

# ASPECTS SOCIO - DEMOGRAPHIQUES, EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRONOSTIQUES DE LA PREMATURITE DANS L'UNITE DE NEONATOLOGIE DE L'HOPITAL D'ENFANT ALBERT ROYER DE DAKAR/SENEGAL

DIOUF FN<sup>1</sup>, FAYE PM<sup>2</sup>, GUEYE M<sup>3</sup>, BA ID<sup>2</sup>, GUISSSE AL<sup>2</sup>, THIAM L<sup>1</sup>, BA A<sup>2</sup>, DIENG YJ<sup>2</sup>, CISSE DF<sup>2</sup>, LY F<sup>2</sup>, DEME/LY I<sup>2</sup>, SYLLA A<sup>2</sup>, NDIAYE O<sup>3</sup>

## RESUME

**Objectif :** Etudier les aspects socio-démographiques, épidémiologiques, cliniques et pronostiques de la prématurité dans l'unité de néonatalogie de l'hôpital d'enfants Albert Royer de Dakar

**Matériel et méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive de dossiers de nouveau-né prématurés admis du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011. Nous avons inclus tous les nouveau-nés viables hospitalisés, nés avant 37 SA révolues. L'âge gestationnel était évalué à partir de la date des dernières règles ou à l'échographie précoce ou à défaut par le score de Ballard. Nous avons étudié les paramètres maternels, obstétricaux et néonataux.

**Résultats :** 147 dossiers de prématurés étaient analysés sur un total de 889 nouveau-nés, soit une prévalence de 16,5%. Soixante onze virgule trois pourcent des parturientes avaient un âge compris entre 20 et 34 ans, 65,7% provenaient des banlieues de Dakar, 97,2% étaient mariées, 48,1% étaient analphabètes et 72,2% étaient sans activité professionnelle. Un antécédent gynécologique et ou obstétrical était présent dans 31,9% des cas et était dominé par l'avortement (53%). L'hypertension artérielle était la pathologie médicale maternelle la plus fréquente (37,1%). La rupture prématurée des membranes (40,78%), les infections vaginales (25%) et la prééclampsie (11,84%) étaient les affections obstétricales courantes. L'accouchement était fait par voie basse dans 81,7% des cas, en céphalique (87,4%). Il avait eu lieu à domicile dans 13,4% des cas. L'âge gestationnel variait entre 26 et 34SA + 4 jours. L'admission était au delà de 24h dans 41,4% des cas. Une souffrance fœtale aigüe était notée dans 40,8% des cas dont 18,4% d'asphyxie. Le poids de naissance moyen était de 1465,4g. La durée moyenne d'hospitalisation était de 24 jours, extrêmes 3 jours – 90 jours. La détresse respiratoire (49,6%), l'infection (41,4%), l'ictère (29,7%) et l'hypoglycémie (13,1%) étaient les complications les plus retrouvées. Dix virgule neuf pourcent des prématurés avaient bénéficié des soins kangourou avec une évolution favorable. L'allaitement était mixte dans 89,1% des cas. Le poids moyen à la sortie était de 1796,1g et celui à 12 mois de 8425 g. Le taux de létalité était de 50,3%. Elle était liée à l'infection (59,5%), à la détresse respiratoire (27%), à l'hémorragie (2,7%).

**Conclusion :** La mortalité liée à la prématurité est élevée. La réduction de cette mortalité passerait par une meilleure collaboration obstétrico-néonatale mais aussi par la promotion de la méthode Kangourou.

**Mots-clés :** Prématurité, Epidémiologie, Pronostic

## ABSTRACT

**EPIDEMIOLOGY, SOCIO-ECONOMICAL ASPECTS, CLINICAL AND PROGNOSTIC FACTORS OF PRETERM BIRTH IN THE NEONATOLOGY UNIT OF ALBERT ROYER'S CHILDREN HOSPITAL, DAKAR (SENEGAL)**

**Objective:** to analyse the epidemiological, socio-economical, clinical and prognostic factors of premature birth in the Neonatology Unit of Albert Royer's Children Hospital, Dakar (Senegal).

