

Research

Fréquence et pronostic néonatal précoce de faible poids de naissance à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Frequency and early prognostic indicators of low birth weight in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo

Paul Makinko Ilunga¹, Olivier Mukuku^{1,8}, Paul Makan Mawaw², Augustin Mulangu Mutombo¹, Toni Kasole Lubala¹, Mick ya Pongombo Shongo¹, Stanis Okitotsho Wembonyama¹, Oscar Numbi Luboya²

¹Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo, ²Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

⁸Corresponding author: Olivier Mukuku, Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Mots clés: Faible poids de naissance, fréquence, pronostic néonatal, Lubumbashi

Received: 27/10/2015 - Accepted: 27/02/2016 - Published: 26/04/2016

Abstract

Introduction: L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence des FPN ainsi que d'évaluer le pronostic néonatal du faible poids de naissance (FPN) dans la ville de Lubumbashi. **Méthodes:** C'était une étude cas-témoins des accouchements (grossesses monofœtales) de juillet à décembre 2014 dans 3 maternités de référence à Lubumbashi (RDCongo). Les paramètres en rapport avec le nouveau-né du groupe d'étude (<2500 grammes) ont été comparés à ceux du groupe de comparaison. Les statistiques usuelles et la régression logistique ont été utilisées pour analyser les résultats. Le seuil de significativité a été fixé à une valeur de $p < 0,05$. **Résultats:** La fréquence du FPN était de 13,0%. Trois pourcent des cas étaient des très grands prématurés et 18,7% étaient des grands prématurés. L'hypotrophie n'avait concerné que 32,1%. Les extrêmement petits poids de naissance représentaient 5,6% des cas et les très petits poids 21,2%. Nous avons observé que le score d'Apgar à la 5^{ème} minute (O Rajusté=2,4 [1,2-4,6]), la réanimation à la naissance (O Rajusté=3,9 [2,4-6,5]), le décès en période néonatale précoce (O Rajusté=10,3 [3,4-31,1]) ont été significativement associés au FPN. Nous avons également trouvé que le taux de mortalité diminue au fur et à mesure que le poids de naissance et l'âge gestationnel augmentent, avec une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$). **Conclusion:** La présente étude montre que la morbidité et la mortalité néonatales liées au FPN restent élevées dans la ville de Lubumbashi. Leur réduction passe par une accessibilité et une amélioration du système de soins de santé dans notre milieu.

Pan African Medical Journal. 2016; 23:232 doi:10.11604/pamj.2016.23.232.8287

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/232/full/>

© Paul Makinko Ilunga et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the frequency of low birth weight (LBW) and to evaluate prognostic indicators of low birth weight (LBW) in the city of Lubumbashi. **Methods:** This case-control study on childbirth (singleton pregnancies) was conducted from July to December 2014 in three reference maternity units in Lubumbashi (D.R. Congo). The parameters related to the newborn study group (< 2500 g) were compared to those of the comparison group. The usual statistics and logistic regression were used to analyze the results. Threshold significance level was set at $p < 0.05$. **Results:** The frequency of LBW was 13.0%. The three percent of cases were extremely preterm infants and 18.7% were very preterm infants. Hypotrophy affected only 32.1% of patients. Extremely low birth weight accounted for 5.6% of cases and the very low birth weight accounted for 21.2% of cases. We observed that the five-minute Apgar score (adjusted OR = 2.4 [1.2-4.6]), resuscitation at birth (adjusted OR = 3.9 [2.4-6.5]), deaths occurred during the early neonatal period (adjusted OR = 10.3 [3.4-31.1]) were significantly associated with LBW. We also found that the mortality rate decreased as birth weight and gestational age have increased, with a statistically significant difference ($p < 0.0001$). **Conclusion:** This study shows that neonatal morbidity and mortality related to LBW remain high in the city of Lubumbashi. Their reduction passes through accessibility and healthcare systems improvement in our midst.

