

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIÉTÉ GUINEENNE DE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Semestriel ■ Volume 14 ■ N° 32 (2019)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM

Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO 2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



*BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamya
Tel: +224 664289196
Site web : www.guinee-harmattan.fr*

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

Facteurs d'échec du traitement chirurgical des fistules obstétricales : à propos de 49 Cas opérés à l'hôpital de zone de Tanguieta au nord du Bénin en 2018
Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 6

Facteurs déterminants et pronostic de l'hématome rétroplacentaire au Sénégal : étude Cas-témoins.
Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....7 - 10

Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, attitudes et participation des femmes guinéennes au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry
Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

Facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés référés de la maternité de Donka à l'institut de nutrition et santé de l'enfant (INSE) sur 10 années d'activités.
Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T18 - 24

Evaluation du risque cardiovasculaire chez les femmes enceintes au centre médical communal (CMC) « Les flamboyants ».
Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33

Notre expérience de l'autotransfusion dans la prise en charge de la grossesse extra utérine rompue.
Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A34 - 37

Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de Saint Louis sur le cancer du col
Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC38 - 43

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

Grossesse molaire ectopique : à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Bénin et revue de littérature
Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

Failure factors for surgical treatment of obstetric fistula: about 49 cases operated at the district hospital of Tanguieta, northern Benin, in 2018

Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 5

Determining factor and prognosis of abruptio placenta in senegal: case-control study

Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....6 - 11

Knowledge, attitudes and participation of guinean women in the screening of cervical cancer in the gynecology-obstetrics department of the national hospital

Ignace Deen of Conakry

Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

Risk factors for mortality of newborns referred from Donka maternity clinic to the institute of child nutrition and health (INSE) over 10 years of activity.

Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T18 - 24

Evaluation of the cardiovascular risk among pregnant women in the communal medical center (CMC) « Les flamboyants ».

Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33

Our experience of autotransfusion in the management of ruptured ectopic pregnancy

Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A34 - 37

urvey of knowledge, attitudes and practices of Saint Louis providers on cervical cancer

Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC38 - 43

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

Grossesse molaire ectopique : a propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Benin et revue de littérature

Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

FACTEURS DE RISQUE DE MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS RÉFÉRÉS DE LA MATERNITÉ DE DONKA A L'INSTITUT DE NUTRITION ET SANTÉ DE L'ENFANT (INSE) SUR 10 ANNÉES D'ACTIVITÉS.

RISK FACTORS FOR MORTALITY OF NEWBORNS REFERRED FROM DONKA MATERNITY CLINIC TO THE INSTITUTE OF CHILD NUTRITION AND HEALTH (INSE) OVER 10 YEARS OF ACTIVITY.

DIALLO IS¹, DIALLO S¹, BAH EM³, DJUIKOUO TA⁵, DIALLO TS², CONTE N¹, NIANE H¹, CISSE M¹, KEITA N³, SY T⁴

Institut de la Nutrition et Santé de l'enfant¹ - Ministère de la Santé² - Centre hospitalier universitaire DONKA³
Centre Hospitalier Universitaire Ignace DEEN⁴ - Faculté des Sciences Technique de la Santé, Université GAMAL Abdel Nasser de Conakry⁵

Correspondances: Dr Ibrahima Sory Diallo Tel: +224628557775 Email: diallopediatrie@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La santé du nouveau-né est un droit fondamental aux termes de la convention relative aux droits de l'enfant. En 2005, l'OMS a déclaré que sur 130 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde, environ 4 millions meurent au cours de la période néonatale. Les soins que requièrent ces nouveau-nés sont par conséquent à risque de devenir un fardeau pour les systèmes et services de santé et les systèmes sociaux partout dans le monde. Objectif de cette étude était de déterminer le taux de mortalité chez les nouveau-nés référés par la maternité de Donka et d'identifier les facteurs de risques à l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant.

Patients et méthode : il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif et analytique d'une durée de 10 ans allant du 1^{er} Avril 2004 au 31 mars 2014 portant sur 3642 nouveau-nés référés par le service de gynécobstétrique du CHU pour prise en charge.

Résultats : Sur 3642 nouveau-nés référés de la maternité de Donka à l'INSE, nous avons enregistré un taux de mortalité de (41,65%). Les facteurs de risques associés à la mortalité néonatale ont été : l'âge de la mère (p=0,005), la profession de la mère (p = 0,001), consultation prénatale (p = 0,003), le niveau d'instruction (p = 0,001), la voie d'accouchement (p = 0,000), le poids de naissance (p=0,000) l'âge gestationnel (p=0,001), le score d'Apgar (p = 0,000) et le type de grossesse (p = 0,049).