**Material and Methods:** we conducted a retrospective observational study of all premature new-borns admitted between January 1st 2010 and December 31th 2011. Maternal, obstetrical and neonatal data from clinical files were revised. All new-borns with gestational age of less than 37 weeks were included. Gestational age was evaluated by reference to the last menstrual period or early prenatal echography; otherwise, it was dated after birth using the Ballard neuro-morphological score.

**Results:** 147 new-borns were included in the study, on a total of 889 new-borns (prevalence: 16,5%). 71,3% of the mothers was aged between 20 and 34 years, 65,7% came from the suburbs of Dakar, 97,2% was married, 48,1% analphabetic and 72,2% unemployed. 31,9% had gynaecological or obstetrical issues (abortion counting for 53%). High blood pressure was the most common medical issue (37,1%). Premature rupture of the membranes (40,78%), genito-urinary tract infections (25%) and pre-eclampsia (11,84%) were the most common obstetrical complications. Vaginal delivery counted for 81,7%, with cephalic presentation in 87,4%, and home birth in 13,4% of cases. Gestational age varied between 26 weeks and 34 weeks-4 days. A delay of more than 24 hours from birth to admission was recorded in 41,4% of cases. 40,8% of cases had acute foetal sufferance, with asphyxia in 18,4%. Median birth weight was 1465.4 g. Median period of hospitalisation was 24 days. Respiratory distress (49,6%), infection (41,4%), jaundice (29,7%) and hypoglycaemia (13,1%) were the most common complications. 10,9% of patients benefit from kangaroo care, all with favourable outcome. Mixed feeding counted for 89,1% of cases. Median exit weight was 1796.1 g. Median weight at 12 months was 8425 g. Mortality rate was 50,3%, the main causes being infection (59,5%), respiratory distress (27%) and haemorrhage (2,7%).

**Conclusions:** the mortality rate related to preterm birth is high. A reduction of the mortality rate might be achieved by a better collaboration between obstetricians and neonatologists, but also by a promotion of the kangaroo care.

**Keywords:** preterm birth, epidemiology, prognostic

1. Pédiatre à l'hôpital régional de Ziguinchor/Sénégal
2. Pédiatre à l'hôpital d'enfant Albert Royer Dakar/ Sénégal
3. Pédiatre à l'hôpital Abass Dao Dakar/Sénégal

**Auteur correspondant :** Docteur François Niokhor Diouf Pédiatre hôpital régional Ziguinchor BP 705 HLM Néma Email : dioufdiaz@gmail.com Tel. 221776420380 Fax : 221339900614

## INTRODUCTION

La prématurité est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité néonatale, surtout dans les pays en voie de développement [15]. En Afrique, elle vient en troisième position derrière l'asphyxie et les infections [6,15]. Dans le monde, selon les données de 2010, elle représente la première cause de mortalité néonatale (37% des décès) devant les infections et l'asphyxie.

La prise en charge de la prématurité est très difficile dans les pays en voie de développement compte tenu des moyens limités [6,15].

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects socio-démographiques, épidémiologiques, cliniques et pronostiques de la prématurité dans l'unité de néonatalogie du Centre Hospitalier d'enfant Albert ROYER de Dakar (CHEAR).

## I. PATIENTS ET MÉTHODES

### 1. Cadre et type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique de dossiers de nouveau-nés prématurés admis dans l'unité de néonatalogie du CHEAR pendant la période allant du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011 soit une durée de 24 mois.

L'unité de Néonatalogie accueille les enfants de 0 à 2 mois. Elle a une capacité de 25 lits (10 lits de soins intensifs, 12 lits de soins néonataux de routine et 3 lits de soins maternels Kangourou)

La particularité de cette unité est l'absence de maternité adjacente. Tous les nouveau-nés sont donc des « out born » qui arrivent souvent tardivement avec toutes les difficultés liées aux conditions de transfert.

### 2. Patients

#### 2.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude tous les nouveau-nés viables nés avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues. Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif car tous les prématurés hospitalisés étaient inclus

#### 2.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu de l'étude tous les dossiers de nouveau-nés, qui ne répondaient pas à ces critères.

#### 2.3 Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation et consignées sur un questionnaire pré-établi. Les paramètres suivants ont été analysés :

- socio-démographiques maternels : âge, origine géographique, niveau d'instruction, statut matrimonial, activité professionnelle.