Key words: Low birth weight, frequency, neonatal prognosis, Lubumbashi

Introduction

Le faible poids de naissance (FPN) représente un problème majeur de santé publique aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés [1]. Les nouveau-nés de FPN représentent 17% de l'ensemble des naissances vivantes. Cette fréquence est variable selon les pays, allant de 7% dans les pays développés à 19% dans les pays en développement [1,2]. Depuis longtemps, le faible poids à la naissance sert d'indicateur de la santé périnatale en raison de son lien avec la survie, l'état de santé et le développement du nouveau-né [1]. L'OMS estimait que le FPN était responsable de la mortalité de 9,1 millions d'enfants chaque année dans le monde, représentant la principale cause de mortalité périnatale et infantile [3]. Les nouveau-nés de FPN sont une préoccupation quotidienne des services de néonatalogie des pays en voie de développement, en raison des difficultés liées à leur prise en charge. La conséquence majeure est le taux élevé de la mortalité néonatale précoce de cette catégorie de nouveau-nés atteignant 41,3% dans certaines séries [4]. Une étude cas-témoins réalisée à la maternité de l'hôpital général de référence Jason Sendweà Lubumbashi (RDC) trouvait un risque de décès périnatal de près de 16 fois chez les FPN (OR ajusté = 15,7 [11,2-22,0]) [5]. Selon l'EDS-RDC II 2013-2014, il apparaît que les FPN courent un risque de décéder avant un an beaucoup plus élevé que les bébés moyens ou gros (93‰ contre 49‰). En outre, la période néonatale s'avère critique pour les bébés de FPN ; leur mortalité durant les 30 premiers jours est plus de deux fois plus élevée que celle des enfants moyens ou gros (51‰ contre 22‰) [6]. C'est dans ce cadre que s'inscrit ce travail dont les objectifs

sont de déterminer la fréquence des FPN ainsi que d'évaluer le pronostic néonatal du FPN dans la ville de Lubumbashi.

Méthodes

Il s'agit d'une étude cas-témoins menée dans 3 hôpitaux de la ville de Lubumbashi (Cliniques Universitaires, hôpital Jason Sendwe et hôpital SNCC) sur la période allant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014. L'étude a inclus tout nouveau-né avec un FPN, les cas sont donc incidents. Le recrutement des sujets est consécutif et est subordonné au consentement oral de leurs mères. Comme critères d'exclusion, tout nouveau-né issu d'une grossesse multiple, tout nouveau-né malformé, tout nouveau-né mort in utero ou tout nouveau-né avec une fiche de récolte des données avec des données incomplètes. L'étude a inclus tout nouveau-né avec un FPN, les cas sont donc incidents. Le recrutement des sujets est consécutif et est subordonné au consentement oral de leurs mères. Comme critères d'exclusion, tout nouveau-né issu d'une grossesse multiple, tout nouveau-né mal formé, tout nouveau-né mort in utero ou tout nouveau-né avec une fiche de récolte des données avec des données incomplètes. Le groupe de comparaison était constitué de manière suivante: les deux nouveau-nés de poids de naissance compris entre 2500 et 3999 grammes subséquents au cas de FPN ont été retenus. Les mêmes critères d'exclusion ont été appliqués à ce groupe aussi. La taille minimale de l'échantillon est de 91 et a été calculée à partir de la formule suivante: $n = z^2 \cdot p(1-p) / d^2$ où: n = taille d'échantillon; z = niveau de confiance selon la loi normale centrée

réduite (pour un niveau de confiance de 95%, $z = 1,96$); $p =$ prévalence estimative du FPN dans la province du Katanga est de 6,4%, prévalence rapportée par Kakudji [7]; $d =$ marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05). Au terme de la période d'étude, 600 dossiers ont été colligés (200 cas et 400 témoins). Parmi ces dossiers de départ, 2 cas ont été rejetés pour des données incomplètes. Parmi les témoins, 72 nouveau-nés ont été sortis de la population d'étude (données incomplètes).

