

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 25 (2015)



(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

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

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)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (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

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, papier blanc recto seulement et 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) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@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. 2^{ème} éd. 1992 : 218-225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} 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
- 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

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Assistance médicale à la procréation en contexte de risque viral lié au VIH à l'hôpital de la Pitié-salpêtrière, Paris

Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M...54 - 60

Le dispositif intra-utérin (DIU) du post partum immédiat : une étude comparative entre le DIU placé au cours de la césarienne et celui posé après un accouchement par voie basse.

O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69

Prise en charge et évolution de l'éclampsie en milieu obstétrical: étude rétrospective de 91 cas au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)

Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75

Les lésions urétérales en chirurgie gynécologique et obstétricale : bilan de 10 ans au CHU-Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso.

Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/bonané B, Lankoandé J.....76 - 81

Bilan d'une expérience pilote d'ouverture d'une unité de néonatalogie dans une maternité de niveau 2 à Dakar

MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et la satisfaction des usagers dans le district de Bamako

Théra T, Diallo B, Téguté I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91

Soins apres avortement dans un district sanitaire urbain en milieu africain: cas du district de Bogodogo a Ouagadougou, Burkina faso

Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97

Fistules vesico-vaginales: aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques au CHU de Conakry, Guinée

Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103

Résultats du déclenchement du travail d'accouchement à l'hôpital évangélique de Bembereke au Bénin

Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX 104 - 108

CAS CLINIQUE

Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant

Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoïba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Medically assisted procreation in HIV risk viral context at hospital Pitié-salpêtrière, Paris.***
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M....54 - 60
- The intra-uterine device (iud) of the immediate postpartum A comparative study between the caesarean iud and the iud inserted after a natural delivery.***
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Support and management of eclampsia: retrospective study about 91 cases at the teaching hospital of Bouaké (Cote d'ivoire)***
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- The ureteral lesions in gynecological and obstetrical surgery: cases review of 10 years at the University Teaching Hospital Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso***
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/Bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Opening balance of a pilot of a neonatal unit in a aternity level 2 in Dakar***
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation of obstetrical cares and users satisfactions in Bamako's district***
Théra T, Diallo B, Tégoué I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Post abortion care in an urban health district in the African environment: the case of Bogodogo district in Ouagadougou, Burkina Faso***
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Vesicovaginal fistulas: anatomical and clinical aspects and therapeutic in Conakry teaching hospital, Guinea***
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Results childbirth induction of labor at the evangelical hospital in Benin Bembereke***
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX 104 - 108

CASE REPORT

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant***
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoiaba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

BILAN D'UNE EXPERIENCE PILOTE D'OUVERTURE D'UNE UNITE DE NEONATOLOGIE DANS UNE MATERNITE DE NIVEAU 2 A DAKAR

OPENING BALANCE OF A PILOT OF A NEONATAL UNIT IN A MATERNITY LEVEL 2 IN DAKAR

MM NIANG, M TOURE, M THIAM, O NDIAYE, CT CISSE

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, Sénégal.

Auteur correspondant :

Docteur Mouhamadou Mansour NIANG - Email : mansniang@hotmail.com

RESUME

Objectifs : Faire le bilan d'une expérience pilote d'ouverture d'une Unité de Néonatalogie dans une Maternité de niveau 2 à Dakar.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique des activités de l'Unité de Néonatalogie du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 1^{er} Avril 2011 et le 31 Mars 2012. Nous avons analysé les données relatives aux nouveau-nés admis et à leurs mères.

Résultats : Nous avons enregistré 3738 naissances vivantes. Parmi celles-ci, 578 (15,5%) étaient admis dans l'Unité de Néonatalogie. Les motifs d'admission des nouveau-nés étaient le plus souvent en rapport avec une asphyxie périnatale (35,4%), une infection néonatale (23,5%) ou un petit poids de naissance (19,7%). Ces nouveau-nés avaient en majorité un score d'Apgar > 7 à la cinquième minute (82,4%) et un poids de naissance normal (59,3%). Au total, 35 décès étaient enregistrés en cours d'hospitalisation, soit une létalité néonatale de 9,4‰ naissances vivantes. L'asphyxie néonatale était la première cause de décès néonatal (40%). La létalité néonatale était associée de façon significative à l'âge maternel ($p=0,021$), au terme de la grossesse ($p=0,0001$), à la rupture prématurée des membranes ($p=0,0001$), à l'existence d'une pathologie gravidique ($p=0,0001$) et au score d'Apgar < 7 à la 5^{ème} minute ($p=0,0001$).

