

« DE LA PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NES PREMATURES AU NOUVEAU VILLAGE DE PEDIATRIE A KISANGANI »

AMOSI KIKWATA G.H.¹, ABEDI NDEMBE J.², GEANDJAWALALA M.³,
IUNGBI SINGA A.⁴, NGANGA MAKOYI F.⁵, TEBANDITE KASAI E.⁶

¹ Auteur correspondant : Amosi Kikwata Guld Héritier Département de Gynéco - Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire Libre de Kisangani, Université Libre de Kisangani, Polyclinique ART, Pavillon Militaire de Kisangani. E-mail : kktguldamosi@gmail.com

^{2,3,4} Coauteurs Centre Hospitalier Universitaire Libre de Kisangani, Université Libre de Kisangani

⁵ Coauteur Université de Kinshasa « Cliniques Universitaires de Kinshasa »

⁶ Coauteur Université de Kisangani « Cliniques Universitaires de Kisangani », Nouveau Village de Pédiatrie.

RESUME

En 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé, a estimé à 15 millions le nombre des nouveaux – nés qui naissent chaque année prématuré. Aujourd'hui le nombre des prématurés ne fait qu'augmenter et près d'un million de bébé en meurent. L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence et les complications de la prématurité et d'en évaluer la prise en charge à Kisangani, en République Démocratique du Congo.

Une étude transversale descriptive a été menée du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2016 sur les données d'enregistrement des prématurés suivis au Nouveau Village de Pédiatrie.

La prématurité au Nouveau Village de Pédiatrie a représenté 11,2%. Le sexe masculin était prédominant sur le féminin soit 52,1% contre 47,9%. L'âge gestationnel compris entre 33 et 36 SA a été majoritaire dans 61% des prématurés. L'administration du sérum glucosé 10% était systématique. 30,4% des prématurés avaient bénéficié d'assistance respiratoire. Le taux global de la réussite d'élevage était de 47,8% contre 34,7% des cas de décès.

Bien que le taux de réussite de l'élevage de prématurés soit de 47,8%, le taux de décès reste important dans nos milieux.

Mots clés : Prématurés ; Prise en charge ; Problématique ; Village de Pédiatrie ; Kisangani.

ABSTRACT

In 2015, the World Health Organisation (WHO) has estimated that 15 million newborns are born prematurely each year. Today, the number of premature babies is only increasing and nearly one million babies die from it. The objective of this study is to determine the frequency and complications of prematurity and to evaluate the management of this condition in Kisangani, in the Democratic Republic of Congo.

A descriptive cross-sectional study was conducted from January 1, 2015 to December 31, 2016 on the registration data of premature babies followed in the New Paediatric Village.

Prematurity in the New Pediatric Village accounted for 11.2%. The male sex predominated over the female sex at 52.1% compared to 47.9%. The gestational age between 33 and 36 years of age was predominant in 61% of premature babies. Glucose serum 10% was systematically administered. 30.4% of premature babies had benefited from respiratory assistance. The overall rate of successful rearing was 47.8% compared to 34.7% of deaths.

Although the success rate for the rearing of premature babies was 47.8%, the death rate remains high in our environment.

Keywords : Premature babies; Care; Problem; Paediatric village ; Kisangani.

INTRODUCTION

Le prématuré est un enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée révolues mais viable c'est – à – dire après 22 semaines d'aménorrhée avec au moins un poids de 500 grammes (1). L'âge gestationnel représente le nombre de

semaines qui se sont écoulées depuis le premier jour des dernières règles jusqu'à la naissance du bébé. Alors la naissance à terme a lieu entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine de gestation (17).

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la viabilité, par la naissance d'un enfant pesant plus de 500 g ou une durée de la gestation supérieure à 28 semaines. La législation en vigueur chez nous précise les limites de la viabilité par un poids de naissance de 1000 g et une durée de gestation supérieure à 28 semaines. Avant ces limites, la naissance est considérée comme avortement tardif, non déclarable, non viable (16,17).

Les trois quarts de prématuré pourraient être évité grâce à des interventions courantes à la fois efficace et peu onéreuse même sans recourir aux soins intensifs (15,17).

Sur 184 pays le taux de naissances prématurées varie en 5% et 18% des bébés. Or, plus d'un million d'enfant décèdent chaque année en raison des complications liées à la prématurité. Bon nombre de survivant souffrent d'une incapacité à vie notamment en matière d'apprentissage et des troubles visuels et auditifs (16).

A l'échelle mondiale, la prématurité est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Dans presque tous les pays disposant des données fiables, les taux de naissance prématurée sont en hausse (15).