Conclusion : il ressort de cette étude que la mortalité néonatale représente un réel problème de santé publique et dépend d'une multitude de facteurs aussi bien socioculturels et sanitaires, qui mettent tous en danger la vie des nouveau-nés.

Mots clés : Facteurs de risque, mortalité, nouveau-nés référés, maternité de Donka, INSE.

ABSTRACT

Introduction: Newborn health is a fundamental right under the Convention on the Rights of the Child. In 2005, WHO reported that of the 130 million children born each year worldwide, about 4 million die during the neonatal period. The care required by these newborns is therefore at risk of becoming a burden on health and social systems and services around the world. The objective of this study was to determine the mortality rate among newborns referred by Donka's maternity ward and to identify risk factors at the Institute of Child Nutrition and Health. Patients and method: this is a retrospective descriptive and analytical study of 3642 newborns referred by the Gynaeco-Obstetrics Department of the University Hospital for management, lasting 10 years from 1st April 2004 to 31st March 2014. Results: Out of 3642 newborns referred from Donka's maternity ward to the INSE, we recorded a mortality rate of (41.65%). The risk factors associated with neonatal mortality have been: maternal age (p=0.005), maternal occupation (p=0.001), prenatal consultation (p=0.003), education level (p=0.001), birth route (p=0.000), birth weight (p=0.000), gestational age (p=0.001), Apgar score (p=0.000) and pregnancy type (p=0.049).

Conclusion: The study concluded that neonatal mortality is a real public health problem and depends on a multitude of factors, both sociocultural and health, all of which endanger the lives of newborns.

Keywords: Risk factors, mortality, referred newborns, DONKA maternity, INSE.

INTRODUCTION

La santé du nouveau-né est un droit fondamental aux termes de la convention relative aux droits de l'enfant. Le conseil des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies, dans la résolution A/HRG/22/32, déclare qu'il est important d'appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme pour éliminer la mortalité et la morbidité néonatale et infantiles évitables, et demande aux Etats de renouveler leur engagement politique et de prendre en charge des mesures pour remédier aux causes principales de mortalité néonatale. Dans son observation générale n°15, le comité des droits de l'enfant indiquait en avril 2013 qu'il était du devoir des Etats de réduire la mortalité infantile, et les invitait à veiller tout particulièrement à la mortalité néonatale [1]. En 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que sur 130 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde, environ 4 millions meurent au cours de la période néonatale et la mortalité néonatale est passée de 37 % à 44 % de 1990 en 2012 [2,3]. Les soins que requièrent ces nouveau-nés sont par conséquent à risque de devenir un fardeau pour les systèmes et services de santé et les systèmes sociaux partout dans le monde. L'Afrique détient le taux de mortalité néonatale le plus élevé estimé à 45 décès pour 1.000 naissances vivantes contre 5 décès pour les pays développés [4]. En Guinée en 2012, l'Enquête Démographique de la Santé (EDS) rapporte que le taux de mortalité néonatale était de 33‰ et trois causes sont responsables de plus de 85 % de la mortalité néonatale : les complications de la prématurité (10%), les décès néonataux per-partum dû à l'hypoxémie (13 %) et les infections néonatales (13 %) [5]. Une prise en charge optimale des nouveau-nés exige: une **communication** entre les sages-femmes, les obstétriciens et les pédiatres (néonatalogue) ; une **information** détaillée sur les risques néonataux, ceci avant la naissance ; une **anticipation** des problèmes ; et une **planification** et préparation réfléchies du matériel et du personnel. La détermination de l'ampleur des affections et de la mortalité néonatales, l'identification de leurs causes et l'analyse de leurs facteurs de risque constituent l'étape première de la conception et de la mise en place d'interventions visant à réduire ces problèmes. C'est dans cette perspective que la présente étude a été réalisée à l'INSE compte de sa proximité avec la maternité de Donka qui lui réfère la quasi-totalité des nouveau-nés malades. L'objectif de cette étude était de déterminer le taux de mortalité chez les nouveau-nés référés par la maternité de Donka et d'identifier les facteurs de risques associés aux décès néonataux.

