 27,3 ± 9 jours et pour l'hospitalisation, de 28,6 ± 20,4 jours. 28% des prématurés sont décédés (83,3% parmi les extrêmes prématurés). 16 prématurés sur 23 sont décédés durant les 3 premiers jours.

Conclusion : La mortalité spécifique des prématurés a été élevée. Des études ultérieures sont donc nécessaires pour déterminer les différents facteurs influençant la mortalité hospitalière des prématurés.

Mots Clés : Prématurité, nouveau-né, mortalité.

SAMMARY

Introduction: Democratic Republic of Congo has one of the highest mortality rate of children under 5 years-old in Africa. Among this group of children, preterm neonates are the most concerned. The purpose of this study was to describe the clinical outcome of preterm neonates hospitalized in the pediatric department of University Hospital of Kisangani.

Patients And Method: This study was retrospective and descriptive. It concerned 82 preterm infants hospitalized in the pediatric department since January 2007 to December 2012. Data were collected about gestational age, sex, birthweight, daily weight increase, duration for reaching 1800gr, duration of hospitalization,

Results: The sex ratio was 1,1. The birthweight varied from 700gr to 2420 gr (mean 1485 ± 280.3 gr ; median 1485 gr). The preterm neonates of 33-36 gestational weeks and 6j) were the most numerous. The mean daily weight increase was 12,5 ± 9,5 gr/Kg/day. The mean duration for reaching 1800gr was 27,3 ± 9 days and, about hospitalization, the mean duration was 28,6 ± 20,4 days. Among the 82 preterm neonates, 23 (28%) died, (in the whole extreme prematures, 83.3% died). 16 out of 23 premature died during the first three days.

Conclusion: The premature mortality rate was high. Further studies must be realized to determine factors that influence the premature mortality.

Key Words: Preterm birth, neonate, mortality.

INTRODUCTION

La réduction de la mortalité néonatale est incontournable pour l'atteinte du quatrième objectif du millénaire pour le développement, c'est-à-dire la réduction de la mortalité infanto-juvénile car elle en représente la proportion la plus importante. La prématurité est la principale cause directe de décès néonatal (1) (2).

L'importance de ce problème est traduite par les données disponibles qui rapportent des taux de mortalité élevés : 25,9 % au Madagascar (3), 33% en Côte d'Ivoire (4), 41,6% en République Centrafricaine (5).

Selon les statistiques sanitaires mondiales publiées par l'OMS en 2010, la République Démocratique du Congo figure parmi les 3 derniers pays ayant une forte mortalité des enfants de 0 à 5 ans, juste devant le Tchad et l'Angola. (6) C'est dans le but de décrire ce phénomène à Kisangani que cette étude a été menée.

Pour cela, nous nous sommes posé la question suivante : quelles sont les caractéristiques épidémiocliniques des prématurés élevés aux Cliniques Universitaires de Kisangani ?

L'objectif général que poursuit ce travail est de décrire la prise en charge des prématurés soignés aux Cliniques Universitaires de Kisangani en vue de contribuer à la diminution de la mortalité néonatale. Les objectifs spécifiques visent à déterminer le taux de mortalité, le gain pondéral moyen et la durée de puériculture.

PATIENTS ET METHODES

Pour mener cette étude, nous avons procédé à un échantillonnage consécutif, collectant rétrospectivement les données dans les fiches de tous les cas de nouveau-nés prématurés du premier janvier 2007 au 31 décembre 2012. Durant cette période, les Cliniques Universitaires de Kisangani ont reçu 255 nouveau-nés. Parmi ceux-ci, 94 étaient prématurés, ce qui représente 33,8% des hospitalisations des nouveau-nés.

Sur les 94 prématurés, seuls 82 avaient des dossiers avec un minimum de détails exploitables. Les autres dossiers étaient soit introuvables, soit incomplets. Cette étude a finalement porté sur 82 nouveau-nés prématurés. Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Epi info™ 7.1.4.0. Le test de Chi-deux a été utilisé au seuil de 0.05

A l'admission, tous les prématurés étaient soignés avec l'ampicilline, la gentamycine, la céfotaxime (ou la ceftriaxone), la vitamine K1 et d'une perfusion de glucosé 10% le premier jour. Les prématurés de moins de 1800 gr ou avec hypothermie étaient élevés dans la couveuse.

A partir du deuxième jour, le prématuré était alimenté par sonde naso-gastrique (< 33 semaines) ou par biberon avec le lait maternel ou une préparation premier âge, toutes les 3 heures. Le sevrage de la sonde naso-gastrique intervenait dès que les réflexes de succion-déglutition étaient présents, coordonnés et efficaces, avec un poids de 1600 gr.

