

SUIVI AMBULATOIRE DU PREMATURE LA PREMIERE ANNEE DE VIE AU SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU DE COCODY.

*Dainguy M.E. *, Folquet A. M, Akaffou E., Sylla M., Kouadio E., Kouakou C., Houenou Y.*

UFR des Sciences Médicales, Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody, Département mère-enfant, Service de Pédiatrie, 08 BP 361 Abidjan 08 (Côte d'Ivoire)

***Auteur correspondant : Dr Dainguy Marie Evelyne, 08 BP 361 Abidjan 08 Email: marieve3med@yahoo.fr**

RESUME

La prématurité reste dans nos pays en voie de développement un problème d'actualité. La carence en ressources humaines et le faible niveau du plateau technique expose le prématuré à un risque élevé de morbidité et de mortalité en période néonatale. Ceux qui survivent ont besoin d'un suivi rapproché après leur sortie d'hospitalisation. Notre objectif à travers cette étude était d'apprécier la qualité du suivi du prématuré en ambulatoire. Il s'agissait d'une étude longitudinale prospective à visée descriptive qui s'est déroulée de janvier 2007 à décembre 2008 en consultation du service de pédiatrie du CHU de Cocody. Notre population d'étude était constituée de 100 nouveaux nés sélectionnés de façon aléatoire.

Les nouveaux nés prématurés avaient en moyenne 31,7 semaines d'âge gestationnel. Le sex ratio était de 0,96. Le poids de naissance variait de 900 à 2550g. Les principales causes de prématurité étaient : les grossesses multiples (18 %), le paludisme (15 %), la rupture prématurée des membranes (12%) et la pré éclampsie(10%). Les prématurés étaient hospitalisés dans 47% des cas pour un problème d'élevage. Le nombre moyen de consultation était de 6,25. Seul 25 enfants ont été effectivement suivis pendant 12 mois avec un poids moyen de 9112g. Le suivi avait été interrompu avant 3 mois d'âge post natal dans 31% des cas et avant 3 mois d'âge réel dans 52% des cas. Les mères avaient préféré l'allaitement dans 48% des cas, mais les courbes de développement pondéral étaient superposables, quelque soit le type d'alimentation. La pathologie au cours du suivi était dominée par les troubles digestifs, les infections respiratoires aiguës et l'anémie. Quarante pour cent des prématurés ont pu avoir une numération formule sanguine de contrôle et 8% un bilan neuroradiologique. Un tiers des prématurés (30%) avait été ré hospitalisé pour anémie (10%) et IRA (10%). On a enregistré 3 décès.

Conclusion : le suivi du prématuré de retour à domicile reste difficile dans notre contexte de vie. Les mères doivent être sensibilisées sur les conséquences de la prématurité et l'importance de leur suivi. Ce suivi doit être l'affaire de tous, aussi bien des parents, du personnel de santé que du gouvernement.

Mots clés : Prématuré-Suivi-ambulatoire

SUMMARY

The prematurity remains in our developing countries a problem of current events. The deficiency in human resources and the low level of the technical equipment exposes premature babies to a high risk of morbidity and mortality in neonatal period. Those who survive need a closer follow-up after their discharge from hospital. Our objective through this study was to appreciate the quality of following-up premature babies in ambulatory. It was a longitudinal study with descriptive aim which took place from January, 2007 till December, 2008 in the paediatric service of the Teaching Hospital of Cocody. Our population was constituted by 100 premature babies selected in a random way.

The premature babies had on average 31,7 weeks of gestational age. The sex ratio was 0,96. The born weight was between 900 and 2550g. The main causes of prematurity were multiple pregnancies (18 %), malaria (15 %), premature break of membranes (12 %) and eclampsia (10 %). Most of premature babies were hospitalized for a problem of breeding (47 %). The average number of consultation was 6,25. Only 25 children were effectively followed during 12 months with a middleweight of 9112g. The follow-up had been interrupted before 3 months of native age in 31 % of cases and before 3 months of real age in 52 % of cases. The mothers had preferred the feeding in 48 % of cases, but the curves of weight development were superposables whatever the type of food supply. The pathology during the follow-up was dominated by digestive disorders, respiratory infections and anaemia. Forty percent of the premature babies was able to have an haemoglobin test and 8 %, a neuroradiological screening. A third of the premature babies (30 %) had been hospitalized again for anaemia (10 %) and respiratory infections (10 %). We recorded 3 deaths.