PATIENTS ET METHODES : L'étude a eu pour cadre l'unité de néonatalogie de l'Institut de Nutrition et Santé de l'Enfant. L'INSE, est un hôpital de référence de niveau 3 de la pyramide sanitaire Guinéenne. Il est implanté en face de la maternité sur le site du centre hospitalo-universitaire de Donka, sa vocation est de répondre aux situations d'urgence des pathologies des

nouveau-nés et des nourrissons. Ce dispositif mis en place par une équipe pluridisciplinaire, propose un accueil 24 H/24H pour nouveau-nés et enfants domiciliés sur l'ensemble du territoire. Il a une capacité d'accueil de 37 lits dont 16 berceaux dans l'unité de néonatalogie.

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif et analytique d'une durée de 10 ans allant du 1^{er} Avril 2004 au 31 mars 2014 date à laquelle la maternité a été fermée pour rénovation. L'étude a porté sur 3642 nouveau-nés référés par le service de gynéco-obstétrique du CHU pour prise en charge. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux qui comprennent deux parties :

L'une contient des renseignements généraux et médicaux sur la mère pendant la période de grossesse et l'accouchement (âge, niveau d'instruction, parité, gestité, état civil, nombre de consultations prénatales, antécédents gynécologiques, pathologies obstétricales associées).

L'autre précise les caractéristiques des nouveau-nés (âge gestationnel, sexe, poids de naissance, voie d'accouchement, score d'apgar, le motif d'admission ainsi que des aspects cliniques et para cliniques). Tous les nouveau-nés ont bénéficiés de bilan paraclinique suivant : l'hémogramme complet, protéine-c réactive, la glycémie, créatinémie, et transaminases. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi.info version.7.1. L'association avec la mortalité a été mesurée avec l'Odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95% a été donné. Le seuil de signification est fixé à 0,05.

RESULTATS :

Fréquence : Sur 3642 nouveau-nés référés de la maternité de Donka à l'INSE, nous avons enregistré un taux de mortalité de (41,65% [n= 1517]) et un taux de morbidité de (58,35% [n=2125]).

Caractéristiques maternelles : L'âge moyen des mères étaient de $24,70 \pm 6,55$ ans avec des extrêmes de 12 et 50 ans. L'analyse selon l'âge des mères montre que le taux de décès néonatal (46,90%) était plus élevé chez les nouveau-nés issus des mères de moins de 20 ans que ceux issus des mères plus âgées (40,12%) OR= 1,31 [1,12-1,54]. La mortalité néonatale décroît avec le nombre le CPN : 49,87% pour ceux dont les mères n'ont pas bénéficié de CPN, 41,28% pour ceux dont les mères ont bénéficié au moins 4 CPN et 39,12 % pour ceux dont les mères ont bénéficié plus de 4 CPN. La proportion des nouveau-nés décédés issus des mères multipares était de 40,23% contre 41,33% pour les autres types de parités. La différence observée statistiquement n'était pas significative ($p= 0,56$) OR = 0,93 [0,74-1,17]. Nous n'avons pas trouvé également de lien entre la gestité et le décès néonatal ($p = 0,468$) OR = 0,93 [0,77-1,12]. Concernant le niveau d'instruction, nous constatons que les nouveau-nés issus des mères non scolarisés (44,58%) décédaient plus que ceux des mères scolarisés (38,49 %) $p= 0,0001$ avec OR= 1,28[1,12-1,46]. Nos résultats montrent également que ce sont les nouveau-nés issus

des mères ménagères qui meurent plus (45,41%) contre 38,91% pour ceux issus des mères occupées ($p = 0,0001$). Nous n'avons pas trouvé de lien entre l'état civil et la survenue de décès néonatal ($p=0,883$) OR= 0,98[0,75-1,26]. La répartition des mères selon la voie d'accouchement montre que le taux de mortalité néonatale était plus élevé chez femmes ayant accouchées par voie basse (53,20%) que celles ayant accouchées par voie haute (38,74%) OR = 1,79 [1,52-2,11]. Bien que le taux de mortalité néonatal soit plus élevé chez les mères ayant eu la rupture prématurée des membranes (RPM), nous n'avons pas observé de différence avec celles retrouvées chez les mères n'ayant pas eue de RPM ($p = 0,891$) OR = 1,01[0,81-1,26]. Quant au type de grossesse, nous remarquons que les nouveau-nés issus des grossesses gémellaires ou triples décédaient plus que ceux issus des grossesses simples ($p = 0,049$).