Variables étudiées: L'âge gestationnel (réparti en 4 classes: <28 SA, 28-32 SA, 33-36 SA et ≥ 37 SA), le poids de naissance (réparti en 3 classes: <1000 grammes, 1000-1499 grammes et 1500-2499 grammes), le score d'Apgar à la fin de la 5^{ème} minute (réparti en 2 classes: <7 et ≥ 7), la notion de la réanimation à la naissance (présente et absente), l'issue néonatale précoce (regroupée en nouveau-nés vivants et nouveau-nés décédés) ont été recueillis à partir de dossiers des nouveau-nés dans le service de néonatalogie et dans la maternité. Une fiche d'enquête individuelle avait été élaborée à cet effet.

Analyse des données: Le poids de naissance était considéré ici comme variable dépendante et les paramètres en rapport avec la morbi-mortalité néonatale précoce constituaient les variables indépendantes. La morbi-mortalité néonatale (score d'Apgar à la fin de la 5^e minute inférieur à 7, notion de réanimation à la naissance et décès en période néonatale précoce) des FPN ont été comparées à celles des nouveau-nés normo pondérés. Le test de khi2 de Yates ou celui exact de Fisher ont été utilisés pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives. L'odds ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95% (IC 95%) ont été calculés. Le seuil de signification était fixé à $p < 0,05$. Les analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels Epi Info 7.1 et Stata 12.

Considérations éthiques: La recherche pour réaliser ce travail a été autorisée par le comité d'éthique de l'Université de Lubumbashi. Un consentement libre et éclairé de toutes les personnes impliquées dans cette étude a été obtenu verbalement.

Résultats

Fréquence

La fréquence du FPN au cours de la période d'étude dans les 3 maternités a varié de 9,6% à 15,0% ; la fréquence globale était de 13,0% (Tableau 1). La moyenne est de $34,8 \pm 3,4$ SA (extrêmes: 24 et 42 SA). Nous constatons que 3% des cas étaient des très grands prématurés et 18,7% étaient des grands prématurés. L'hypotrophie n'avait concerné que 32,1% (Figure 1). La moyenne est de $1782,67 \pm 442,64$ grammes. Le plus poids le plus faible était de 700 grammes et le plus élevé était de 2470 grammes. Nous constatons que les extrêmement petits poids de naissance représentaient 5,6% des cas et les très petits poids 21,2% (Figure 2). Le Tableau 2 montre le pronostic néonatal précoce. Le score d'Apgar à la 5^{ème} minute était inférieur à 7 dans 35,4% chez les FPN contre 5,8% chez les nouveau-nés normo pondérés. Nous avons noté une différence statistiquement significative entre la comparaison entre ces deux proportions ($p = 0,0113$) signifiant que les FPN présentaient un risque de 2,4 fois de naître déprimé que les normo pondérés (O Rajusté = 2,4 [1,2-4,6]). S'agissant de la notion de réanimation à la naissance, nous avons enregistré une proportion de 50,0% chez les FPN contre 12,5% chez les nouveau-nés normo pondérés. L'analyse statistique montre une différence significative entre ces deux proportions ($p < 0,0001$). Le risque d'être réanimé à la naissance était de 3,9 fois chez les FPN comparativement aux normo pondérés (O Rajusté = 3,9 [2,4-6,5]). Concernant le décès en période néonatale précoce, 24,7% des FPN étaient décédés contre 1,2% des normo pondérés et ces deux proportions étaient statistiquement différentes ($p < 0,0001$). Les FPN avaient un risque de 26,6 fois de décéder en période néonatale précoce que les normo pondérés (O Rajusté = 10,3 [3,4-31,1]). Le Tableau 3 montre les facteurs néonataux de risque de mortalité. Les nouveau-nés avec un poids de naissance extrêmement petit poids de naissance (< 1000 grammes) extrêmement prématurés (<28 SA) ont des taux de décès significativement plus élevés (100%) que les autres ($p < 0,001$). Nous avons noté une relation entre le poids de naissance et la mortalité. Plus le poids de naissance est faible, plus la mortalité est élevée. Le taux de mortalité diminue au fur et à mesure que le poids de naissance se rapproche de 2500 grammes. Il en est de même pour l'âge gestationnel, une relation la mortalité avait été noté. Plus l'âge gestationnel est faible, plus la mortalité est élevée. Le taux de mortalité diminue au fur et à mesure que l'âge gestationnel se rapproche de 37 SA.