Conclusion: The follow-up of premature babies getting out of hospital remains difficult in our context of life. The mothers must be sensitized on the consequences of prematurity and the importance of their follow-up. This follow-up has to be the affair of all, as well parents, health workers that government.

Keywords: ambulatory- premature baby-follow-up

INTRODUCTION

Malgré les progrès réalisés en néonatalogie, la prématurité demeure l'une des causes

principales de morbidité et de mortalité néonatale, tout particulièrement dans les pays en voie de développement où les ressources

humaines et les techniques modernes de réanimation néonatale ne sont pas toujours disponibles. Le taux de prématurité est encore élevé en Côte d'Ivoire comme dans les autres pays en développement. Selon une étude réalisée de 2001 à 2003 au CHU de Cocody, ce taux était estimé à 24,3% [1] avec un taux de mortalité précoce de 25,9% [2]. Ces prématurés ont besoin d'un suivi rapproché après leur sortie d'hospitalisation en raison des problèmes résiduels (pathologie respiratoire chronique ou récidivante, troubles d'alimentation et de croissance, troubles moteurs et sensoriels) repérables dans la première année de vie. Ces enfants nécessitent également un suivi à long terme car ils sont exposés à toute une série de déficits et de handicaps ultérieurs qu'il faut savoir dépister et prendre en charge le plus précocement possible.

Il nous a paru opportun devant le manque de travaux sur le suivi du prématuré en Côte d'Ivoire, de réaliser cette étude qui avait pour objectif principal d'évaluer la qualité du suivi du prématuré après son hospitalisation au service de pédiatrie du CHU DE COCODY.

POPULATION ET METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive qui s'est déroulée de janvier 2007 à décembre 2008 (deux ans) en consultation du service de pédiatrie du CHU DE COCODY. Notre population d'étude était composée uniquement de nouveau-nés prématurés hospitalisés au bloc néonatal et venu en consultation dans le cadre du suivi post hospitalisation. La taille de notre échantillon avait été préalablement fixée à 100 nouveau-nés prématurés qui ont été enrôlés de façon consécutive, au fur et à mesure qu'ils se présentaient à la consultation pour leur contrôle post hospitalisation. A la fin de chaque consultation, un rendez-vous était fixé selon le rythme suivant : 1 consultation par semaine le premier mois de vie, 1 consultation tous les 15 jours entre le deuxième et le troisième mois de vie puis 1 consultation par mois jusqu'à 1 an. Des examens complémentaires (numération formule sanguine, électro encéphalogramme, échographie transfontanellaire, examen ophtalmologique et ORL) étaient prescrits dans le cadre du suivi selon le calendrier contenu dans le tableau I.

Le recueil des informations s'est fait à partir de fiches individuelles de collecte de données. Nous nous sommes intéressées aux paramètres suivants :

- Les caractéristiques des nouveau-nés prématurés,
- Le suivi post hospitalisation du nouveau-né (nombre de consultation, durée du suivi, notion de réhospitalisation, mode

d'alimentation, développement psychomoteur et staturo-pondéral, pathologies pendant le suivi, évolution).

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Epi Info 3.3.2 version anglaise.

RESULTATS

I- LES CARACTERISTIQUES DES NOUVEAUX-NES : L'âge gestationnel variait de 28 à 36 semaines d'aménorrhée avec une moyenne de 31,7 semaines et le poids de naissance, de 900g et 2550g avec une moyenne de 1625g. La proportion de grands prématurés (AG \leq 32 SA) était de 65,0%, le sex-ratio de 0,96. Les principales causes de prématurité étaient : les grossesses multiples (18,0%), le paludisme (15,0%), la rupture prématurée des membranes (12,0%), et la pré éclampsie (10,0%). Les prématurés étaient hospitalisés dans 47,0% des cas pour un problème d'élevage. L'infection néonatale était la pathologie la plus fréquente en hospitalisation (33,0%); venaient ensuite la souffrance cérébrale (11,0%), l'ictère (4,0%), puis la détresse respiratoire (2,0%)

II- LE SUIVI POST NATAL

La moyenne des consultations était de 6,25 avec des extrêmes allant de 1 à 17 consultations. La moitié des mères (52,0%) venaient en consultation au moins 2 fois par mois. Cinquante deux pour cent des prématurés avait fait moins de 5 consultations. Seuls 25 enfants ont été effectivement suivis pendant 12 mois soit un taux de perdu de vue de 75%. Le suivi avait été interrompu avant 3 mois d'âge post natal dans 31,0% des cas et avant 3 mois d'âge réel dans 52,0% des cas (figure 1). 48% des prématurés étaient exclusivement nourris au sein.