Caractéristique des nouveau-nés : La prédominance masculine était nette ($n = 2071[56,86\%]$) contre (43,14% [$n = 1571$]) pour les filles. Le sexe ratio était de 1,33. L'analyse selon le sexe montre que le taux de décès (41,62% chez les garçons) était identique à celui des filles (41,76 %) OR= 0,99 [0,87-1,13]. Il ressort de l'étude que ce sont les nouveau-nés ayant un âge gestationnel = 37 SA qui meurent beaucoup plus (57,42%) que ceux ayant un âge gestationnel = 37 SA (38,42%) OR = 2,16 [1,81-2,57]. Nous remarquons également que les nouveau-nés ayant un poids de naissance =2500 grammes couraient 2 fois le risque de mourir (OR= 1,92 [1,81-2,57]) que ceux ayant un poids de naissance = 2500 grammes. La proportion des nouveau-nés décédés avec un score d'apgar = à 6 était de 48,90 % à la 5^{ème} contre 30,65% avec un score d'apgar = 7 OR= 2,17 [1,88-2,49].

Tableau I: Répartition des nouveau-nés selon les pathologies obstétricales associées

Pathologie obstétricale associée	Effectif	Pourcentage
RPM	362	9,94
Pré éclampsie	350	9,61
HRP	270	7,41
Placenta prævia	253	6,95
Eclampsie	248	6,81
Hypocinésie	80	2,20
Anémie sur grossesse	67	1,84
Oligoamnios sévère	48	1,32
Chorioamniotite	37	1,02
Syndrome de pré rupture	37	1,02
Dystocie cervicale	16	0,44
HTA gravidique	12	0,33
Autres	25	0,67
Aucune	1837	50,44

Le tableau 2 indique que la rupture prématurée des membranes (9,94%) et le pré éclampsie (9,61%) étaient les complications les plus associées à la grossesse. Plus de 50,44% des mères n'ont pas présenté de complications au cours de la grossesse.

Tableau II : Répartition des nouveau-nés selon des antécédents médicaux des mères

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Paludisme	1750	48,05
Leucorrhée	1417	38,91
VIH	130	3,57
Diabète	14	0,37
Hypertension artérielle	11	0,30
Infection urinaire	07	0,19
Anémie	04	0,11
Aucun	236	6,48
Autres	73	2,00
TOTAL	3642	100

Les principaux antécédents médicaux étaient le paludisme (48,05%), leucorrhée (43, %8) et VIH 3,5 %.

Tableau III : répartition des nouveau-nés selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Fièvre	2458	62
Dyspnée	2275	57,4
RCIU	783	17,4
Prématurité	590	14,9
Post mature	337	8,5
PTME	134	3,4
Macrosomie	120	3
Hypoglycémie	69	1,7
SPM	35	0,9
Hémorragie du nouveau-né	30	0,8
Vomissement	20	0,5
Convulsion	17	0,4
Autres	147	3,7

Les motifs tels que la fièvre, la dyspnée ont été les motifs d'admission les plus fréquents (62 % et 57,4 % respectivement) suivi de retard de croissance intra utérine (17,4%) et de prématuré (14,9%).