Discussion

Notre étude rapporte une fréquence de 13,0%. Cette fréquence varie en fonction des pays, des régions et des auteurs. La prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale à la naissance est de 15,5%, ce qui représente environ 20 millions de nourrissons dont le poids était insuffisant à la naissance chaque année, 96,5% d'entre eux naissant dans les pays en développement [1]. Dans les pays développés, nous notons une moyenne de 7% environ, correspondant à la moitié de celle observée dans les pays en développement, soit 19%. En Afrique centrale, les études faites par l'OMS ont révélé une incidence de 14% au Gabon, 14% en République Centrafricaine, 17% pour le Tchad, et 11% au Cameroun [1,2].

En République Démocratique du Congo, dans la maternité de référence de Rutshuru, Mugisho retrouve une prévalence de 18% de FPN [8]. Les résultats obtenus par Milabyo au Maniema pendant la période 2003-2004 ont démontré que la proportion de faible poids de naissance n'est pas globalement différente de celle des pays en développement et reste plus élevée soit 27% au Kipaka et 16,4% à Kama, toutes deux des zones de santé de la province du Maniema [9]. La récente enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014) rapporte un taux national de 7% et de 6,3% pour la province de Katanga [6]. A Lubumbashi, une récente étude menée en 2013 dans 10 hôpitaux de référence de la ville rapportait une fréquence de FPN de 6,4% [7]. Les fréquences élevées dans les pays en développement pourraient s'expliquer par la multiplicité de facteurs de risque non retrouvés dans les pays développés: il s'agit entre autre de la malnutrition, du suivi insuffisant de la grossesse, du paludisme et des infections uro-génitales à répétition au cours de la grossesse [10].

Notre étude avait noté une prédominance de prématurés (67,9%). L'étude de Siza faite dans un hôpital de référence au Nord de la Tanzanie a montré un taux de prématurité chez les FPN de 90,87% [11]. La prédominance de la prématurité par rapport aux nouveau-nés à terme est classiquement retrouvée dans des études menées dans les pays développés où 2/3 des nouveau-nés de faible poids de naissance sont des prématurés [12]. Nos résultats divergent de ceux rapportés dans des études menées dans les pays en développement qui notent que la prématurité chez le FPN est de 1/3 des cas [12,13]. Letaief et Beddek, dans leurs études menées respectivement à Tunis et Alger, avaient enregistré des taux de

prématurité respectifs de 33,8% et 50,9% [13,14]. Les nouveau-nés dont le poids de naissance est compris entre 1500 et 2499 étaient majoritaires dans 73,2% des cas. Cette majorité de petits poids a été également retrouvée par Camara au Sénégal (73,6%) [15], par Beddeken Algérie (90,79%) [14] et par Letaief en Tunisie (91%) [13]. En Inde, la majorité des nouveau-nés de FPN ont un poids compris entre 2000 et 2499 grammes [16].