La sortie de la couveuse était décidée à 1800 gr mais l'élevage était considéré comme réussi à 2000 gr. Les variables suivantes étaient recherchées : l'âge gestationnel, le sexe, le poids de naissance, la durée d'atteinte de 1800gr, la durée d'hospitalisation, les modalités de sortie, le gain pondéral moyen ($GPM = PO - PI / PI \times \text{Nombre de jours avec PO}$ poids observé, PI poids initial).

RESULTATS

1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Le sexe ratio est de 43:39, soit 1,1. Le poids de naissance et l'âge gestationnel sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau I. Poids de naissance et âge gestationnel

AG	< 1000	1000-	1500-	Total (%)
	gr	1499 gr	2499 gr	
< 28 SA	4	2	0	6 (7,3)
28 – 32 SA et 6j	0	25	9	34 (41,5)
33 – 36 SA et 6j	0	11	31	42 (51,2)
Total	4	38	40	82
(%)	(4,9%)	(46,3%)	(48,8%)	(100,0)

Les prématurés de 33 – 36 SA et 6j ont été les plus fréquents avec 51.2%. Le poids de naissance a varié de 700 à 2420 gr avec une moyenne de 1485±280,3 gr. Le poids médian a été de 1485 gr.

2. Caractéristiques de l'élevage

2.1. Gain pondéral moyen journalier

Le gain pondéral a été de 12,5 ± 9,5 gr/Kg/jour.

2.2 Durée d'atteinte de 1800 gr et durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'attente des 1800 gr est de 27,3 ± 9 jours et la médiane de 27j. Quant à la durée d'hospitalisation, elle a été en moyenne de 28,6 ± 20,4 jours avec une durée médiane de 30 jours.

2.3 Modalités de sortie des prématurés

a. Age gestationnel et modalités de sortie

Tableau II. Modalité de fin de puériculture

Age gestationnel	Décédés(%)	Elevage réussi (%)
< 28 SA	5(83,3)	1(16,7)
28 – 32 SA et 6j	9 (26,5)	25(73,5)
33 – 36 SA et 6j	9 (21,4)	33(78,6)
Total (%)	23(28%)	59(72%)

La mortalité spécifique, pour tous les trois groupes d'âge gestationnel confondus, a été de 28% (N=82). Le seul prématuré de moins de 28 SA dont l'élevage avait réussi pesait 700 gr. La mortalité des prématurés est significativement associée à l'âge gestationnel (X2 calculé après correction de Yates's = 9,2 ; ddl =2, p < 0,05).

b. Modalité de sortie et sexe

Sur un total de 39 cas de sexe féminin, 10 sont décédés, soit une fréquence de 25,6 % contre 30,2% dans le sexe masculin (13 cas sur 43) mais la différence n'a pas été significative (X2 calculé = 0,2 ; ddl = 1 et p > 0,05).

c. Modalité de sortie et durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation a été associée aux modalités de sortie : 16 cas de décès sur 23 sont survenus durant les 3 premiers jours. (X2 calculé = 64,2 ; ddl= 4 et p < 0,05).

DISCUSSION

1. Le sexe ratio et l'âge gestationnel

Dans notre série, le sex ratio est de 1,1. Norotiana Rabesandratana, au Madagascar a trouvé 1,2 (3) et Aboussad 1,4 au CHU de Marakech au Maroc (10) alors que Fred N a trouvé 0,6 au Kenya (13).

Les prématurés de 33 – 36 SA et 6j ont été les plus fréquents avec 51,2%. Ce résultat concorde avec ceux de CHIESA MOUTANDOU-MBOUMBA au Gabon qui a trouvé une plus grande fréquence des petits prématurés, suivis des grands prématurés et enfin des prématurissimes (14).

Les résultats similaires ont été trouvés par A. Aboussad au CHU de Marakech : 60,8 % de prématurés simples, 34,6 % de grands prématurés et 4,6 % des extrêmes prématurés (10); Par contre, Norotiana Rabesandratana a trouvé une plus grande fréquence de nouveau-nés de grands prématurés (28 à 32 SA et 6jours), c'est-à-dire 17,7% (3).

2. Gain pondéral moyen journalier

Le gain pondéral a varié entre 5 et 25 gr par jour. Cette donnée est inférieure à la moyenne attendue qui varie entre 20 à 30 g par jour. (12). Elle reste néanmoins supérieure à celle trouvée par Were F de 9 à 17gr par jour (13).

Ce faible gain pondéral peut être attribué aux différents problèmes posés par les prématurés durant leur hospitalisation : infections, hypothermie, résidus de lait, le type même de lait utilisé.

3. Durée moyenne pour atteindre 1800 gr et modalité de sortie

La durée moyenne pour atteindre 1800gr est de 27,3 ± 9 jours et pour la sortie de l'hôpital a été de 28,6 ± 20,4 jours. La létalité des prématurés est de 28% ; elle est de 83,3% à AG < 28 S.