Tableau 4. Facteurs associés à la mortalité néonatale

Tableau IV: Facteurs associés à la mortalité néonatale

Caractéristiques	Décédés n (%)	Guéris n (%)	P-value	Odds ratio
<i>Sexe</i>				
Garçon	862 (41,62)	1209 (58,38)		
Fille	656 (41,76)	915 (58,24)	p = 0,50	OR =0,99[0,87-1,13]
<i>voie d'accouchement</i>				
Basse	390 (53,20)	343 (46,80)		
Haute	1127 (38,7)	1782 (61,26)	p =0,000*	OR =1,79[1,52-2,11]
<i>Score d'apgar</i>				
= 6	1075 (48,9)	1123 (51,10)		
= 7	442 (30,6)	1002 (69,50)	p = 0,000*	OR =2,17[1,88-2,49]
<i>Rupture prématurité des membranes</i>				
Oui	152 (42)	210 (58)		
Non	1365 (41,62)	1915(58,38)	p = 0,891	OR =1,01[0,81-1,26]
<i>Poids de naissance en (g)</i>				
< 2500				
2500-3999		468 (46,85)	p = 0,000*	OR= 1,92[1,65-2,23]
= 4000	531 (53,15)	1483 (62,08)		
<i>Age gestationnel</i>				
> 37	906 (37,92)	174 (68,50)		
= 37	80 (31,50)	264 (42,58)	p = 0,000*	OR =2,16[1,81-2,57]
<i>type de grossesse</i>				
Simple	356(57,42)	1861 (61,58)		
Gémellaire	1161(38,42)	1980 (58,81)	p = 0,049*	-
Triple	1387(41,19)	138 (54,33)		
<i>Niveau d'instruction</i>				
Aucun niveau	116 (45,67)	7 (33,33)		
Scolarisé	14 (66,67)	1048 (55,42)	p = 0001*	OR =1,28[1,12-1,46]
<i>Profession</i>				
	843(44,58)	1077 (61,51)		

DISCUSSION :

Sur la période d'étude s'étalant sur 10 ans, le service de néonatalogie de l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant a enregistré 3642 admissions référées par le service de maternité du CHU de Donka. Dans une série de 760 transferts de nouveau nés au CHU de Gabriel Touré de Bamako, 86,7 % (659) venaient d'une autre structure [6]. Dans une autre étude portant sur la morbidité et la mortalité néonatale, Kouéta et al. ont enregistré un taux extra hospitalier de 70 % [7]. Ces données sont contraires aux nôtres car dans notre série, 100% des nouveau-nés inclus venaient de la maternité du CHU de Donka.

L'âge moyen des mères était de $24,70 \pm 6,55$ ans avec des extrêmes de 12 et 50 ans et les mères ayant un âge = 20 ans étaient les plus représentées (77,40 %). Nos résultats sont proches de ceux de S.O. Ouédraogo Yugbaré et al. [8] qui ont observé que l'âge moyen des mères était de $25,8 \pm 5,5$ ans avec des extrêmes allant de 16 et 38 ans et la tranche d'âge de 21 à 30 ans représentait 56,5%. Dans notre contexte cela s'expliquerait par le fait que la plupart des mariages sont célébrés, après 18 ans et que parfois les filles se sentent libérées des contraintes familiales après cet âge avant de décider de garder une grossesse ; il s'agit aussi d'une période pleine d'activités génitales où la fécondité est maximale. L'analyse de la mortalité selon l'âge des mères montre que ce sont les nouveau-nés issus des mères jeunes (> 20 ans) qui meurent beaucoup plus que ceux issus des mères ayant un âge supérieur à 20 ans ($p = 0,005$) ; OR = 1,31 [1,12-1,51]. En Guinée, selon l'enquête démographique et de santé, 31% des femmes ont commencé leur vie féconde entre 15 et 19 ans et parmi elles 26% avaient déjà eu une naissance vivante [5]. La fécondité précoce comporte des risques importants pour les jeunes femmes. En effet, les enfants de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées [5]. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décéder chez les adolescentes. Enfin, l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie féconde réduit considérablement leurs opportunités de poursuivre les études.

Dans notre étude, 51,92% des nouveau-nés décédés étaient issus des mères non scolarisées contre 48,08% pour ceux issus des mères scolarisées ($P = 0,0001$). La prédominance des analphabètes reflète la structure de notre société. Selon MICS 2016-2016, seulement, un peu moins de deux femmes sur cinq (39%) savent lire et écrire. Ce taux varie considérablement selon

les caractéristiques sociodémographiques ; sa valeur dans le milieu urbain est trois fois un peu plus élevée que celle du milieu rural (59% en milieu urbain contre près de 18% en milieu rural). Les avantages tirés de l'alphabétisation, en particulier pour les femmes, sont bien connus ; plus grande participation au marché du travail, mariages moins précoces et amélioration de l'état de santé et de l'état nutritionnel des enfants et de leur famille, autant de facteurs qui contribuent à réduire la pauvreté et à améliorer les perspectives d'avenir. La proportion des nouveau-nés décédés issus des mères multipares était de 40,23% contre 41,33% pour les autres types de parités. La différence observée statistiquement n'était pas significative ($p = 0,56$) ; OR = 0,93 [0,74-1,17]. Katamea et al. ont observé aussi au cours de leur étude cet absence de lien entre la parité et la survenue de mortalité néonatale [9]. Il ressort de cette étude que la consultation prénatale influe largement sur la mortalité néonatale ($p = 0,0001$) car le décès néonatal décroît avec le nombre de consultation prénatale (voire tableau 4). Ceci indique que le suivi régulier et correct de la grossesse réduit considérablement le taux de mortalité néonatale.