Notre étude a montré que les FPN présentaient un risque de 2,4 fois de naître déprimé (OR a=2,4 [1,2-4,6]) et un risque de 3,9 fois d'être réanimé à la naissance comparativement aux normo pondérés (OR a=3,9 [2,4-6,5]). Ce constat rejoint ceux faits dans des études antérieures [14,17]. Selon Arvind, les nouveau-nés de FPN tolèrent mal le travail et l'accouchement par voie basse ; ils ont une incidence élevée de faible score d'Appgar à tous les âges gestationnels confondus, et donc ont besoin fréquemment de réanimation à la naissance [16]. L'asphyxie périnatale chez l'hypotrophe à terme serait liée d'une part, à la diminution de la perfusion utéro placentaire durant le travail associée à une hypoxie **foetale chronique entraînant ainsi une acidose; d'autre part, au syndrome d'aspiration méconiale** [12]. Chez le prématuré, pour la plupart des temps la maladie des membranes hyalines en est la principale étiologie. Celle-ci est due à une insuffisance en surfactant fréquent chez le grand prématuré, car la plupart des nouveau-nés n'acquiescent la maturité pulmonaire qu'à 36 SA. Quelques fois, le prématuré peut également être exposé à d'autres pathologies respiratoires telle que l'apnée du prématuré d'âge inférieur à 32 SA. Cette apnée, le plus souvent idiopathique provient d'une immaturité neurologique ou syndromique traduisant l'expression d'une autre pathologie respiratoire. Près d'un prématuré sur quatre présente des difficultés d'adaptation circulatoire dans les premières 24 à 48 heures de vie et court un risque accru de complications précoces à type d'hémorragies intracrâniennes [12,18].

Dans notre série, le devenir des nouveau-nés de FPN est dominé par la mortalité hospitalière élevée (49/198 soit 24,7%). Ce constat est identique à ceux faits par plusieurs auteurs qui concluent que le pronostic à court terme des FPN est dominé par la mortalité [5, 19, 20]. Cette surmortalité trouvée dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que nous avons enregistré une proportion importante de prématurés. Du fait de l'immaturité de nombreuses fonctions (cardiovasculaire, hépatique, respiratoire, immunitaire et de thermorégulation...), ces derniers sont exposés à des complications létales, conduisant très souvent à la mort, surtout

dans notre contexte, où leur prise en charge reste encore un grand défi [17]. Nous avons également trouvé que le taux de mortalité diminue au fur et à mesure que le poids de naissance et l'âge gestationnel augmente, avec une différence statistiquement significative. Nos résultats sont superposables à ceux de Salle qui avait trouvé que la mortalité chute en relation inverse avec l'âge gestationnel [21]. Il ressort que l'âge gestationnel est un facteur pronostic, car les prématurés sont plus à risque de décéder que les nouveau-nés à terme. En effet, lorsque la naissance survient avant le terme, le nouveau-né n'a pas encore la capacité d'adaptation à la vie extra-utérine et est dès lors exposé à des troubles systémiques pouvant compromettre son pronostic vital [12].

Conclusion

La présente étude montre que la morbidité et la mortalité néonatales liées au FPN restent élevées dans la ville de Lubumbashi. Leur réduction passe par une accessibilité et une amélioration du système de soins de santé périnataux ainsi que par des actions préventives ciblées sur les pathologies maternelles dans notre milieu.

Etat des connaissances sur le sujet

- Le faible poids de naissance (FPN) représente un problème majeur de santé publique aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés;
- La morbi-mortalité néonatale précoce de nouveau-nés de FPN reste élevée.

Contribution de notre étude à la connaissance

- Aucune étude sur ce sujet n'a déjà été publiée antérieurement sur le pronostic maternel et néonatal précoce de FPN dans notre contexte, à Lubumbashi, République Démocratique du Congo;
- L'étude proposée est la première étude globale dans notre milieu, intégrant une analyse multi variée permettant d'établir le pronostic néonatal précoce des nouveau-nés de FPN.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflits d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail; ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableaux et figures

Tableau 1: fréquence du FPN

Tableau 2: Pronostic néonatal précoce chez les faibles poids de naissance et chez les normo pondérés

Tableau 3: Facteurs néonataux de risque de mortalité chez les nouveau-nés de faible poids de naissance