Conclusion : La création d'une Unité de Néonatalogie au Centre de Santé Gaspard Kamara a amélioré la prise en charge des nouveau-nés dans cette structure et globalement dans la région de Dakar. Cette expérience originale devrait être répliquée dans toutes les Maternités de niveau 2 du Sénégal.

Mots clés : Néonatalogie - Mortalité néonatale - Soins aux nouveau-nés

ABSTRACT

Objectives: To review a pilot opening of a Neonatology Unit in level 2 Maternity in Dakar.

Materials and Methods: This was a retrospective, descriptive and analytical study of the activities of Gaspard Kamara Health Center's Neonatology Unit between April 1st 2011 and 31st March 2012. We analyzed data of newborns admitted and their mothers.

Results: We recorded 3738 live births. Of these, 578 (15.5%) were admitted to the Neonatal Unit. The reasons for admission of newborns were mostly related to perinatal asphyxia (35.4%), neonatal infection (23.5%) or a low birth weight (19.7%). These newborns had mostly Apgar score > 7 in the fifth minute (82.4%) and normal birth weight (59.3%). A total of 35 deaths were recorded during hospitalization, whether neonatal lethality of 9.4 ‰ live births. The neonatal asphyxia was the primary cause of neonatal death (40%). Neonatal lethality was significantly associated with maternal age ($p = 0.021$) at the end of pregnancy ($p = 0.0001$), premature rupture of membranes ($p = 0.0001$), existence a gestational pathology ($p = 0.0001$) and the Apgar score < 7 in the fifth minute ($p = 0.0001$).

Conclusion: The creation of a Gaspard Kamara Health Center's Neonatology Unit has improved the care of newborns in this structure and overall in the Dakar region. This unique experience should be replicated in all level 2 Maternities in Senegal.

Keywords: Neonatology - Neonatal Mortality – Newborns care

INTRODUCTION

La mortalité périnatale reste élevée dans les pays en développement, en particulier au Sénégal où, en 2010, il était de 29‰ naissances vivantes [1]. Ce taux relativement élevé est du en partie à un déficit de l'offre des soins de santé néonatale par rapport aux besoins, mais également au manque de personnels compétents dans la prise en charge des nouveau-nés. A Dakar, en dehors de trois Centres Hospitaliers de référence, les autres Maternités de niveau 1 et 2 n'ont pas de Service de Néonatalogie. Aussi, pour désengorger ces Centres de référence, des personnels de santé de bonne volonté (gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes) ont œuvré pour l'ouverture d'une Unité de Néonatalogie dans un Centre de Santé de niveau 2 pour y réduire la morbidité et la mortalité néonatales.

Après une année d'activités, il nous a semblé utile de mener cette étude dont l'objectif principal était de faire le bilan de cette expérience pilote pour apprécier la faisabilité de l'implantation d'une telle structure dans les maternités de niveau 2.

Matériel et méthodes

L'Unité de Néonatalogie du Centre de Santé Gaspard Kamara a été créée au mois de Mars 2011. Il comprend : une salle d'attente, une salle d'hospitalisation d'une capacité de 5 berceaux avec deux couveuses, une table de réanimation néonatale, une biberonnerie, deux box de consultation et une salle pour la vaccination. Le Service fonctionne 24 heures sur 24 sous la direction d'un pédiatre assisté d'une équipe d'infirmières et de sages-femmes formées à la prise en charge des nouveau-nés.

Nous avons menée une étude rétrospective, descriptive et analytique du 1^{er} Avril 2011 au 31 Mars 2012. Etaient inclus les nouveau-nés admis à l'Unité de Néonatalogie et dont les mères avaient accouché à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara.

