

Fréquence et pronostic néonatal de faible poids de naissance à l'Hôpital SNCC Likasi, République Démocratique du Congo

Janvier M. Tawi¹, Yolande I. Ilunga¹, Nathalie N. Ngenda¹, Anne-Marie K. Takulilwe¹,
Mathilde S. Musangu¹, Gertrude K. Bora¹, Blaise I. Kahaki¹, Olivier Mukuku¹,
Oscar N. Luboya^{1,3,4}, Christophe M.K. Nyembo^{1,2}

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

² Département de Sciences Biomédicales, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

³ Département de pédiatrie, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁴ Ecole de santé publique, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. Le faible poids de naissance (FPN) constitue un problème majeur de santé publique aussi dans les pays développés que dans les pays en développement ; il a un impact sur la psychologie de la mère, l'entourage mais également pour le personnel médical. Ainsi donc l'objectif est de déterminer la fréquence et le pronostic néonatal de (FPN) au sein de la maternité de l'Hôpital SNCC Likasi.

Matériel et méthodes. Nous avons utilisé comme méthode descriptive transversale bien limitée dans le temps et dans l'espace dans une période allant du 1/01/2019 au 31/12/2019 à l'Hôpital SNCC Likasi.

Résultats. La fréquence des nouveau-nés de FPN était de 18,2% issus des accouchements des parturientes majoritairement âgées de 31-40 ans (40,8%) ; d'âge gestationnel ≥ 37 SA (39,2%, soit une moyenne de $35,43 \pm 3,04$ SA), le score d'Apgar à la 5^{ème} minute > 7 était de 65% une moyenne de $8,94 \pm 1,44$. La cause probable était les infections génito-urinaires dans 33,8% car c'étaient les ATCD Gynéco-obstétricaux plus observés. Le poids de naissance < 1500 gr et entre 1500-1999 étaient de 7,3% et 16,1%, la moyenne de $2110,25 \pm 315,96$ gr et le pronostic des FPN était tel que : 38% des cas de réanimation, 34,4% de transfert en néonatalogie juste après accouchement et 17,5% des nouveau-nés décédés.

Conclusion. La lutte contre les facteurs de risque liés au faible poids ainsi qu'une meilleure qualité de la prise en charge des grossesses feront diminuer cette prévalence de FPN.

Mots-clés : Fréquence, Pronostic, Néonatal, Faible poids de naissance, SNCC, Likasi.

Introduction

La naissance d'un nouveau-né de faible poids est le reflet de l'état de santé de la mère ainsi que de la qualité des prestations sanitaires. Le faible poids de naissance (FPN) est un problème de santé multifactoriel, touchant une population prioritaire des pays en voie de développement que dans les pays développés [1]. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Peser moins

de 2500 gr à la naissance quel que soit le terme de l'accouchement est la définition de FPN qui découle de plusieurs études épidémiologiques [2]. La prévention est possible par des interventions ciblées sur des facteurs modifiables, ayant fait leurs preuves d'efficacité dans plusieurs pays du monde, d'où le taux d'incidence de FPN est l'un des indicateurs de santé périnatale. A moyen terme, le FPN est associé à un déficit de développement cognitif et physique avec réduction des

Correspondance:

Janvier M. Tawi, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 970 262 007, +243 909 907 809 - Email:witajtm@gmail.com

Article reçu: 04-05-2020 Accepté: 20-10-2020

Publié: 15-12-2020



Copyright © 2020. Janvier M. Tawi *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Tawi JM, Ilunga YI, Ngenda NN, Takulilwe AMK, Musangu MS, Bora GK, Kahaki BI, Olivier M, Luboya ON, Nyembo CMK. Fréquence et pronostic néonatal de faible poids de naissance (FPN) à l'hôpital SNCC Likasi. Revue de l'Infirmier Congolais. 2020;4(2):43-47.

capacités intellectuelles de l'enfant [3].

Rapportée au nombre total de naissances, Sur le plan mondial en 2015 ; la prévalence moyenne de FPN est de 14,6% des naissances. Ce qui constitue une amélioration par rapport à 2000, année durant laquelle cette proportion s'élevait 17,5% de l'ensemble des naissances vivantes. Cette réduction de la prévalence ne suffit pas à espérer parvenir à la baisse de 30% d'ici à 2025 souligne l'OMS [4]. Cette fréquence est variable selon les pays, allant de 7% dans les pays développement, en revanche le FPN est à la base de 9,1 millions d'enfants chaque année comme taux de mortalité [5,6].