Figure 1: Répartition des FPN en fonction de l'âge gestationnel

Figure 2: Répartition des FPN en fonction du poids de naissance

Références

1. United Nations Children's Fund and World Health Organization, Low Birthweight: Country, regional and global estimates. UNICEF : New York, 2004. Accesssible sur: http://www.unicef.org/publications/index_24840.html, consulté le 02 octobre 2014. **Google Scholar**
2. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Progrès pour les enfants. UNICEF: New York. Avril 2006. Accesssible sur: http://www.unicef.org/french/media/files/Progres_pour_les_enfants-No.4.pdf et consulté le 02 octobre 2014. **Google Scholar**
3. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 1998. Genève : OMS, 1998. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/1998/fr/index.html>, consulté le 3 Mars 2015. **Google Scholar**
4. Bobossi G, Mbongo ZA, Diemer H, Nadjji AF, Siopathisr M. Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'Unité de Néonatalogie du Complexe Pédiatrique de Bangui (RCA): devenir immédiat et pronostic. Pub Méd Afr. 2000; 192-5. **Google Scholar**
5. **Google Scholar**

5. Ntambue AM, Donnen P, Dramaix-Wilmet M, Malonga FK. Les facteurs de risque de la mortalité périnatale dans la ville de Lubumbashi en République démocratique du Congo. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2012; 60 (3):167-176. **PubMed | Google Scholar**
6. **Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM)**, Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International. **Google Scholar**
7. Kakudji LP, Mukuku O, Kalenga PMK. Etude du faible poids de naissance associé à l'âge maternel et la parité dans une population couple mère-enfant suivi à Lubumbashi. *Pan African Medical Journal*. 2015;20:246. **PubMed | Google Scholar**
8. Mugisho E, Dramaix M, Porignon D, Musubao E, Hennart P, Centre scientifique et médical de l'université libre de Bruxelles pour ses activités de coopération (Cemubac). Evolution des données maternelles et périnatales recueillies en routine entre 1980 et 1998 à la maternité de référence de Rutshuru en République démocratique du Congo II: décès du nouveau-né et naissances de faible poids. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. 2002;12(2):252-5. **Google Scholar**
9. Milabyo KP. Faible poids de naissance au Maniema République Démocratique du Congo. *Santé*. 2006;(16):103-7. **Google Scholar**
10. Ilunga PM, Mukuku O, Mutombo AM, Lubala TK, Shongo MYP, Mawaw PM, Wembonyama SO, Luboya ON. Etude de facteurs de risque de faible poids de naissance à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Médecine et santé tropicales (article sous presse)*. **Google Scholar**
11. Siza JE. Risk factors associated with low weight of neonates among pregnant women attending a referral hospital in Northern Tanzania. *Tanzan J HealthRes*. 2008; 10(1):1-8. **PubMed | Google Scholar**
12. Kliegman R, Behrman RE, Nelson WE. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia : Saunders, 2007. **Google Scholar**
13. Letaief M, Soltani MS, Ben Salem K, Bchir A. Épidémiologie de l'insuffisance pondérale à la naissance dans le Sahel tunisien. *Santé publique*. 2001; 13(4):359-366. **PubMed | Google Scholar**
14. Beddek F, Demmouche A. Facteurs relatifs au faible poids de naissance à l'EHS En Gynécologie Obstétrique de Sidi Bel Abbes (Ouest de L'Algérie). *Pan African Medical Journal*. 2013;16:72. **PubMed | Google Scholar**
15. Camara B, Diack B, Diouf S, Signate H, Sall MG, Ba M et al. Les faibles poids de naissance: Fréquence et facteurs de risques dans le district de Guediawaye (Banlieue de Dakar - Sénégal). *Med Afr Noire*. 1996; 43(5): 260-65. **PubMed | Google Scholar**
16. Arvind S. Essential care of low birth weight neonates. *Indian Pediatr*. 2008;(45):13-5. **PubMed | Google Scholar**
17. Kalume M, Kizonde K. Mortalité néonatale précoce du prématuré à Lubumbashi - Facteurs de risque. *Médecine d'Afrique Noire*. 2006;53(6):343-348. **PubMed | Google Scholar**
18. Bourillon A. *Pédiatrie: Collection pour le praticien*. 5è ed. Paris: Masson; 2008. **Google Scholar**
19. Léger J. L'enfant né petit pour l'âge gestationnel: sa croissance, son devenir. *Médecine thérapeutique/ pédiatrie*. 2006; 9(4):242-250. **PubMed | Google Scholar**
20. Bobossi G, Mbongo ZA, Diemer H, Nadji AF, Siopathisr M. Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'Unité de Néonatalogie du Complexe Pédiatrique de Bangui (RCA): devenir immédiat et pronostic. *Pub Méd Afr*. 2000; 192-5. **PubMed | Google Scholar**
21. Salle B, Picaud JC, Lopilloune A, Claris O, Battin J, Picard JD. Mortalité et morbidité des enfants de faible poids de naissance: pronostic actuel: quel avenir? *Bull Acad Ntle Méd*. 2004; 188 (7):1127-41. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1: Fréquence du FPN

