

UTILITE DE L'EXAMEN SYSTEMATIQUE DU NOUVEAU-NE AU CNHU DE COTONOU AU BENIN

Usefulness of new born's systematic exam at Cotonou Univesity Hospital, Benin

d'Almeida M, Bagnan L, Alao Mj, Alihonou F, Ayivi B

Unité d'Enseignement et de Recherche en Pédiatrie. Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, BENIN

Correspondance : Pr Blaise AYIVI Tel 00229 97 76 66 12, email : ayivibl@yahoo.fr

RESUME

But : déterminer le taux de réalisation de l'examen systématique, les caractéristiques des nouveau-nés et les pathologies rencontrées.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive portant sur les dossiers des nouveau-nés vus en consultation systématique au cours de la période du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2009. Les consultations étaient assurées par un pédiatre ou un médecin en spécialisation de pédiatrie. Les variables étudiées étaient le taux de réalisation de l'examen systématique, les caractéristiques démographiques des nouveau-nés, les pathologies et facteurs de risque de maladie dépistés.

Résultats : Au cours des années 2008 et 2009, 1325 nouveau-nés avaient été vus pour examen systématique dans l'Unité de Néonatalogie du CNHU de Cotonou. Le taux global de réalisation était de 52%. Les nouveau-nés vus étaient sains, à risque de maladie ou malades dans respectivement 35,54% ; 11% et 53% des cas. Les principales pathologies dépistées étaient l'ictère (78%), les infections néonatales (15%), l'hypotrophie (12%), la prématurité (10%) et les malformations (4,50%). Sur 707 nouveau-nés malades, 139 avaient été hospitalisés avec une évolution favorable dans 99,28% des cas.

Conclusion : L'examen systématique du nouveau-né est utile. Il devrait être généralisé pour réduire la mortalité néonatale dans les pays en Afrique au Sud du Sahara.

Mots-clés : nouveau-né, examen systématique, ictère, infection néonatale, prématurité, malformation

ABSTRACT

Aim: To determine the rate of systematic examination completion, the characteristics of the newborns and the diseases that they bore.

Method: It was a cross-sectional and descriptive study conducted on newborns that were received for systematic examination from January 1st 2008 through December 31st 2009. Consultations were performed by pediatricians. The data that were collected, included in details the rate of implementation of the systematic examination, the neonates demographic characteristics, detected diseases and risk factors.

Results: In 2 years, 1325 infants were seen for systematic examination in the neonatal unit of National Teaching Hospital of Cotonou. The global completion rate was estimated to 52%. Newborns were categorized as healthy, at risk of illness or ill in respectively 35.54%, 11% and 53% of cases. The diseases that were found encompassed jaundice (78%), neonatal infections (15%), antenatal growth retardation (12%), prematurity (10%) and birth defects (4.50%). Out of 707 sick newborns, 139 had been hospitalized with a fatal outcome in only one.

Conclusion: The newborns systematic examination is useful. We do think that it should be generalized if we hope to reduce the neonatal mortality rate in Sub-Saharan African countries.

Key words: newborn, systematic examination, jaundice, neonatal infection, prematurity, birth defect.

INTRODUCTION

L'examen systématique du nouveau-né avant la sortie de la maternité est une obligation légale dans les pays développés. Il donne lieu à un certificat médical et à la consignation des résultats dans le carnet de santé [1]. Cet examen systématique n'est ni institué ni de réalisation courante au Bénin [2]. La sortie précoce de la maternité fait que beaucoup de nouveau-nés à risque de maladie, reviennent dans les formations sanitaires au cours de la première semaine de vie dans un état de santé précaire et pour finalement y mourir [3]. La mortalité néonatale au Bénin reste élevée puisqu'elle était de 32‰ en 2006 au Bénin [4]. L'analyse structurale des différentes tranches de la période infantile révèle que l'accent doit être mis sur le segment néonatal si l'on espérait atteindre le 4^{ème} objectif du millénaire pour le développement [5]. L'examen

systématique du nouveau-né avant la sortie de la maternité pourrait contribuer à la réduction de la mortalité néonatale par le dépistage et le traitement des nouveau-nés à risque de maladie et à éviter les problèmes de sortie précoce de la maternité [1, 6]. Fort de ces intérêts, il a été décidé de mettre en œuvre l'examen systématique du nouveau-né dans l'unité de Néonatalogie du service de Pédiatrie du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou. Après 2 années de mise en œuvre, il était apparu opportun de faire le point en déterminant le taux de réalisation de l'examen systématique, les caractéristiques des nouveau-nés et les pathologies rencontrées.

METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive portant sur les dossiers des

nouveau-nés vus en consultation systématique au cours de la période du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2009. L'échantillonnage était exhaustif. Tous les nouveau-nés qui s'étaient présentés au cours de la période néonatale précoce (sept premiers jours de vie) pour un examen systématique avaient été inclus. Certains nouveau-nés vus au-delà de cette période ont été exclus de l'étude bien qu'ayant été examinés et pris en charge. Les nouveau-nés accompagnés de leur mère étaient orientés de la maternité vers l'unité de néonatalogie. L'examen était assuré par un pédiatre ou un médecin en spécialisation de pédiatrie. Les médecins étaient aidés par une puéricultrice. Les consultations étaient bihebdomadaires la première année puis portées à trois fois par semaine l'année suivante devant la demande devenue forte. L'examen comprenait quatre étapes. Le premier temps était l'interrogatoire de la mère ou la consultation du dossier obstétrical avec l'analyse des facteurs de risque périnatal (pathologies maternelles telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'infection urogénitale, le paludisme) Le second temps était l'inspection qui permet de dépister les malformations évidentes (dysmorphie craniofaciale, fentes labiopalatines, syndactylie, polydactylie, pieds ou mains bots, omphalocèle, anomalie de différenciation sexuelle, anomalie de fermeture du tube neural). La troisième étape était l'examen physique complet appareil par appareil avec une synthèse à la fin : nouveau-né sain (anamnèse et examen physique normaux), nouveau-né à risque de maladie (anamnèse pathologique mais examen physique normal) ou malade (anamnèse pathologique on non mais examen physique anormal). Le dernier temps était consacré aux conseils de puériculture à la mère. Ces conseils portaient sur l'alimentation, la croissance somatique, le développement psychomoteur, les vaccinations et les mesures générales de prévention notamment les infections. Au terme de cet examen, le nouveau-né était soit bien portant et rentrait à domicile ; soit à risque de maladie et mis en observation ou malade etalors était hospitalisé. Les variables étudiées étaient le taux de réalisation de l'examen systématique, les caractéristiques démographiques des nouveau-nés (âge des nouveau-nés au moment de l'examen, sexe, poids de naissance, terme de la grossesse), les pathologies et facteurs de risque de maladie dépistés.

RESULTATS

1. Taux de réalisation de l'examen systématique : Au cours de la période d'étude, sur les 2562 nouveau-nés devant être vus à la consultation d'examen systématique avant leur sortie de la maternité, seuls 1325 ont été examinés en période néonatale précoce ; ce qui

donnait un taux global de réalisation de 52%. Le taux de réalisation était de 46,50% en 2008 et de 56% en 2009.

2. Caractéristiques démographiques des nouveau-nés : La majorité des nouveau-nés (85%) étaient vus au cours des trois premiers jours de vie comme indiqué sur le tableau I. La sex-ratio était de 1,02.