- antécédents gynécologiques médicaux et obstétricaux
- données de l'accouchement et données néonatales : âge gestationnel, voie d'accouchement, présentation, lieu de l'accouchement, le sexe, le poids à la naissance, le score d'APGAR, notion de réanimation, température à l'arrivée
- Données au cours de l'hospitalisation : la prise en charge, l'alimentation, les complications, le décès (causes et circonstances), le suivi anthropométrique.

### 2.4 Définition des variables de l'étude

L'âge gestationnel était déterminé à partir de la date des dernières règles ou lors de l'échographie précoce avant la 20SA. A défaut, la grossesse était datée après la naissance en se basant sur le score neuro-morphologique de BALLARD [3]. Les constantes anthropométriques du nouveau-né ont été comparées aux courbes de croissance de l'OMS et évaluées dans l'heure qui suivait la naissance. L'âge des mères était calculé à l'accouchement et scindé en trois parties : entre 15 et 19 ans, entre 20 et 34 ans, supérieur ou égal à 35 ans. L'origine géographique était subdivisée en zone (Dakar, Banlieue dakaroise, rurale). L'âge gestationnel à la naissance était scindé en trois parties : très grande prématuré entre 26 et 28 SA+ 6jours, grande prématurité entre 29 et 32 SA + 6 jours, Prématurité modérée entre 33 et 36 SA + 6jours. Les lieux d'accouchement répertoriés étaient : domicile, poste de santé, centre de santé, hôpital, clinique privée. La souffrance fœtale aigue (SFA) était définie par un score d'Apgar inférieur à 7. Les modalités du suivi consistaient à prendre les mesures anthropométriques (Poids, Taille, Périmètre crânien) à 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois.

### 2.5 Analyse

Les données ont été analysées en utilisant le logiciel SPSS (Statistical Package For Social Sciences) version 13.0. Les données qualitatives étaient résumées sous forme de proportions avec leurs intervalles de confiance à 95%. Les données quantitatives étaient exprimées sous forme de moyenne avec la déviation standard ou de médiane avec les extrêmes. Les proportions ont été comparées à l'aide du test du chi carré de Pearson ou de Fischer selon leur condition de validité avec un p-value < 0.05. Les données quantitatives ont été comparées grâce au test t de Student

## II. RÉSULTATS

Durant la période de l'étude, nous avons répertorié 147 dossiers de nouveau-nés prématurés sur un total de 889 nouveau-nés hospitalisés, soit une prévalence de 16,5%.

## 1. Données socio-démographiques

Soixante onze virgule trois pour cent des mères avaient un âge compris entre 20 et 34ans. Ces parturientes provenaient dans 65,7% des cas de la banlieue de Dakar, analphabètes dans près de la moitié des cas (48,1%). Elles étaient mariées dans 97,2% des cas et 72,2% n'avaient pas d'activités professionnelles.

## 2. Données sur les antécédents gynécologiques médicaux et obstétricaux

Quarante sept parturientes avaient présenté un antécédent gynécologique et ou obstétrical soit 31,9%. L'antécédent d'avortement était le plus fréquemment retrouvé (53%), suivi de l'accouchement prématuré (10,6%).

Trente cinq mères avaient présenté une pathologie médicale dominée par l'hypertension artérielle (37,1%) et la drépanocytose (20%).

Une pathologie obstétricale était observée chez 76 mères (51,7%)( tableau I )

**Tableau I** : Répartition selon les pathologies obstétricales

Pathologies obstétricales	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Rupture prématurée des membranes	31	40,7
Infections vulvo-vaginales	19	25
Toxémie gravidique	9	11,8
Hématome rétro-placentaire	7	9,2
Infections urinaires	5	6,5
Placenta Prævia	2	2,6
Hydramnios	1	1,3
Oligoamnios	1	1,3
Diabète gestationnel	1	1,3

La rupture prématurée des membranes (40,7%), les infections vulvo-vaginales (25%), la Toxémie gravidique (11,8%) et l'HRP (9,2%) étaient les principales complications observées.