Les taux de survie présentant des inégalités frappantes d'un pays à l'autre. Dans les pays en faible revenu, la moitié des bébés nés à 32 semaines (deux mois trop top) décèdent en raison d'un manque de soins réalisables et abordables comme le maintien au chaud, l'allaitement et les problèmes respiratoires. Dans les pays à revenu élevé, la quasi-totalité de ces bébés survivent (15,18).

Cependant, plus des trois quarts des bébés prématurés peuvent être sauvés, si on leurs prodigue des soins efficaces et peu dispendieux. C'est notamment en recourant à la « méthode Kangourou » et aux antibiotiques pour combattre les infections du nouveau-né.

La prévention des décès et des complications dus aux naissances prématurées commence par une grossesse en bonne santé. Les lignes directrices de l'OMS pour les soins anténatals comportent des interventions essentielles pour éviter les naissances prématurées, comme les conseils sur une alimentation saine, une nutrition optimale, le tabagisme, etc.

Plus de 60% des naissances prématurées surviennent en Afrique et en Asie du sud mais il s'agit vraiment d'un problème planétaire (15, 16, 17).

Les dix pays qui possèdent les taux les plus élevés des naissances prématurées sont les suivantes : Inde : 3519150 ; Chine : 1172300 ; Nigeria : 773600 ; Pakistan : 748100 ; Indonésie : 675700 ; Etats-Unis d'Amérique : 517400 ; Bangladesh : 424100 ; Philippines : 348900 ; République Démocratique du Congo : 341400 ; Brésil : 279300 (15).

Malgré les fréquences élevées des naissances prématurées ; la néonatalogie est toujours considérée comme une médecine de luxe dans les pays en développement. C'est ce qui amené CHARPAK à dire qu'en Afrique, le nouveau-né prématuré n'a que Dieu, la chaleur, le lait et l'amour pour survivre (5).

La prématurité reste un problème de santé publique en RDC du fait de sa fréquence élevée, de l'importante mortalité qu'elle occasionne et des difficultés de prise en charge (10, 13). A Kisangani, les données se rapportant à la morbi-mortalité des prématurés sont encore partielles. Les données récentes montrent que la mortalité des prématurés était de 28% aux Cliniques Universitaires de Kisangani (11). Aux Cliniques Universitaires de Kisangani, Mande et Col rapporte un taux de mortalité des prématurés de 28% (11). Cette observation démontre que la mortalité des prématurés est encore un problème réel à Kisangani (11). Cependant, l'on ne peut pas généraliser ce chiffre sur l'ensemble de la Ville. Des études multicentriques sont nécessaires pour compléter ces données. Au Nouveau Village de Pédiatrie (NVDP), les données sur la prise en charge des prématurés ne sont pas connues en ce jour. C'est dans cette optique que nous avons mené cette étude dont le but est d'évaluer la prise en charge des prématurés au NVDP envie de compléter les données rapportées par d'autres auteurs.

MATERIEL ET METHODES

Cadre d'étude : Notre étude s'était déroulée dans la Ville de Kisangani en Province de la Tshopo située dans la partie Nord-Est de la RDC. Les données ont été collectées au Centre Hospitalier Nouveau Village De Pédiatrie (NVDP), un Centre spécialisé dans la Prise en Charge des enfants de tout âge. Il dispose d'une unité de

néonatalogie bien équipé mais aussi des médecins spécialistes. Il reçoit environ 350 enfants par mois parmi lesquels, on compte des prématurés.

Type d'étude et patients : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec recueil rétrospectif des données d'enregistrement des nouveau-nés prématurés suivis au cours de la période allant du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2016 au Nouveau Village de Pédiatrie de Kisangani. La population de notre étude était constituée de 205 nouveau-nés suivis au Nouveau Village de Pédiatrie dont 23 ont constitué notre échantillon. Ont été inclus dans cette étude tous nouveau-nés prématurés admis au cours de la période de notre étude avec un dossier médical et tous nouveau-nés prématurés décédés à leur arrivée ou sans dossier médical étaient exclus.

Recueil des données : Les données ont été recueillies et transcrites dans des fiches préfabriquées identiques grâce à l'étude des dossiers médicaux de tous les nouveau-nés prématurés admis dans le service de néonatalogie. Les variables suivantes ont été étudiées : âge gestationnel, le sexe, poids à la naissance, aspects cliniques (signes vitaux), complications, type du lait utilisé, médicaments utilisés, durée d'hospitalisation et la modalité de sortie.