3 Pathologies et facteurs de risque dépistés : Sur les 1325 nouveau-nés examinés, 35,54% étaient sains, 11% à risque de maladie et 53% malades. Parmi les 707 nouveau-nés malades, le suivi en ambulatoire avait été effectué chez 549 nouveau-nés (77,65%). Une indication pour l'hospitalisation avait été posée chez 158 nouveau-nés. Les nouveau-nés hospitalisés étaient au nombre de 139 et 19 n'étaient pas restés pour cause de refus des parents. L'évolution était favorable chez 99,28% des nouveau-nés hospitalisés. Un cas de décès avait été noté en 2008 des suites d'une infection néonatale patente sur une petite prématurité. Les différentes pathologies dépistées chez les 707 nouveau-nés malades sont consignées dans le tableau II. Elles étaient dominées par l'ictère (78%), l'infection néonatale (15%), l'hypotrophie (12%), la prématurité (10%) et les malformations (4,50%). Ces malformations recensées étaient la polydactylie (n=13), les malformations des membres pelviens dont 6 pieds bots (n=9), l'ectopie testiculaire (n=4), la fente labio-palatine (n=1), l'hypoplasie du nez (n=1), la cardiopathie congénitale (n=2), le mamelon surnuméraire (n=1) et l'hypospadias (n=1). Les 3 principaux facteurs de risque identifiés étaient l'infection maternelle à VIH/SIDA, l'infection bactérienne et l'incompatibilité materno-fœtale dans le système Rhésus et ABO. Chez ces nouveau-nés à risque de maladie, 36 nouveau-nés étaient suivis dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH et aucun d'eux n'avait posé de problèmes nécessitant une hospitalisation.

COMMENTAIRES

L'examen systématique du nouveau-né avant la sortie de la maternité diffère du premier examen pratiqué par l'accoucheur en salle de travail immédiatement après l'accouchement. Ce premier examen basé sur le score d'Apgar permet de mettre éventuellement, rapidement en route les manœuvres de réanimation et de dépister un certain nombre de malformation qui peuvent entraîner la mort ou de lourdes séquelles [1]. En dehors du premier examen, le nouveau-né doit bénéficier d'un examen minutieux au cours de la première semaine de vie, avant la sortie de la maternité [7]. Cet examen à la naissance a pour objectif d'apprécier l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, de dépister les malformations ou

pathologies latentes et d'apprécier le développement neurologique du nouveau-né. Il est réalisé comme dans la présente expérience au cours des trois premiers jours de vie et dans tous les cas avant la sortie de la maternité. Il est pratiqué par un médecin de préférence un pédiatre, mais peut être valablement pratiqué par le gynécologue, la sage - femme ou l'infirmière avec un renforcement de leur capacité. Il nécessite peu de matériel et se déroule dans une salle normotherme, calme sur un nouveau-né totalement dévêtu à distance du repas et de préférence en présence de la mère. Il comporte comme dans la présente étude quatre étapes que sont l'anamnèse gestationnelle, l'inspection, l'examen physique complet, les mensurations et la synthèse [8]. La synthèse permet de conclure que l'enfant est sain, à risque de maladie ou malade, de le traiter et de donner des conseils de puériculture à la mère. L'examen du nouveau-né avant la sortie de la maternité est bénéfique dans la mesure où il permet de dépister les pathologies évidentes ou latentes dont la prise en charge précoce réduirait de façon considérable le risque de décès et le coût des soins. Il a permis dans la présente expérience de récupérer parmi les nouveau-nés examinés, 53% de nouveau-nés malades et 11% de nouveau-nés à risque de maladie qui seraient sortis précocement et reviendraient quelques jours après dans un état morbide sévère pour décéder [9]. Cette consultation a connu une amélioration du taux de réalisation en 2009 montrant l'adhésion du personnel de l'unité de néonatalogie, de la maternité et des mères. Parmi les pathologies dépistées au cours de l'examen systématique, l'ictère et l'infection materno-foetale étaient les affections les plus fréquentes suivies de l'hypotrophie, de la prématurité et des malformations. L'ictère est de loin l'affection la plus retrouvée au cours des premiers jours de vie [10]. La fréquence des infections materno-foetales et la place non négligeable des faibles poids de naissance (prématurité et hypotrophie) n'a pas changé [11]. L'accouchement des faibles poids pourrait être secondaire aux effets du paludisme chez la femme enceinte, l'état nutritionnel des gestantes et les conditions de vie et de travail des gestantes dans les pays de l'Afrique au Sud du Sahara [12]. La prise en charge en ambulatoire préconisée par certains pédiatres libéraux et communautaires a été assurée avec succès chez 78% des nouveau-nés malades [13].