En Afrique, le FPN représente 12 % de l'ensemble des naissances vivantes avec un taux de mortalité néonatale de 36% naissance au Maroc [1] et en Tunisie, il représente 6,8% soit un taux de mortalité néonatale supérieur de 4,5 fois au taux moyen. Bien que les programmes nationaux, élaborés en faveur de la santé maternelle et infantile, aient contribué à l'amélioration de plusieurs indicateurs de santé infantile [7].

Le FPN dépend donc principalement des deux mécanismes à savoir : la prématuré et le retard de croissance intra utérin (RCIU) caractérisés par des pathologies néonatales. Une étude cas-témoins réalisée à la maternité de l'Hôpital Général de Référence (HGR) Jason Sendwe à Lubumbashi (RDC) trouvait un risque de décès périnatal de près de 16 fois chez les FPN (OR ajusté = 15,7 [11,2-22,0]) [8] OL. Selon l'EDS-RDC II 2013-2014, il apparaît que les FPN courent un risque de décéder avant un an beaucoup plus élevé que les bébés moyens ou gros (93 ‰ contre 49 ‰). En outre, la période néonatale s'avère critique pour les bébés de FPN ; leur mortalité durant les 30 premiers jours est plus de deux fois plus élevée que celle des enfants "moyen" ou "gros" (51 ‰ contre 22 ‰) [9].

Dans le rapport de l'UNICEF, le taux de FPN était de 16% au Bénin, estimation faite sur des données de 2001. Ces chiffres sont certainement mal estimés et la prévalence du FPN mal évaluée puisque dans beaucoup de PED, il existe encore un grand nombre de naissances à domicile qui échappent aux statistiques nationales et même quand ces naissances sont recensées, le poids de naissance n'est pas toujours connu, générant ainsi des données manquantes considérables. Cette question de santé publique a donc certainement une ampleur et un impact plus importants que ce qui est décrit actuellement [10]. Ainsi donc l'objectif de ce travail est de déterminer la fréquence et le pronostic néonatal de (FPN) au sein de la maternité de l'Hôpital SNCC Likasi.

Matériel et Méthodes

Type, période et cadre d'étude

Notre étude est descriptive transversale menée à l'Hôpital SNCC Likasi et à couvert une période d'une année du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2019. Etaient inclus dans notre analyse, tous les nouveau-nés à terme ayant un faible poids de naissance dans le service de gynéco obstétrique de l'Hôpital SNCC Likasi pendant la période de notre étude. Comme critère de non inclusion tous les nouveau-nés à terme ayant le poids normal compris entre 2500 et 3500 grammes.

Technique de collecte et analyse des données

Nous avons eu recours à une fiche de récolte des donnée préalablement établie et validée, nous avons également recouru à la technique documentaire qui nous a permis de fouiller les fiches et registre des nouveau-nés en vus de tirer les renseignements nécessaires à notre étude.

Le poids de naissance était considéré ici comme variable dépendante et les paramètres en rapport avec la morbi-mortalité néonatale précoce constituaient les variables indépendantes. La morbi-mortalité néonatale (score d'Apgar à la fin de la 5^e minute inférieur à 7, notion de réanimation à la naissance et décès en période néonatale précoce) des FPN était analysée et l'ensemble des données collectées a été saisi avec Excel puis analysé à l'aide du logiciel Epi Info 7.1.

Considérations éthiques

Un consentement libre et éclairé de toutes les personnes impliquées dans cette étude a été obtenu verbalement.

Résultats

Fréquence

L'analyse de cette étude montre que sur 750 accouchements il a eu 137 nouveau-nés de FPN soit une fréquence de 18,2%. Le sexe masculin était plus dominant que de sexe féminin (73/137, soit 53,3%) ; le sex ratio M/F était de 1,14. Dans cette étude, les grossesses n'étaient pas à terme ; 44,6% des NFP étaient issu d'un âge gestationnel entre 33 à 36 semaines d'aménorrhées (SA) et 39,2% d'âge gestationnel inférieur à 37 SA.

Paramètres maternels

La majorité d'accouchées était âgée de 31 à 40 ans dans 40,8%, la moyenne d'âge de 29,93 ± 11,17 ans. Dans notre échantillon, plus de la moitié d'accouchées était

des multipares dans 56,2% en suite vient les primipares dans 33,1%. Les Infections génito-urinaires étaient le principal antécédent des accouchées devant les avortements antérieurs (soit 33,8% et 28,5%), mais noter que les CPN étaient suivies dans 66,9% sur l'ensemble de l'échantillon. Le mode d'accouchement était variable, 52,3% d'accouchements eutociques contre 29,2% d'accouchements par voie basse dystocique et 18,5% des césariennes (les renseignements dans le tableau 1).