## 3. Données de l'accouchement et données néonatales

Elles étaient matérialisées sur le tableau II

**Tableau II** : Données de l'accouchement et données néonatales

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Terme	N= 122	
< 29 SA	13	10,6
29 a 32 SA + 6J	55	45,1
33 a 36 SA + 6J	54	44,3
Voie d'accouchement	N= 141	
Haute	26	18,3
Basse	115	81,7
Présentation	N= 119	
Sommet	104	87,4
Siege	12	10,1
Transversale	1	0,8
Face	1	0,8
Autre	1	0,8
Lieu d'accouchement	N= 141	
Domicile	19	13,4
Centre de sante	122	86,6
Sexe du nouveau né	N= 147	
Féminin	83	56,5
Masculin	64	43,5
Age à l'admission	N= 70	
< 24 heures	41	58,6
24 a 72 heures	14	20
> 72 heures	15	21,4
Notion de réanimation	N= 136	
Oui	25	18,4
Non	111	81,6
Score d'Appgar	N= 136	
<7	60	40,8
≥7	76	59,2
≤4	25	18,4
Poids de naissance	N= 147	
<1000g	31	21,1
1000-1500g	61	41,5
>1500g	55	37,4

L'âge gestationnel variait entre 26 et 36 SA + 4 jours. La très grande prématurité représentait 10,6% de notre population d'étude. Ces prématurés étaient nés par voie basse dans 81,7% des cas avec une présentation céphalique dans 87,4% des cas. L'accouchement se faisait à domicile sans assistance médicale dans 13,4% et dans un centre de santé dans 86,6% des cas. Près de la moitié des prématurés (41,4%) étaient admis tardivement au delà de la 24ème heure de vie dont 21,4% après 72 heures. Nous avons noté une prédominance féminine avec un sexe ratio

de 0,77. Les prématurés présentaient une SFA dans 40,8% des cas dont une asphyxie dans 18,4%. Une réanimation à la naissance avait eu lieu pour 18,4%. Le poids de naissance variaient entre 500g et 2900g. La tranche de poids de 1000 à 1500g était la plus représentée (41,5%), avec un poids moyen de naissance de 1465,4g. Près de 2/3 des prématurés (62,7%) étaient reçus dans un tableau d'hypothermie.

#### 4. Données en cours d'hospitalisation

Au cours de l'hospitalisation, 70,2% des prématurés étaient en incubateur fermé (couveuse), 19,2% dans un lit pour nourrisson et 10,6% en incubateur ouvert (table chauffante). La durée moyenne d'hospitalisation était de 24 jours, extrêmes 3 jours – 90 jours. Seuls 10,9% des prématurés avaient pu bénéficier secondairement des soins maternels kangourou. Près de la moitié des prématurés (49,6%) avaient fait une détresse respiratoire au cours de l'hospitalisation. Cette détresse respiratoire était en rapport avec une infection materno-fœtale dans 68,2% des cas, une maladie des membranes hyalines dans 21,2% des cas et une tachypnée transitoire dans 10,6%. En dehors de la détresse respiratoire, Les autres complications néonatales étaient représentées sur le tableau III

**Tableau III** : Répartition selon les complications néonatales

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Infection materno-fœtale	60	41,4
Ictère	43	29,7
Hypoglycémie	19	13,1
Hypocalcémie	8	5,5
Entérococolite ulcéro-nécrosante	7	4,8
Défaillance hémodynamique	6	4,1
Hémorragie intra-ventriculaire	2	1,4

Les enfants recevaient un allaitement mixte à la sortie dans 89,1% des cas. A un an d'âge corrigé, le poids moyen, précisé chez 39 enfants, était de 8425g (entre 15ème et 50ème percentile selon les courbes de l'OMS). La taille moyenne, précisée chez 28 enfants, était de 74cm (50ème percentile selon les courbes de l'OMS) et le périmètre crânien moyen, précisé chez 32 enfants, était de 44cm (entre le 15ème et le 50ème percentile selon les courbes de l'OMS). La létalité était de 50,3% soit 74 décès. Les causes étaient répartis comme suit: infection (59,5%), détresse respiratoire (27%), hémorragie (2,7%) et autre causes (10,8%). Tous les nouveau-nés prématurés ayant bénéficié de la méthode kangourou avaient survécu.