CONCLUSION

La présente expérience montre que l'examen systématique du nouveau-né avant la sortie de la maternité était non seulement faisable mais surtout avait une utilité indéniable vu les pathologies potentiellement mortelles dépistées

et traitées. Elle mérite d'être diffusée à toutes les maternités et aiderait à réduire le taux de mortalité néonatale et infantile dans les pays de l'Afrique au Sud du Sahara [14, 15].

REFERENCES

1. Roussey M., Kremp O. Examens systématiques de l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie 2007 ; 4-002-B-10.
2. Ayvi B, Alihonou E, Dan V, Koumapkai S. Médecine néonatale au Bénin : Etat actuel et perspectives d'avenir Med Afr Noire 1994 ; 41 (89) : 492-496
3. Ayivi B, Badirou F, Alihonou E. Prise en charge du nouveau-né à Cotonou : Etat actuel et difficulté ArchPediatri 1999 ; (6) Suppl 2 : 272-274
4. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. 2007 : Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin 2006. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc.
5. Hoad D, Nga T, Malqvist M, Person L. Persistant neonatal mortality despite improved under-five: a retrospective study in northern Vietnam ActaPaediatr 2008 ; 97: 166-170
6. Stracsek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet J-M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ArchPediatri 2008 ; 15 : 1076-1082
7. Truffert P, Zetlin J, Roze JC. Epidémiologie périnatale. In Laugier J, Roze JC, Simeono U, Saliba E. Soins aux nouveau-nés avant pendant et après la naissance. 2^{ème} édition Masson, Paris 2006 : 103 -117
8. HOUENOU Y. Analyse du risque périnatal à Abidjan, en Cote d'Ivoire Ann Ped 1999 ; 46 (10) : 730- 736
9. Dan V, Alihonou E, Ayivi B, Koumapkai S. Prise en charge du nouveau-né malade en milieu tropical: expérience de l'unité de néonatalogie de Cotonou. Med Afr Noire 1991; 38 (12): 842-849
10. Galbraith AA, Egerter SA, Marchi KS, Chavez G and Braveman PA. Newborn early discharge revisited: are california newborns receiving recommended postnatal services? Pediatrics2003; 111; 364-371
11. Badirou-Fatoké F, Ayivi B, Aguessy-Ahyi B. Place du nouveau-né de faible poids de naissance au sein de la maternité lagune de Cotonou. Ann Pediatri 1997 ; 44 (4) : 284-288
12. Carles G, Bousquet F, Raynal P, Peneau C, Mignot V, Arbeille P. Grossesse et paludisme: Etude de 143 cas en Guyane. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 1998 ; 27 (8) :798-805
13. Assathiany R, Giacobbi V, Sznajder M. Disponibilité des pédiatres libéraux et communautaires en Ile -de-France après une

sortie précoce de maternité ArchPediatr 2006 ; 13 : 336-340

14. Lawn J, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering team. 4 million neonataldeaths: When? Where? Why? The Lancet 2005; 365 : 891-900

15. LABIE D. Le scandale des 4 millions de morts néonatales chaque année : Bilan et actions possibles. Médecine/Sciences 2005 ; 21 : 768-71

Tableau I : Age des nouveau-nés à la date de l'examen

Age	Effectif	%
J0	161	12,15
J1	523	39,48
J2	265	20
J3	177	13,36
J4	83	06,26
J5	50	03,78
J6	32	02,41
J7	34	02,56
Total	1325	100

Tableau II : Pathologies dépistées chez les 707 nouveau-nés malades

Pathologies	Effectif	%
Ictère	551	78
Infection néonatale	106	15
Hypotrophie à terme	85	12
Prématurité	71	10
Malformations	32	04,50
Rhinite purulente	08	01,13
Fracture de la clavicule	05	0,7
Céphalématome	04	0,6
Elongation du plexus brachial	04	0,6
Pustulose cutanée	03	0,4
Détresse Respiratoire	01	0,1
Conjonctivite	01	0,1