| Maternité | Nombre de nouveau-nés de FPN | Total des accouchements | Fréquence |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|
| Hôpital Sendwe | 141 | 941 | 15,0% |
| Cliniques Universitaires | 54 | 564 | 9,6% |
| Hôpital SNCC | 32 | 240 | 13,3% |
| Total | 227 | 1745 | 13,0% |

* **FPN:** faible poids de naissance

Tableau 2: Pronostic néonatal précoce chez les faibles poids de naissance et chez les normopondérés

| Variable | <2500 grammes (n=198) | | ≥2500 grammes (n=328) | | Analyse univariée | | Analyse multivariée | |
|------------------------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-------------------|---------|---------------------|---------|
| | n | % | n | % | OR brut [IC95%] | p | OR ajusté [IC95%] | p |
| Score d'Apgar à la 5è minute <7 | 70 | 35,4 | 19 | 5,8 | 8,9 [5,1-15,6] | <0,0001 | 2,4 [1,2-4,6] | 0,0113 |
| Réanimation à la naissance | 99 | 50,0 | 41 | 12,5 | 7,0 [4,6-10,8] | <0,0001 | 3,9 [2,4-6,5] | <0,0001 |
| Décès en période néonatale précoce | 49 | 24,7 | 4 | 1,2 | 26,6 [9,4-102,9] | <0,0001 | 10,3 [3,4-31,1] | <0,0001 |

Tableau 3: Facteurs néonataux de risque de mortalité chez les nouveau-nés de faible poids de naissance

| Variable | Issue néonatale | | | | Total (n=198) N | OR [IC95%] | p |
|---------------------------|-----------------|------|----------------|------|--------------------|------------------|---------|
| | Décès (n=49) | | Vivant (n=148) | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Age gestationnel | | | | | | | |
| <28 SA | 6 | 100 | 0 | 0,0 | 6 | indéfini | <0,0001 |
| 28-32 SA | 24 | 64,9 | 13 | 35,1 | 37 | 35,6 [8,9-211,9] | <0,0001 |
| 33-36 SA | 17 | 18,7 | 74 | 81,3 | 91 | 4,6 [1,2-25,8] | 0,0135 |
| ≥37 SA | 3 | 4,7 | 61 | 95,3 | 64 | 1 | - |
| Poids de naissance | | | | | | | |
| <1000 grammes | 11 | 100 | 0 | 0,0 | 11 | indéfini | <0,0001 |
| 1000-1499 grammes | 26 | 61,9 | 16 | 38,1 | 42 | 17,5 [7,0-46,6] | <0,0001 |
| 1500-2499 grammes | 12 | 8,3 | 133 | 91,7 | 145 | 1 | - |