La croissance pondérale était satisfaisante pour l'ensemble des prématurés. Pour les 25 enfants qui ont été effectivement suivis pendant 12 mois, le poids moyen était de 9112g. On notait également que la courbe de croissance pondérale des enfants nourris au sein était superposable à celle des prématurés à l'alimentation mixte (figure 2).

Le développement psychomoteur en fin de suivi et selon l'âge corrigé avait pu être apprécié chez 48 prématurés et était anormal chez 7 d'entre eux. Le bilan neuroradiologique n'a été réalisé que dans 8% des cas et avait noté 2 cas de comitialité, 1 cas d'hydrocéphalie et 1 cas d'hématome sous dural.

La pathologie au cours du suivi (tableau II) était dominée par les troubles digestifs (62%), les IRA (52%), et l'anémie (38%). La NFS réalisée montrait dans la majorité des cas une anémie microcytaire (32,69%). Moins d'un tiers des prématurés (30,0%) avait été réhospitalisés pour deux causes principales : l'anémie (10,0%) et les IRA (10,0%). Nous avons enregistré 3 décès. Un prématuré est

décédé à 4 semaines (36 semaines d'âge post menstruel) dans un tableau de méningite, un autre à 8 semaines (40 semaines d'âge post menstruel) au décours d'une anémie et le dernier à 6 mois (3 mois d'âge post menstruel) dans un contexte d'altération de l'état général.

DISCUSSION

I LES CARACTERISTIQUES DES NOUVEAUX-NES : La proportion de grands prématurés (AG \leq 32 SA) était de 65,0% et le poids de naissance était inférieur à 1500g dans 41,0% des cas. Ces enfants, sains pour la plupart (47,0%) ont pu bénéficier d'une prise en charge efficiente, malgré le plateau technique dont nous disposons. La morbidité hospitalière restait dominée par l'INN (33,0%) comme l'ont rapporté plusieurs études dans la plupart des pays en Afrique [3, 4, 5].

II LE SUIVI POST NATAL

1 La qualité du suivi : Elle a été appréciée à partir du nombre et du rythme des consultations (6,25 consultations en moyenne), de l'âge des prématurés à la fin de notre étude et du nombre de perdus de vue. Le suivi des prématurés était insuffisant. Le taux de perdu de vue était de 75%, alors que DEHAN en France, dans son étude sur les grands prématurés trouvait 7,6% de perdu de vue [6]. Cette insuffisance de surveillance postnatale pourrait s'expliquer par des frais de consultations élevés au CHU (5000 FCFA contre 500 FCFA en PMI), compte tenu des difficultés socio-économiques des parents à l'origine, le transfert des enfants vers les centres de santé les plus proches du domicile familial, le manque de sensibilisation des mères sur les risques liés à la prématurité. Une étude réalisée au CHU de Cocody sur le suivi postnatal des prématurés avait déjà relevé que les obstacles au suivi relevaient en grande partie de la non sensibilisation des parents face au risque de la prématurité et de l'instabilité du couple sur le plan social et économique [9].

2- La croissance pondérale et la nutrition : La croissance pondérale du prématuré suit des modalités différentes de celle de l'enfant né à terme. Elle est d'autant plus rapide au cours de la première année que le poids de naissance était faible. Le lait maternel reste le premier choix pour alimenter les nourrissons, même prématurés, dans la période qui suit leur retour à domicile. Paradoxalement, seul 48% des mères avaient opté pour l'allaitement exclusif. Cependant, la croissance pondérale était satisfaisante pour l'ensemble des prématurés qui avaient par ailleurs bénéficié d'une supplémentation en polyvitamines dès la naissance. La courbe de croissance des enfants nourris au sein était superposable à celle des prématurés à l'alimentation mixte. Pour certains auteurs, les prématurés nourris

au lait de mère ont une croissance plus lente, mais leur état de santé est meilleur et leur hospitalisation plus courte que ceux qui n'en ont pas bénéficié [10]. En effet, des données suggèrent que ces prématurés ont moins d'infections des voies aériennes supérieures s'ils sont nourris avec du lait de femme à l'hôpital et après leur sortie, même si l'allaitement n'est que partiel [10].