Nous avons exploité le registre des accouchements, le registre des admissions des urgences, les dossiers d'accouchement, les comptes-rendus opératoires et les dossiers de néonatalogie. Les données étaient consignées sur une fiche de recueil informatisée à l'aide du logiciel Epi info version 7.0. Il s'agissait des caractéristiques maternelles (âge, parité, données du suivi prénatal, antécédents médicaux et obstétricaux, caractéristiques du travail et le mode d'accouchement) et néonatales (motifs du transfert en néonatalogie, sexe, score d'Apgar, les paramètres anthropométriques et les décès enregistrés).

RÉSULTATS

Fréquentation

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 3738 naissances vivantes à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara. Parmi celles-ci, 578 (15,5%) étaient admis au Service de Néonatalogie. Au total, 35 décès ont été enregistrés en cours d'hospitalisation, soit une létalité néonatale de 9,4‰ naissances vivantes.

Caractéristiques maternelles

Les mères étaient âgées entre 15 et 40 ans avec une moyenne de 26 ans. La parité était comprise entre 1 et 11 avec une moyenne de 2. Les primipares (44,5%) et les paucipares (38,8%) étaient les plus représentées.

Quatre cent quarante neuf patientes (78,2%) avaient accouché entre 37 et 40 semaines d'aménorrhée (tableau I). Parmi les pathologies gravidiques enregistrées, la menace d'accouchement prématuré (4,5%), la prééclampsie (4,4%) et les infections urogénitales (3,8%) étaient les plus fréquentes.

Tableau : Répartition selon le terme de la naissance des nouveau-nés admis à l'Unité de Néonatalogie (N=578)

Terme de la grossesse (SA)	Effectif	Fréquence (%)
22-27	7	1,2
28-36	90	15,7
37-40	449	78,2
= 41	28	4,9
Non précisé	4	0,7
Total	578	100

Trois cent cinquante-six parturientes (62%) avaient bénéficié d'une césarienne. Les accouchements naturels et l'application de ventouse représentaient respectivement 34% et 4% des accouchements.

Caractéristiques des nouveau-nés

Trois cent onze nouveau-nés (53,8%) étaient de sexe masculin, soit un sexe ratio de 1,2. A la cinquième minute, 476 nouveau-nés (82,4%) avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 (tableau II).

Tableau : Répartition selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute des nouveau-nés admis à l'Unité de Néonatalogie (N=578)

Score d'Apgar à la cinquième minute	Effectif	Fréquence (%)
≥ 7	476	82,4
4 à 6	102	17,6
≤ 3		

Trois cent soixante-sept nouveau-nés (59,3%) avaient un poids de naissance normal ; 211 avaient un petit poids de naissance (36,5%) et 24 étaient macrosomes (4,2%). La taille, le périmètre crânien et le périmètre brachial des nouveau-nés étaient normaux dans respectivement 85,5%, 63,1% et 59% des cas (tableau III).

Tableau: Paramètres anthropométriques des nouveau-nés admis à l'Unité de Néonatalogie (N= 578)

Paramètres anthropométriques	Effectif	Fréquence (%)
Poids (grammes)		
< 1500	57	9,9
1500-1999	109	18,8
2000-2499	45	7,8
2500-3999	343	59,3
≥ 4000	24	4,2
Taille (cm)		
< 46	65	11,2
46 à 53	494	85,5
≥ 54	19	3,3
Périmètre crânien (cm)		
< 32	24	4,2
32 à 35	365	63,1
≥ 36	189	32,7
Périmètre brachial (cm)		
< 11	197	34
11 à 13	340	59
≥ 14	41	7

Les nouveau-nés étaient admis au Service de Néonatalogie le plus souvent pour une asphyxie périnatale (35,4%), une infection néonatale (23,5%), un petit poids de naissance (19,7%) ou une macrosomie fœtale (4,2%). Nous avons enregistré 35 décès en période néonatale, soit **une létalité néonatale de 9,4‰** naissances vivantes. Ces décès étaient en majorité dus à une asphyxie périnatale (40%), une infection néonatale (34%) ou une prématurité (23%).

Nous avons réalisé une analyse multivariée qui a permis d'identifier un certain nombre de facteurs associés à létalité néonatale. Il s'agit notamment : du jeune âge maternel = 24 ans ($p=0,021$), du terme de la grossesse < 27 semaines d'aménorrhée ($p=0,0001$), de la rupture prématurée des membranes ($p=0,0001$) et de l'existence d'une pathologie gravidique (infection uro-génitale, diabète, prééclampsie ou menace d'accouchement prématuré) ($p=0,0001$).