Tableau 1. Répartition selon l'âge des accouchées, les antécédents gynéco-obstétricaux, les CPN et mode d'accouchement

Variable	Effectif (n=130)	Pourcentage
Âge des accouchées (ans)		
< 20	52	40
20 – 30	2	1,5
31 – 40	53	40,8
> 40	23	17,7
Antécédent Gynéco-obstétrical		
Infection génito-urinaire	44	33,8
Avortement antérieur	37	28,5
Gestose hypertensive	23	17,7
Intervalle de temps entre grossesse	14	10,8
FPN	4	3,1
Sans antécédent	8	6,2
Consultation prénatale (CPN)		
Suivie	87	66,9
Non suivie	43	33,3
Mode d'accouchement		
Césarienne	24	18,5
Voie basse dystocique	38	29,3
Voie basse eutocique	68	52,3

L'analyse de l'âge gestationnel montre que les nouveau-nés prématurés ne concernent que 60,8% (une moyenne de $35,43 \pm 3,04$ SA) et l'APGAR à la 5ème minute supérieur à 7 était à 65%, la moyenne de $8,94 \pm 1,44$. S'agissant du poids de naissance, nous avons enregistré les proportions de 7,3%, 16,1% et 76,6% chez les nouveau-nés ayant pesé < 1500 gr, 1500-1999 gr et 2000-2499 gr, la moyenne de $2110,25 \pm 315,96$ gr et les extrêmes de 1100 gr et 2480 gr. A la lumière des paramètres anthropométriques notre étude montre au tableau 2 que la taille ≤ 47 cm et le périmètre crânien <30 cm étaient notés dans 47,4% et 97,1% pour les moyennes de $47,23 \pm 2,12$ cm et $27,72 \pm 1,14$ cm (Tableau 2).

Tableau 2. Répartition des cas selon l'âge gestationnel et l'APGAR des nouveau-nés et paramètres anthropométriques

Variable	Effectif (n=137)	Pourcentage
Age gestationnel (SA*)		
< 37	79	60,8
≥ 37	51	39,2
Moyenne \pm ET*	$35,43 \pm 3,04$ SA	
APGAR		
≤ 7	48	35
> 7	89	65
Moyenne \pm ET	$8,94 \pm 1,44$	
Poids de naissance (gr)		
< 1500	10	7,3
1500-1999	22	16,1
2000-2499	105	76,6
Moyenne \pm ET	$2110,25 \pm 315,96$ gr	
Taille		
≤ 47 cm	65	47,4
> 47 cm	72	52,6
Moyenne \pm ET	$47,23 \pm 2,12$ cm	
Périmètre crânien		
< 30 cm	133	97,1
≥ 30 cm	4	2,9
Moyenne \pm ET	$27,72 \pm 1,14$ cm	

SA*: Semaine d'aménorrhée, ET*: Ecart-type

Concernant l'issue en période néonatale précoce, 38% nouveau-nés de FPN étaient réanimés, alors que 34,3% étaient transférés dans le service de néonatalogie et 17,5% des décès (Figure 1).

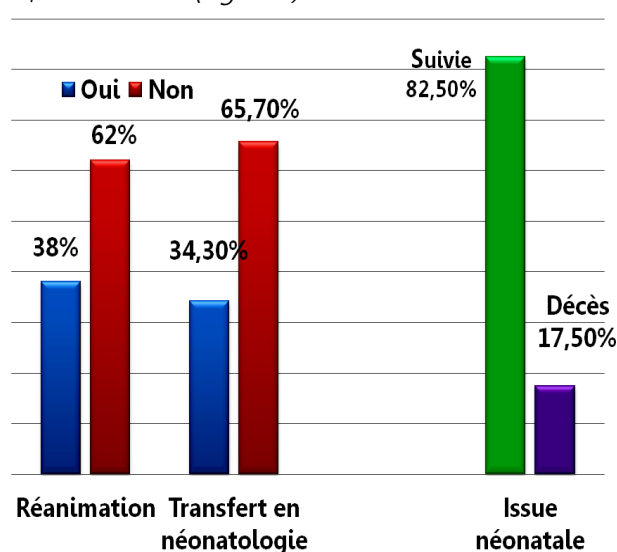


Figure 1. Evolution des nouveau-nés selon la réanimation et le transfert en néonatalogie

Discussion

Notre étude démontre une fréquence de 18,2% de FPN. Cette fréquence est élevée par rapport à celle de 13% rapportée dans une étude menée à Lubumbashi par Ilunga *et al.* en 2016 [11]. Elle varie d'un pays à un autre selon la situation géographique ; en rapport avec la prévalence, l'OMS et l'UNICEF [1] ont recensé entre 1997 et 2001 l'ensemble des naissances dans le monde en se basant sur des données et des registres nationaux. Selon ce rapport, sur les 130 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde, 20 millions naissent avec un FPN représentant une prévalence globale de 15,5% [10].