Nos résultats montrent également que ce sont les nouveau-nés issus des mères ménagères qui meurent plus (45,41%) contre 38,91% pour ceux issus des mères occupées ($p = 0,0001$). Nos observations divergent avec celles de Katamea et al. qui ont trouvé que la mortalité néonatale était plus élevée chez les mères ayant une occupation [9]. La répartition des mères selon la voie d'accouchement montre que les nouveau-nés issus par voie basse courent près de 2 fois le risque de mourir que ceux issus par césarienne ($p = 0,000$) ; OR = 1,79 [1,52-2,11]. Nagalo, dans son étude, souligne que la césarienne semblait être un facteur protecteur de décès néonatal et trouve que le risque qu'un nouveau-né meurt était de près 3 fois lorsqu'il était né par voie basse ($p = 0,000$) ; OR = 2,64 [1,55-4,50] [10]. Dans l'étude de Katamea, les nouveau-nés issus par voie basse dystocique décédaient 7 fois plus que ceux nés par voie basse eutocique ou par césarienne et la moitié d'entre eux sont décédés. Selon lui, la voie basse était la voie prépondérante d'accouchement mais la dystocie survenant au cours de cette voie a constitué un facteur de risque de décès néonatal. Cette voie basse dystocique est source d'asphyxie à la naissance et donc de décès si des soins adéquats de réanimation ne sont pas appliqués [9].

L'analyse selon le sexe montre que le taux de décès (41,62%) chez les garçons était identique à celui

des filles (41,76 %) OR= 0,99 [0,87-1,13]. Nos résultats sont contraires à ceux de Katamea et al. qui ont observé que le sexe masculin courait 2 fois le risque de mourir que le sexe féminin ($p = 0,05$). Au cours de cette étude nous avons constaté que le poids était un facteur de risque prédictif significatif dans la survenue de décès néonatal. Les nouveau-nés ayant un poids de naissance >2500 grammes couraient 2 fois le risque de mourir (OR= 1,92 [1,81-2,57] que ceux ayant un poids de naissance = 2500 grammes (voir tableau 4). Le petit poids de naissance représente un important problème de santé publique dans les pays en voie de développement et est fortement associé à la mortalité néonatale et post natale. Aux Etats Unies, Japon et en Corée du sud, le taux de survie chez les très faible poids de naissance est respectivement de 92,20%, (en 2006), 92% (en 2009) et 85,7% (en 2011) [11].

L'âge gestationnel moyen dans notre série était de 37,54 SA \pm 2,34 avec un risque de mourir 2 fois plus élevé chez les nouveau-nés d'âge gestationnel >37 SA que ceux d'âge gestationnel \leq 37 SA ($p = 0,0001$). Dans l'étude de Katamea T et coll. [9], la proportion des décédés était de 37,5% avec un âge gestationnel >37 SA contre 15,7% avec un âge gestationnel \leq 37SA ($p = 0,005$). En Martinique, dans l'étude concernant les enfants d'âge gestationnel \geq à 32 semaines Masson P et al. ont trouvé une mortalité de 16,3% [12]. En Guinée, S. Diallo et coll. ont trouvé que les nouveau-nés d'âge gestationnel >37 SA couraient 7,6 fois le risque de mourir que ceux d'âge gestationnel \leq 37 SA ($p=0,0001$) [13]. L'immatunité physiologique de tous les organes (immaturité pulmonaire, faibles réserves glucidiques, immaturité de la thermorégulation, immaturité immunologique, immaturité neurologique) expliquerait ce rôle. Concernant le motif de transfert des nouveau-nés, nous constatons que la fièvre et la dyspnée ont été les motifs d'admission les plus fréquents (62 % et 57,4 % respectivement). L'événement obstétrical retrouvé était La rupture prématurée des membranes (9,94%), la pré-éclampsie (9,61%) et l'hématome retro placentaire (7,41%). S'agissant des antécédents médicaux, nous avons enregistré 48,05 % de cas du paludisme. Les femmes enceintes vivant dans des endroits où le paludisme est très répandu sont très vulnérables à cette maladie. Une fois infectées, les femmes enceintes courent le risque d'anémie, d'accouchement prématuré et de mort-nés. Leurs bébés courent un plus grand risque de faible poids de naissance, qui