DISCUSSION

Cette expérience montre qu'avec très peu de moyens et une bonne volonté, on peut mettre en

place ces Unités de Néonatalogie dans les Centres de Santé de niveau 2. Il s'agit également d'une expérience utile comme en atteste le taux de fréquentation de l'Unité, mais également les résultats enregistrés. En effet, 15% des nouveau-nés de la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara ont transité par l'Unité de Néonatalogie avec un taux de létalité relativement faible.

Les motifs d'admission des nouveau-nés au Service de Néonatalogie étaient le plus souvent une asphyxie périnatale (35,4%), une infection néonatale (23,5%) ou un petit poids de naissance (19,7%). Ces nouveau-nés avaient un score d'Apgar > 7 à la cinquième minute dans 82,4% des cas. Ils avaient pour la plupart un poids de naissance normal (59,3%).

Quand on analyse les résultats des travaux de différents Centres de Néonatalogie en Afrique, notamment au Bénin, au Maroc et au Mali, on retrouve pratiquement les mêmes motifs d'hospitalisation que ceux rapportés dans notre étude, à savoir : l'insuffisance pondérale, la souffrance cérébrale et les infections [2, 3, 4, 5]. Concernant le poids à la naissance, c'est l'un des meilleurs indicateurs de survie d'un nouveau-né [6]. Dans notre série, le taux de petits poids de naissance enregistré est similaire à ceux retrouvés par Traoré [5] et Dan [2]. Par contre, il est inférieur à celui de Bobossi [8] et supérieur à celui de Tietche à Yaoundé [9]. Ce taux relativement élevé de faible poids de naissance retrouvé dans notre travail devrait nous inciter à prévenir davantage la prématurité et à lutter efficacement contre les pathologies responsables d'hypotrophie fœtale notamment les états hypertensifs de la grossesse et l'anémie.

Dans notre étude, 17,6% des nouveau-nés avaient présenté une asphyxie à la 5^{ème} minute de vie. Ce taux apparaît faible comparé aux données rapportées par différentes études [4, 5, 9]. Par contre, il serait élevé si on le compare aux estimations de l'OMS selon lesquelles, dans les pays en développement, 3% de l'ensemble des nouveau-nés (3,6 millions) présentent une asphyxie modérée ou grave à la naissance [6, 10]. Pour réduire ce taux d'asphyxie néonatale enregistré dans notre pratique, il faudrait consentir des efforts supplémentaires pour améliorer la qualité du suivi prénatal et de la gestion du travail et de l'accouchement.

Nous avons enregistré un taux de létalité néonatale globale de 9,4‰ naissances vivantes dont 97% en période néonatale précoce. Ce taux est en deçà de ceux observés dans les Maternités du même niveau en Afrique et dans le monde [6, 10]. En 2003, Cissé [11] avait retrouvé à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec qui était la

Maternité de référence à Dakar, un taux de mortalité néonatale globale de 50‰ naissances vivantes dont 91% en période néonatale précoce. En Afrique subsaharienne, le taux de mortalité néonatale est de 41‰ naissances vivantes [6, 10] ; au Sénégal, il est de 29‰ naissances vivantes selon l'EDS V [1]. Ce taux de mortalité néonatale reste encore élevé par rapport à ceux observés dans les pays développés, notamment en France [12, 13, 14]. Ce taux relativement faible enregistré dans notre échantillon peut s'expliquer par l'amélioration des compétences en néonatalogie du personnel qui a été formé au Service de Néonatalogie de l'hôpital Abass Ndao, un des centres de référence de la région de Dakar. L'analyse de la mortalité néonatale dans le monde montre que celle-ci est plus élevée durant la première semaine de vie et constitue environ les trois quarts de la mortalité néonatale globale dans la plupart des pays d'Afrique Noire [15]. Dans notre travail, la létalité néonatale précoce représentait 100% de la létalité néonatale globale. Pour baisser ce taux, il faut impérativement doter toutes les Maternités d'unité de Néonatalogie et les faire fonctionner en réseau. Il faudra également renforcer les compétences en néonatalogie du personnel de santé ; et parallèlement, lutter contre les principales causes de décès néonatal que sont : l'asphyxie néonatale, l'infection néonatale et la prématurité. Pour cela, plusieurs interventions seraient nécessaires :