Ce taux est supérieur à celui trouvé par Norotiana de 25,9 % (3) ainsi que celui de Kalume à Lubumbashi qui a été de 22,5 % (7). Notre taux est par contre inférieur au taux de 37,1% trouvé par F. Guerbelmous au Maroc (8) et de 33,3% de F. Dicko à Bamako (9). Au CHU de Marakech, Aboussad a trouvé un taux de létalité de 48,8%. (10).

Au Qatar, Hussain Parappil a trouvé, parmi les grands prématurés de 28 à 32 SA et 6 jours, un taux de mortalité de 30,77% (11) alors que dans notre série ce taux est de 26,5 %. Nous pensons que ce taux plus élevé que celui des régions avoisinantes peut être lié non seulement aux différentes complications susceptibles d'émailler l'évolution clinique du prématuré (infections, hypothermie, anémie), mais aussi aux facteurs externes comme le retard dans la consultation. Le séjour hospitalier plus long peut contribuer également à l'éclosion de tous ces problèmes.

CONCLUSION

Dans l'objectif de déterminer le taux de létalité des prématurés élevés au Département de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kisangani, la présente étude a abouti aux constats selon lequel le taux de mortalité reste supérieur à celui de beaucoup d'études effectuées dans les régions avoisinantes d'Afrique. Le gain pondéral moyen a été faible, avec comme conséquence une longue durée d'élevage. D'autres études sont donc nécessaires afin de déterminer les facteurs étiologiques et évolutifs déterminants dans l'amélioration de la prise en charge des prématurés.

REFERENCES

1. Lawn J, Cousens S, Zupan J, 4 million neonatal deaths: When? Where? Why?, Lancet, 2005, 365: 891-900
2. The Million Death Study Collaborators, Causes of neonatal and child mortality in

- India: a nationally representative mortality survey, Lancet*, 2010, 376: 1853-60
3. Norotiana Rabesandratana et al, *Profil épidémiologique des nouveau-nés prématurés au CHU Mahajanga*, e-Santé, revue électronique en sciences de la santé, 2010, 01: 70-79, consultée sur www.revue-esante.info
 4. Irie Bi Gouanié, A, *Prise en charge du prématuré au bloc néonatal du CHU de Cocody de 2001 à 2003*, thèse, 2005, consultée sur <http://indexmedicus.afro.who.int/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/>
 5. BOBOSSI Serengbe G, *Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des prématurés observés au complexe pédiatrique de Bangui (Centrafrique)*, MédAfr noire 2006, 53(3) : 145-150
 6. OMS, *statistiques sanitaires mondiales*, Genève, 2010
 7. Kalume M, Kizonde K. *La mortalité néonatale précoce du prématuré à Lubumbashi, Facteur de risque*. MédAfr Noire 2006, 53(6):343-348
 8. F. Guerbelmous, *Prématurité : expérience de service de néonatalogie et de réanimation néonatale CHU Fès, Meknès, MAROC*, Archives de Pédiatrie, 2010, 17(6): 71
 9. F. Dicko Traore et al, *Facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés prématurés au CHU Gabriel Touré de Bamako*, Archives de Pédiatrie, 2010, 17(6) : 69
 10. A. Aboussad et al, *Facteurs pronostiques de la mortalité chez le prématuré à Marrakech*, Archives de Pédiatrie, 2010, 17 (6) : 68
 11. Hussain Parappil and al, *Outcomes of 28+1 to 32+0 Weeks Gestation Babies in the State of Qatar: Finding Facility-Based Cost Effective Options for Improving the Survival of Preterm Neonates in Low Income Countries*, Int. J. Environ. Res. Public Health 2010, 7, 2526-2542
 12. Canadian Paediatric Society, *nutrient needs and feeding of premature infants nutrition*, CAN MED ASSOC J, , 2010, 11:152
 13. Fred N Were and al, *Neonatal nutrition and later outcomes of very low birth weight infants at Kenyatta national hospital. African Health Sciences* 2007, 7(2): 108-114
 14. CHIESA MOUTANDOU-MBOUMBA S et al, *la prématurité au Gabon, problème médical et/ou de société ? MédAfr Noire*, 1999, 46 (10)

Citez cet article : MANDE BUKAKA G., FALAY SADIKI D., MUYOBELA KAMPUNZU V., TEBANDITE KASAI E, MOPEPE GWENDIZA J., BATOKO LIKELE B., ALWORONG'A OPARA, NGBONDA DAULY N., *Evaluation de la prise en charge des prématurés aux Cliniques Universitaires de Kisangani, RDC*, KisMed Décembre 2014, Vol 5(2) :73-76