En République Démocratique du Congo (RDC), dans la maternité de référence de Rutshuru, Mugisho retrouve une prévalence de 18% des FPN [12]. Les résultats obtenus par Milabyo au Maniema pendant la période 2003-2004 ont démontré que la proportion de FPN n'est pas globalement différente de celle des pays en développement et reste plus élevée soit 27% au Kipaka et 16,4% à Kama, toutes deux des zones de santé de la province du Maniema [13].

Après analyse des données, notre étude a révélé la prédominance des nouveau-nés de sexe masculin dans 53,3% et le sexe féminin dans 45,7% ; ainsi donc, cette répartition ne corrobore pas avec celle de Kangulu qui a trouvé 19,1% de sexe féminin [14]. La différenciation peut s'expliquer par manque de suivie de la CPN aussi de conditions de vie en suite par des antécédents médicaux tel que la malnutrition, le paludisme et la HTA. Notre étude a montré que les nouveau-nés de FPN avaient une incidence élevée de faible score d'Apgar à la 5^{em} ≤ 7 dans 35% ce qui donne une moyenne de $8,94 \pm 1,44$. Ce constat rejoint ceux faits par Paul M. qui avait trouvé une valeur 35,4% de score d'Apgar à la 5^{ème} inférieur ou égal à 7 [11].

En parlant de tranche d'âge notre recherche démontre que la majorité d'accouchée était âgé de 31 à 40 ans dans 40,8%, la moyenne d'âge était de $29,93 \pm 11,17$ ans. Une autre étude démontre que les mères de moins de 18 ans constituent 42,5% [11]. En effet les adolescentes qui n'ont pas encore terminé leur propre croissance, sont plus susceptibles d'accoucher des enfants de faible poids à la naissance comparativement aux mères plus âgées ayant le même statut nutritionnel [15]. Cela pourrait s'expliquer par la compétition pour les nutriments entre l'adolescente en pleine croissance et le fœtus qui se développe ainsi que par la faible efficacité des fonctions placentaires à cet âge [16].

Les nouveau-nés ayant pesés entre 2000-2499 gr étaient majoritaires contre ceux de 1500-1999 gr dans 76,1% et 16,1%. Nos résultats corroborent des autres auteurs [11], les nouveau-nés dont le poids de naissance est compris entre 1500-2499 gr étaient majoritaires dans 73,2% de cas. Concernant le type de poids, les paramètres anthropométriques le poids de naissance, nous avons trouvés que le poids >2000 gr constitue une majeure partie de FPN dont 78,1% et <2000 gr était de 21,9%. Contrairement à Diakitè [17] le poids des nouveau-nés pesant entre 1500-2499 gr était de 83,1%.

La taille ≤ 47 cm était observée dans 47,3%, >47 cm était de 52,6% une étude montre une supériorité de numérisation, les 55,63% des nouveau-nés avaient une taille ≤ 47 cm et 44,37% des nouveaux nés avaient une taille >47 cm [17]. Les nouveau-nés avaient les permettre crânien <30 cm était de 97,1 et ≥ 30 cm était de 2,9% contrairement à une étude qui démontre que le périmètre crânien <30 cm occupe 77,57% et >30 cm occupe 22,37%

Il est à noter que les infections génito-urinaire étaient le principal ATCD des accouchées suivi des avortements antérieurs soit 33,8% et 28,5% alors que dans une autre étude nous avons observé que les infections urinaires dans 13,5% des cas et 4,76% des HTA [17].

Pour certains auteurs, les primipares courent 2,48 fois plus de risque de FPN que les paucipares. Ce risque devient de 1,07 chez les multipares (à partir du 4^{ème} accouchement). La primiparité et la multiparité sont donc les facteurs de prédisposition au FPN comme l'ont constaté aussi plusieurs auteurs [18,19]. Parlant de la primiparité, signalons que dans notre milieu d'étude, les primipares sont le plus souvent adolescentes en croissance. Le risque chez les multipares se justifie par le fait que les femmes en Afrique sub-saharienne passent la majorité de leur durée de vie.