- réduire les délais souvent allongés de diagnostic et de prise en charge de la souffrance fœtale,
- respecter les règles de prévention des infections et assurer une prise en charge précoce et adaptée des cas de rupture prématurée des membranes,
- lutter contre les facteurs de risque de prématurité que sont entre autres la faible couverture prénatale, le bas niveau de vie socio-économique, la rupture prématurée des membranes, les grossesses multiples, le placenta prévia et la surcharge de travail ou les efforts physiques intenses [16].

CONCLUSION

L'implantation d'une Unité de Néonatalogie au Centre de Santé Gaspard Kamara a permis de prendre en charge immédiatement les nouveau-nés ayant nécessité des soins. Cette prise en charge initiale précoce a certainement contribué à la survie des nouveau-nés comme en témoigne le faible taux de létalité. Cette expérience qui est une réponse à un besoin réel devrait être répliquée dans toutes les Maternités du pays pour aboutir dans quelques années à la création d'un véritable réseau de périnatologie.

RÉFÉRENCES

11. **Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal.** Enquête démographique et de santé V (EDS-V), 2010 ; 35-36.
2. **Dan V, Alihonou E, Hazoume F.A, Ayivi B, Koumakpai S, Atchade D, Lahamy F.** Prise en charge du nouveau-né malade en milieu tropical : Expérience de l'unité de néonatalogie de Cotonou. *Méd. Afr. Noire*, 1991; 38 (12) : 842-6.
3. **Kéita M.S.** Etude de la mortalité périnatale dans la ville de Ségou. Thèse Med., Bamako, 2006 ; 48-63.
4. **Oumar O.** Mortalité néonatale au CHU Hassan II de Fes : étude rétrospective à propos de 235 cas. Thèse Méd., n° 084/10, Fes, 2010 : 22-87.
5. **Traoré S. B.** Etude de la mortalité périnatale au centre de santé de référence de San du 1^{er} Avril 2008 au 30 Mars 2009. Thèse Med., Bamako, 2009 ; 55-84.
6. **World Health Organization.** The World Health Report 2005: making every mother and child count. WHO, Genève (Switzerland), 2005 ; 8-9.
7. **Bobossi-Serengbe G, Mbongo-Zindamoyen A.N, Diemer H, Nadji Adim F, Siopathis R.M.** Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe de Bangui (R.C.A) : Devenir immédiat et pronostic. *Méd. Afr. Noire*, 2000; 45 (4) :1991-5.
8. **Tietche F, Kago I, Njimoke A, Mbonda E, Koki Ndombo P, Tetanye E.** Mortalité hospitalière des nouveau-nés eutrophiques à terme à Yaoundé (Cameroun) : Aspects étiologiques. *Méd. Afr. Noire*, 1998; 45 (3) : 193-5.
9. **Lawn J.E, Cousens S.** Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*, 2005; 365: 891-900.
10. **Unicef.** State of the world's children's. New York: United Nations Children Fund, 2005-2006.
11. **Cissé C.T, Yacoubou Y, Ndiaye O, Diop-Mbengue R, Moreau J.C.** Evolution de la mortalité néonatale précoce entre 1994 et 2003 au CHU de Dakar. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.*, 2006; 35 (1): 46-52.
12. **Blondel B, Bréart G.** Mortalité périnatale et mortinatalité. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Pédiatrie*, 1999; 4002-60:6p.
13. **Blondel B, Bréart G.** La situation périnatale en France. *J Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.*, 1997; 26: 770-80.
14. **Dilon JC.** Evolution de la santé des enfants dans le monde au cours de la période 1990-2000. *Med. Trop.*, 2003; 63: 407-12.
15. **Labdie D.** State of the World's Children. New York: United Nations Children's Fund, 2006.
16. **Sanogo CT.** Etude épidémiologique de l'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 238 cas. Thèse Méd., Bamako, 2005 ; 35-38.