### III. DISCUSSION

#### 1. Données socio-démographiques

Durant la période de notre étude, la prévalence des prématurés admis dans le service de néonatalogie de l'HEAR était de 16,5%. Cette prévalence, nettement inférieure à celle notée dans le service de néonatalogie de l'hôpital Abass Ndao (28,8%) [9], se rapproche sensiblement des valeurs retrouvées lors des études menées au Togo et au Cap Vert, avec respectivement 11,1% [2] et 12% [16]. D'autres études montrent des prévalences hospitalières nettement inférieures. Diallo et al, en Guinée, retrouvaient une prévalence de 4,35% [7] et Ndiaye O à Ziguinchor (Senegal), une prévalence de 3,39%. En France, l'enquête périnatale avait retrouvé une prévalence de 5,9% des naissances [4].

Toutes ces prévalences retrouvées en Afrique sont celles des unités de néonatalogie, qui ne reflètent pas vraiment la prévalence de la prématurité dans la population générale. La nette différence constatée, lors de ces différentes études, est probablement due au fait que notre population d'étude était strictement hospitalière alors que les autres concernaient toutes les naissances.

Nous avons noté une prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,77, comme d'autres auteurs à Thiès (Sénégal) [13] et à Ouagadougou (Burkina Faso)[14]. Cependant la plupart des auteurs retrouve une prédominance masculine : Koko et al au Gabon [10], Gueye et al au Sénégal [9], Amri et al en Tunisie [1]. Dans notre série, la grande prématurité était peu représentée (10,6%) ; la majorité étant des prématurités modérées (44,3%) ou légères (45,1%). Dans le monde, 80% des prématurités sont modérées et naissent entre 32 et 37 semaines d'aménorrhée et en Afrique 25% des prématurés naissent avant 32 semaines d'aménorrhée [5]. La même distribution des âges gestationnels a été retrouvée par Gueye et al à Abass Ndao au Sénégal [9]. Amri en Tunisie retrouvait une proportion plus élevée de près de 30% de grands prématurés [1].

Dans notre étude nous avons constaté que la majorité des familles avait un niveau socio-économique bas et provenait de la banlieue défavorisée. Ndiaye et al, avaient également fait le même constat pour près de la moitié des prématurés [13]. Gueye et al retrouvaient près de 80% de femmes provenant de la banlieue [9]. La relation entre niveau socio-économique et risque d'accouchement prématuré est assez étroite. Ainsi aux Etats Unis, le taux d'accouchement prématuré était de 14,6% chez les afro-américains contre 6,4% chez les caucasiens non hispaniques [12]. La majorité des mamans avait entre 20 et 34 ans. Elles étaient analphabètes dans près de la moitié des cas et sans activité génératrice de revenu pour la plus part. Ce même constat a été fait dans d'autres

séries (Thiès: 53% [13]; Ouagadougou 46,5% [14]; Dakar : 32,11% [9] ; Togo [2]). Dans notre étude la majorité des prématurés était issue de couples mariés. Des données comparables ont été notées par Ndiaye et al à Thiès avec cependant un pourcentage moins important (78%) [13]. En France une étude a révélé que 75% des prématurés étaient issus de couples mariés [12]. Gueye et al à Dakar retrouvent par contre 44% de célibataires [9].

## 2. Antécédents maternels

Un ou plusieurs antécédents gynéco-obstétricaux étaient retrouvés chez 31,9% des mères. Un épisode d'avortement était retrouvé dans 53% des cas et des antécédents d'accouchement prématuré dans 10,6%.

Diallo et al avaient trouvé que le risque d'accouchement prématuré était multiplié par 12 en cas d'antécédent de mort-né et par 7 en cas d'antécédent d'accouchement prématuré [7]. Balaka et al au Togo avait également noté que 11,3% de mères de prématuré avaient des antécédents d'avortement provoqué [2]. Un antécédent médico-chirurgical était retrouvé chez 23,8% des mères et était dominé par l'hypertension artérielle (37,1%) et la drépanocytose(20%). L'hypertension artérielle est largement reconnue comme facteur de risque de la prématurité [16], et étaient retrouvés dans 9,7% des cas à Abass Ndao à Dakar [9] et 4,6% à Ouagadougou [14].