porte un risque accru de décéder en bas âge. C'est pour cette raison qu'en Guinée, des mesures sont prises pour protéger les femmes enceintes grâce à la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide et des traitements pendant les visites prénatales avec des médicaments qui préviennent l'infection paludique (Traitement préventif intermittent ou TPI). L'OMS recommande que dans les zones de transmission de modérée à grave du paludisme, toutes les femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) à chaque visite prénatale prévue.

Conclusion : Il ressort de cette étude que malgré le suivi des femmes enceintes et le déroulement des accouchements à la maternité de CHU de Donka, la mortalité néonatale représente un réel problème de santé publique. Le sous équipement en matériels de réanimation néonatale, l'insuffisance de formation du personnel sur les techniques de réanimation néonatale, la fréquence élevée des complications obstétricales au moment de l'admission des parturientes ont été probablement les raisons de dégradation de l'état des nouveau-nés dans notre étude. Le jeune âge de la mère, la voie d'accouchement, le niveau d'instruction, le score d'apgar, le poids de naissance, l'âge gestationnel ont été les principaux facteurs liés au décès néonatal. La mortalité néonatale peut dépendre d'une multitude de facteurs aussi bien socioculturels que sanitaires, qui mettent tous en danger la vie des nouveau-nés.

REFERENCES

1. PNUD, Rapport Mondiale sur le développement humain 2014.
2. OMS. Enfants: réduire la mortalité [Internet]. WHO. [Cité 6 juillet 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/>
3. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2005?: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. OMS 2005:99-111.
4. OMS Afrique. Feuille de route pour accéder l'atteinte des objectifs du développement pour le millénaire en rapport avec la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique. 2004.
5. Enquête Démographique et de Santé (EDS) et à indicateurs multiples, Guinée 2012.
6. Dicko Traoré F, Sylla M, Diakité AA, Soilihi A, N'Diaye MD, Togo B, Diakité FL, Konaté D, Traoré B., Sidibé T, Keïta MM. Problématique du transfert néonatal vers le le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako. Mali Med. 2010; Tome XXV (4):25-8.

7. Kouéta F, Yé D, Dao L, Néboua D, Sawadogo A. Morbidité et mortalité néonatales de 2002 à 2006 au CHU pédiatrique Charles De Gaulle Ouagadougou (Burkina Faso), Cahiers Santé. 2007;17(4): 187-191.
8. S.O.Ouédraogo Yugbaré, G. Coulibaly, F. Kouéta, S. Yao, H. Savadogo, L. Dabo, L.Kam, R. E. Pfister, C. Lougué, R. Ouédraogo, D.Yé. Profil à risque et pronostic neonatal de l'asphyxie périnatale en milieu hospitalier pédiatrique é Ouagadougou. Journal de pédiatrie et de puériculture (2015) 28, 64-70
9. Katamea T, Mukuku O, Kamona L, Mukelenge K, Maul O, Baledi L, et al. Facteurs de risque de mortalité chez les nouveaux-nés transférés au service de néonatalogie de l'Hôpital Jason Sendwe de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan African Medical Journal 2014;19:169
10. Nagalo k, Dao F, Tall FH, Yé D. Morbidité et mortalité des nouveau hospitalisés sur 10 années à la clinique El Fatehsuka (Ouagadougou). Pan African medical Journal. 2013 ; 14 : 153.
11. Hahn W-K, Chang J-P, Chang YS, Shim KS, Bae CW. Recent trends in neonatal mortality in very low Birth Weight Korean Infants : in comparison With Japan and the USA, J Korean Med Sd. 2011 ; 26 : 467-473.
12. Masson P, Cecille w. Mortalité, morbidité et devenir neurologique à court terme des d'âge gestationnel = à 32 SA au CHU de fort-defrance. arch.Pédiatr.1998;5, pp 865-868.
13. S Diallo, B Fofana, M M Bangoura, M L Kaba, W Michel, D Kassé. Facteurs de mortalité des nouveau-nés de petit poids de naissance à l'hôpital de Kamsar (Guinée). Med.Afr. Noire.2002-49 (5).