3-Le développement moteur et le bilan neuroradiologique : Quarante à 80% des enfants nés prématurément présentent pendant la première année de vie des anomalies transitoires du tonus et de la posture. Ces anomalies sont parfois le reflet de lésions neurologiques mineures [11]. Elles sont toutefois souvent annonciatrices de difficultés d'apprentissage identifiables à l'âge scolaire [7].

C'est habituellement sur les constatations échographiques que l'on porte le diagnostic de lésions cérébrales; l'ETF permet également l'appréciation pronostic du développement neuromoteur de l'enfant; elle devrait être réalisée systématiquement chez les prématurés, et surtout ceux qui sont nés à moins de 32 semaines. Les lésions cérébrales qui se compliquent ultérieurement de troubles neurodéveloppementaux sont essentiellement les hémorragies intra ventriculaires de grade 3 ou 4, la leucomalacie périventriculaire et les dilatations ventriculaires. La fréquence de ces lésions cérébrales sévères varie de 14 à 42% chez les prématurés de moins de 25 SA [7]. Dans notre étude, le développement psychomoteur en fin de suivi a été apprécié selon l'âge corrigé chez 48% des prématurés. Il était anormal dans 7% des cas, à type de retard des acquisitions motrices; le bilan neuroradiologique a été demandé, mais n'a été réalisé que dans 8% des cas, ce du fait de son coût élevé à la charge des parents.

4- La pathologie observée au cours du suivi : Au cours du suivi, les enfants ont présenté des affections dont les plus fréquentes étaient les troubles digestifs (**réurgitations, vomissements:** 62,0%, **ballonnements:** 52,0%), l'infection respiratoire aiguë (52,0%), l'anémie (38,0%), le paludisme (21,0%). Ces affections ont été également retrouvées dans d'autres études [3, 6]. L'hémogramme réalisé chez la moitié des prématurés a relevé 31 cas d'anémie; il s'agissait dans la majorité des cas d'anémie microcytaire (32,69%). Du fait de l'irrégularité des consultations, les posologies de fer n'étaient pas toujours adaptées au poids de l'enfant. 10,0% des prématurés avait été réhospitalisé pour anémie et transfusés. L'administration de fer à partir de J15 est une initiative précoce dans la réduction de l'anémie tardive chez le prématuré non anémié à la naissance. Tous les prématurés en ont bénéficié. A défaut de l'EPO rHu qui administré précocement, réduit l'anémie tardive du

prématuré de petit poids de naissance et d'âge gestationnel faible, la transfusion sanguine reste le traitement de choix dans les anémies graves du prématuré.

5- Mortalité et séquelles : Nous avons enregistré 3 décès au cours du suivi, tous probablement sous-estimés compte tenu du nombre important d'enfants perdus de vue. Ils agissaient de grands prématurés pesant moins de 1500g. Quant aux séquelles auditives et ophtalmologiques, elles sont le plus souvent observées chez les enfants d'un poids de naissance inférieur à 1500g ou d'âge gestationnel inférieur à 32 semaines. Elles n'ont pu être recherchées systématiquement car elles nécessitent une collaboration multidisciplinaire qui engendre des frais supplémentaires pour les parents. Nous avons noté au cours du suivi un cas de strabisme ayant bénéficié d'un avis spécialisé.

CONCLUSION

Les prématurés représentent un groupe à risque. À l'issue de notre étude, nous pouvons dire que le suivi ambulatoire du prématuré nécessite la mise en place de procédures standardisées adaptées à notre contexte. En effet, le sous-équipement des services de néonatalogie associé au bas niveau socio-économique des populations expliquent la sortie précoce et le suivi ambulatoire irrégulier, insuffisant et précocement interrompu des prématurés. Il serait souhaitable d'instaurer un suivi jusqu'à l'âge de 2 – 3 ans voire à l'âge scolaire afin d'avoir un reflet exact du devenir de ces enfants nés prématurément.

REFERENCES

1 IRIE BI A. Prise en charge du prématuré au bloc néonatal du CHU de Cocody de 2001 à 2003. Thèse Med. Abidjan. 2004: n° 3922, 161p.