## 3. Données de l'accouchement et données néonatales

La plupart des femmes avait accouché dans les structures sanitaires. Seuls 13,4% des accouchements avaient eu lieu à domicile ; taux inférieur aux données de l'EDS 5 du Sénégal en 2010 (27%) [8]. La césarienne était la voie de naissance pour 18,3% de la population mais ce taux est plus élevé dans d'autres études: Gueye et al 26,1% [9], Amri et al 24,8% [1], Ouedraogo et al 21,8% [14]. Des difficultés d'adaptation à la naissance des nouveau-nés avec un score d'APGAR < 7 étaient présentes dans 40,8%. Ce taux était de 48% pour Gueye et al [9], 45% pour Ouedraogo et al [14] et 30% pour Amri et al[1]. Une réanimation a eu lieu chez 18,4% de nos prématurés contre 10% en Tunisie [1], 25,7% au Burkina [14]. Ce pourcentage était beaucoup plus élevé dans le travail de Cissé et al (64%)[6] et Gueye et al (65%) [9]. Ce faible pourcentage par rapport à ces auteurs s'explique par le fait que notre service ne reçoit que les «out borns»; la réanimation initiale étant effectuée dans les centres de santé avant le transfert. La tranche de poids 1000-1500g était la plus représentée comme dans la plupart des séries [1, 9, 13, 14]. 21,1% avaient moins de 1000g contre 10% pour Ouedraogo et al[14]. Dans notre série, 41,4%

des enfants avaient été admis tardivement, après la 24ème heure de vie. Cette référence tardive peut être liée à plusieurs facteurs: difficulté de transport du nouveau-né, problème de disponibilité de places en néonatalogie, difficultés socio-économiques des parents. Au Burkina, 27% des prématurés étaient admis au-delà des 24 heures [14]. L'hypothermie à l'arrivée, retrouvée chez 2/3 de nos patients, était liée à cette référence tardive et également aux mauvaises conditions de transfert.

## 4. Données en cours d'hospitalisation

La majeure partie de nos cas était hospitalisée en incubateur et 10% avait séjourné en unité kangourou. Une détresse respiratoire était présente dans près de la moitié des cas, alors que ce taux était de 75% chez Amri [1] et 89% chez Gueye et al. [9]. La principale cause de détresse respiratoire était l'infection, retrouvée dans 68,2% des cas, suivie de la maladie des membranes hyalines à 21,2%, puis la tachypnée transitoire à 4,5%. Dans notre contexte, l'infection est très fréquente et constitue, en elle-même, une cause de prématurité.

Les autres complications étaient l'ictère à bilirubine libre, les hypoglycémies, les hypocalcémies, l'état de choc, l'ECUN. Ces complications classiques de la prématurité avait été retrouvées par d'autres auteurs [1, 9].

Nous avons déploré un très fort taux de mortalité (50,3%) qui est inférieur à celui retrouvé à Abass Ndao [9]. Les raisons de cette forte mortalité pourraient être attribuées aux références et consultations tardives, aux mauvaises conditions de transfert néonatal responsables d'hypothermie et à l'insuffisance du plateau technique. Ce même constat sur la mortalité des prématurés est noté un peu partout en Afrique [1, 2, 6, 14]. Dans notre étude, l'infection était la principale circonstance de décès (59,5% des cas), suivie de la détresse respiratoire (27%). Au Gabon, Koko et al avaient trouvé un résultat inverse avec 60% des décès attribués à la détresse respiratoire et 26,7% à l'infection. En Tunisie, l'infection expliquait 21,2% des décès, la première cause étant la maladie des membranes hyalines (46,2%) [1].

Nous avons noté que tous les prématurés qui avaient bénéficié des soins kangourou avaient survécu (16 cas). C'est ainsi que Lawn et al, montraient que les soins mère-kangourou réduisaient la mortalité néonatale chez les bébés prématurés et avait un grand impact dans la réduction de la morbidité, particulièrement due aux infections [11].