S'agissant de l'évolution néonatale des nouveau-nés de FPN, Il ressort de cette étude que 38% étaient réanimés, 34,3% de transfert et 17,5% des décès. Paul [11] dans son étude a trouvé que la moitié des nouveau-nés de FPN était réanimée dans 50% et le décès en période néonatale élevé à 24,7% des cas. Les nouveau-nés de FPN sont une préoccupation quotidienne des services de néphrologie des pays en voie de développement en raison des difficultés liées à leur prise en charge, la conséquence majeure est le taux élevé de la mortalité néonatale précoce.

Conclusion

Le FPN constitue un problème majeur de la santé publique aussi dans les pays développés que dans les pays en développement; il a un impact sur la psychologie de la mère, l'entourage mais également

pour le personnel médical, la fréquence est significative à l'Hôpital SNCC de Likasi; la morbidité et mortalité néonatale liées au FPN restent élevées.

Conflicts d'intérêt : Aucun.

Références

1. Wardlaw TM. Insuffisance pondérale à la naissance: estimations nationales, régionales et mondiales. Unicef : New York ; 2004.
2. WHO. Manuel of the internal statistical classification of diseases. OMS : Genève; 9th revision, vol 1. Consulté le 15/08/2020 et accessible sur le site : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40492>.
3. Pollitt E, Gorman KS, Engle PL, Rivera JA, Martorell R. Nutrition in early life and the fulfillment of intellectual potential. *Journal of Nutrition*.1995; 125(4):1111-1118.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Faible poids de naissance : 20,5 millions de nouveau-nés en 2015. OMS : Genève ; 2019. Accessible sur : <https://destinationsante.com/faible-poids-de-naissance-205-millions-de-nouveau-nes-en-2015.html>.
5. UNICEF. Progrès pour les enfants. Un bilan de la nutrition. UNICEF : New York ; 2006 ; 1(4). Consulté le 2/09/2020 et Accessible sur: http://www.unicef.org/french/media/files/Progres_pour_les_enfants-No.4.pdf.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : La vie au 21e siècle: une perspective pour tous: Résumé (No. A51/3). OMS : Genève ; 1998
7. République tunisienne. Ministère de la santé publique. Analyse de la situation de la santé des femmes et des enfants en Tunisie. Rapport 1995 ; 49.
8. Ntambue AM, Donnen P *et al.* Les facteurs de risque de la mortalité périnatale dans la ville de Lubumbashi en République démocratique du Congo. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2012; 60(3):167-176.
9. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité et Ministère de la Santé Publique. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA. 2014.
10. Padonou SGR. Faible poids de naissance, prématurité et retard de croissance intra utérin: facteurs de risque et conséquences sur la croissance de la naissance à 18 mois de vie chez des nouveau-nés béninois. Doctoral dissertation, Université Pierre et Marie Curie-Paris VI. 2014.
11. Ilunga PM, Mukuku O *et al.* Fréquence et pronostic néonatal précoce de faible poids de naissance à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan African Medical Journal*. 2016 ;23(1).
12. Mugisho E, Dramaix M *et al.* Evolution des données maternelles et périnatales recueillies en routine entre 1980 et 1998 à la maternité de référence de Rutshuru en République Démocratique du Congo. Décès maternels et interventions obstétricales. *Santé: Cahiers d'Études et de Recherches Francophones*, 2002 ;12(2):247-51.
13. Kyamusugulwa PM. Faible poids de naissance au Maniema (République démocratique du Congo). *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 2006 ;16(2) :103-107.
14. Kangulu IB *et al.* Facteurs de risque de faible poids de naissance en milieu semi-rural de Kamina, République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 2014 ;17.
15. Kurz KM et Johnson-Welch C. La nutrition et la vie des adolescents dans les pays en développement: résultats du programme de recherche sur la nutrition des adolescentes. Centre international de recherche sur les femmes. Rapports et publications de l'ICRW. 1994 ; 1.
16. Olson CM. Pregnancy in adolescents : A cause for nutritional concern. *Professional perspectives*. 1987; 1:1-5.
17. Diakité Nouhoum : Petit poids de naissance : facteurs étiologiques et pronostic fœtal dans le centre de santé de référence de la commune IV District de Bamako. 2010.
18. Letaief, M, Soltani MS *et al.* Épidémiologie de l'insuffisance pondérale à la naissance dans le Sahel tunisien. *Santé publique*. 2001 ; 13(4):359-366.
19. Rakotozanany L *et al.* Facteurs relatifs au faible poids de naissance au CHUA gynécologie-obstétrique de Béfelatanana. Mémoire pour l'obtention de diplôme d'études spéciales de santé publique. 2004;103:51.