2 NOBGNI H. Etude des facteurs de mortalité néonatale précoce chez le prématuré : étude cas-témoins réalisée dans le service de pédiatrie du CHU de Cocody. Mémoire de Certificat d'Études Spécialisées de Pédiatrie et Puériculture. Abidjan. 2008.

3 AKOUA N'DIN A. Suivi des prématurés de retour à domicile : pronostic à court terme. Thèse Med. Abidjan, 2005

4 BOBOSSI S.G., SEEDOUMA E., OULIBONA S. F., TEMBETI J., FIOBOY S. R., ZOHOUN T. Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des prématurés observés au complexe pédiatrique de Bangui (Centrafrique). Med. Afr. Noire. 2006 : 53 ; 3,145-150

5 BENBASSA A., TOURNAIRE M., NATHAN G. Prématurité. www.Gyneweb.fr/obstetrique/andem/chap7.htm

6 ZABANGA KOKO O. S. Suivi des nouveau-nés de faible poids de naissance : Incidence de la sortie précoce sur la croissance pondérale

dans le premier semestre de vie. À propos de 384 cas colligés au CHU de Yopougon. Thèse Méd. Abidjan. 2004, 155p.

7 FAROOQI A., SERENIUS F. Le devenir des enfants nés prématurément. Annales NESTLE. 2005 : 63 ; 2, 43-62

8 LENCLEN R., PAUPE A., CARBAJAL R ET AL. Devenir des grands prématurés : Mortalité, morbidité et suivi à 2 ans d'une population de 96 grands prématurés. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1992 :87 ; 533-539

9 HOUENOU A. Y., ECRA J. F., AMORISSANI-FOLQUET M., ET AL. Surveillance et promotion de la santé du prématuré de 0 à 1 an : Intérêt et obstacles. Annales de Pédiatrie Vol 46, n°10 Décembre 1999 pp 730-736

10 ROTH P.H., BARLES G. L'accouchement de la grande multipare. Etude rétrospective de 419 en deux ans et demi. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1991 : 86 ;4, 281-285

11 FRANCOIS A., BATTISTI O., BERTRAND J., M. KALENGA P., LANGHENDRIES J.P. Bébé prématuré, bébé particulier ? Quel suivi développemental ? Arch. Pédiatr. 1998: 5; 568-572

12 ORIOT D. Le prématuré, 1999.

<<http://www.med.univ.rennes.fr/etude/pediatrie/premature.ht>>

Tableau I: Examens complémentaires au cours du suivi du prématuré

Bilan	Naissance	J 15	M 1	M 3	M 6	M 9	M 12
Hémogramme	+			+		+	+
FO			+				
ETF			+				
Tests audiométriques			+			+	
Tests visuels			+			+	

Tableau II: Répartition selon les pathologies présentées durant le suivi

PATHOLOGIE S	Effectif/100	Pourcentages
Anémie	38	38%
Régurgitation, Vomissements	62	62%
Ballonnements	52	52%
Fausse Routes	2	2%
IRA (Infections Respiratoires Aiguës)	52	52%
Gastro Entérite	18	18%
Paludisme	21	21%
constipation	26	26%
Dermatoses	9	9%
Hernies (Inguino-scrotales, Ombilicales)	9	9%
Conjonctivite	3	3%
Strabisme	1	1%
Autres Malformations	6	6%
Hydrocèle	2	2%
Nécrose Cutanée	1	1%

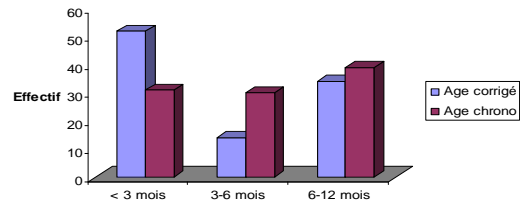


Figure 1: Répartition selon la durée de suivi en fin d'étude

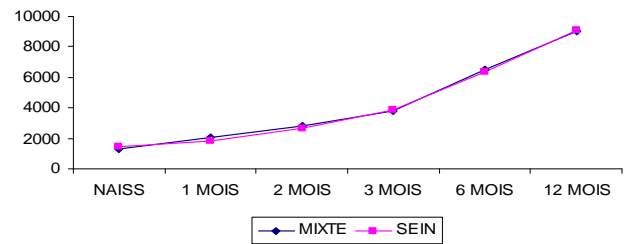


Figure 2: Evolution de la courbe pondérale moyenne selon le type d'allaitement