## 5. Données à la sortie

Le poids moyen à la sortie était de 1796 g dans notre étude, comparable à celui retrouvé par Ouedraogo et al avec 1676 g [14]. Pour Amri et al le poids moyen

à la sortie était plus élevé avec 2010g [1]. L'âge post conceptionnel moyen, à la sortie, était de 36 SA + 3 jours et l'âge post natal moyen était de 24 jours. L'âge post conceptionnel moyen, à la sortie, était de 37 SA + 5 jours pour Amri et al [1]. A la sortie, 89% des nouveau-nés étaient sous allaitement mixte contre seulement 9,1% sous allaitement maternel exclusif. En effet il est très difficile de maintenir la lactation en cas de prématurité du fait de la séparation mère-nouveau-né et des difficultés psycho-sociales.

## CONCLUSION

Dans notre étude la prématurité est fortement corrélée à une mortalité et une morbidité élevées comme par ailleurs en Afrique subsaharienne. La précarité de nos structures médicales justifie une meilleure prévention et la vulgarisation de la méthode Kangourou.

## RÉFÉRENCES

1. Amri F, Fatnassi R, Negra S, Khammari S. Prise en charge du nouveau-né prématuré. *J. Pédiatr.* 2008; 21: 227 - 31.
2. Balaka B, Baeta S, Agbere A D, Boko K, Kessie K, Assimadi K. Facteurs de risque associés à la prématurité au centre hospitalier universitaire de Lomé (Togo). *Bull soc Pathol Exot.* 2002; 94:208 - 83.
3. Ballard JL. A simplified score for assesement of fetal maturation for newly born infants. *Jour Ped.*1979 ; 395 : 769 - 77
4. Blondel B. La situation périnatale en France : évolution entre 1981 et 1995. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1997; 26:770 - 80.
5. Born too soon: The Global Action Report on Pre-term Birth. [en ligne]. WHO- Geneva, 2012. [consulté le 10 janvier 2016]. Consultable à l'URL : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf)
6. Cissé CT, Tall-Diaw C, Sow S, Bnouhoud M, Dina G et al. Accouchement prématuré : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.*1998 ; 27 : 71-76
7. Diallo F B, Diallo M S, Sylla M, Diaw S T, Diallo T S, Diallo Y, Diakité S. Accouchement prématuré, épidémiologie, facteurs étiologiques, stratégies préventives. *Dakar med.* 1998; 43:70 - 73
8. Enquête démographique et de santé a indicateurs multiples, Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011 Rapport final. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar (Sénégal). MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA. 2012 Fév.
9. Gueye M, Faye P M, Gueye Diagne N R, Seye P I, Cissé Bathily A, Bampoky P, Diallo D. As-

pects épidémiologiques et évolutifs de la prématurité au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar (Sénégal). *Journal de la SAGO.* 2011; 12:7 - 12

10. Koko J, Duffillot D, Gahouma D, Moussavou A. Facteurs de mortalité des prématurés dans le service de pédiatrie de l'hôpital pédiatrique d'Owendo-Libreville (Gabon). *Arch Pédiatr.* 2002; 9:655
11. Lawn J E, Mwansa -Kambafwile J, Horta B L, Barros F C, Cousens S. Soins mère kangourou pour prévenir la mortalité néonatale due aux complications des naissances prématurées. *Int J Epidemiol.* 2010; 40:521 - 5
12. Lejeune C. Précarité et prématurité. *J Pédiatr Puéricult.* 2008; 21:344 - 8
13. Ndiaye O, Fall A L, Gueye Ba M, Gueye A M, Diallo D, Sylla A, Gueye M, Diouf S, Sall M G, Moreau J C, Ba M, Kuakivi N. Facteurs de risque associés au petit poids de naissance: A propos d'une étude cas-témoin à la maternité du centre hospitalier de Thiès (Sénégal). *J Pédiatrie Puéricult.* 2006; 19:153 - 8
14. Ouedraogo/ Yugbare S O, Kabore R, Koueta F, Sawadogo H, Dao L, Nacro B, Kam L, Pfister R, Ye D. Facteurs de risque de décès des nouveau-nés de faible poids de naissance à Ouagadougou. *J Pédiatr Puéricult.* 2013; 26:204 - 9
15. Pattinson RC . Are deaths due to prematurity avoidable in developing countries? *Trop Doct.* 200; 34, 7 - 10
16. Wessel H, Cnattingius S, Bergstrom S, Dupret A, Reitmaier P. Facteurs de risques maternels liés à la prématurité et au faible poids de naissance. *Acta Obstet Gynecol Scand.*1996; 75:360 - 6