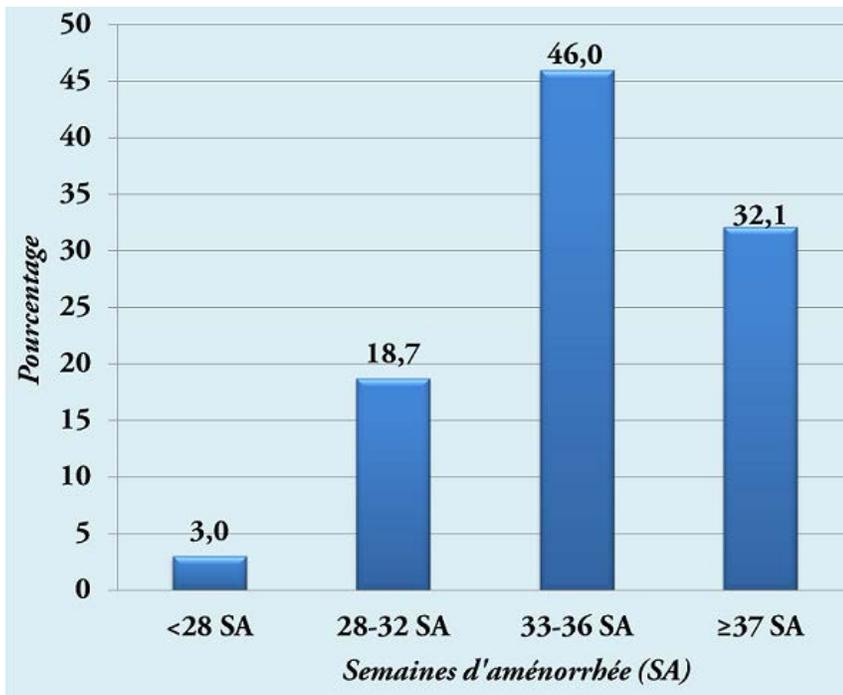


Figure 1: Répartition des FPN en fonction de l'âge gestationnel

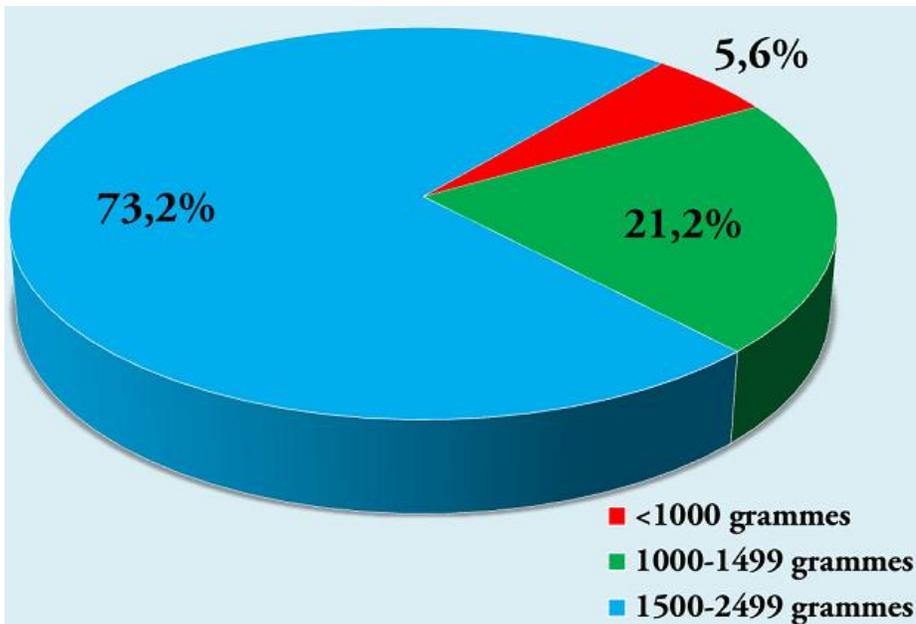


Figure 2: Répartition des FPN en fonction du poids de naissance