Analyse statistique : Pour l'analyse de données, nous avons eu recours au logiciel SPSS 20 en regroupant nos résultats sous forme de graphique et des tableaux et nous les avons interprétés au moyen du test de Khi Deux de Pearson au seuil de 5%.

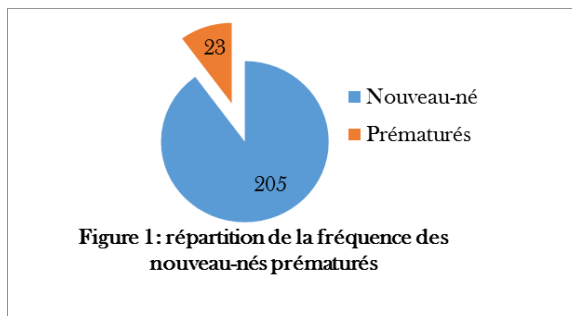
Définition opérationnelle : La prématurité est définie comme toute naissance avant la 37^{ème} semaine de gestation. L'âge gestationnel représente le nombre de semaines qui se sont écoulées depuis le premier jour des dernières règles jusqu'à la naissance du bébé (17).

L'objectif de ce travail a été donc celui de déterminer la fréquence, d'identifier les complications les plus fréquentes de la prématurité afin de décrire le profil thérapeutique de la prématurité à Kisangani.

RESULTATS ET DISCUSSION

De 205 nouveaux – nés admis au NVDP cours de la période de notre étude, nous avons retenu **23 cas** de prématurité, soit **11,2%**.

Figure I : Fréquence de la prématurité au NVDP



En analysant la figure I, nous constatons que la fréquence de la prématurité dans notre milieu est de 11,2%.

Données cliniques

Répartition des enquêtés selon le sexe, le poids à la naissance, la température corporelle et selon la fréquence cardiaque tous en fonction de l'âge gestationnel.

Le tableau I : Répartition des sujets d'étude selon le sexe, le poids à la naissance, la température corporelle et la fréquence cardiaque en fonction de l'âge gestationnel.

N°	Variables	Age gestationnel en semaine			Total %	P=value	
		22-27(%)	28-32(%)	33 -36(%)			
01	Sexe des enquêtés	Masculin (%)	(8,7%)	(8,7%)	(34,8%)	p=0,835	
		Féminin (%)	(13,0%)	(8,7%)	(26,1%)		
02	Poids à la naissance en gr	500 – 1000 (%)	(8,7%)	(4,3%)	(8,7%)	p=0,062	
		1001 – 1500 (%)	(8,7%)	(4,3%)	(8,7%)		
		1501 – 2000 (%)	(4,3%)	(8,7%)	(43,5%)		(56,5%)
03	Température corporelle en °C	< 34,5 (%)	(13,0%)	(4,3%)	(4,3%)	p=0,020	
		34,5 – 35,9 (%)	(4,3%)	(13,0%)	(34,8%)		(52,2%)
		36 – 37,5 (%)	(4,3%)	(0,0%)	(13,0%)		(17,4%)
		≥ 37,6 (%)	(0,0%)	(0,0%)	(8,7%)		(8,7%)
04	Fréquence cardiaque en B/min	< 120 (%)	(4,3%)	(4,3%)	(8,7%)	p=0,019	
		120 – 160 (%)	(13,0%)	(8,7%)	(39,1%)		(60,9%)
		161 – 180 (%)	(4,3%)	(4,3%)	(13,0%)		(21,7%)

Dans notre étude, 56,5% de sujets d'enquête ont un poids de naissance situé entre 1501 et 2000 grammes et les prématurés du sexe masculin sont prédominants (52,1%) sur le sexe féminin. Cette prédominance masculine rejoint approximativement celle faite à l'hôpital d'Aljazzar en Tunisie en 2003 (3) ; le rapport de l'One et BMDS de 2005 (18), en France rapportent une légère prédominance masculine. Ce même rapport en Belgique entre 2004 et 2005 mentionne une légère différence sexuelle de la prématurité en faveur du masculin (7,2% pour les garçons contre 6,5% pour les filles) (12). Par contre, d'autres études comme d'Atika Haimoud en 2007 au Maroc à Fès relève une prédominance féminine sur le sexe masculin. Nous n'avons pas une explication scientifique de la prédominance de l'un ou de l'autre sexe (4).

De ce qui est de l'âge gestationnel ; les données trouvées indiquent que 60,9% des prématurés ont l'âge gestationnel compris entre 33 et 36 SA. Ce résultat corrobore aux chiffres trouvés dans l'étude de MANDE G. et collaborateurs qui avaient noté la prédominance des prématurés de cette même tranche d'âge avec un taux de 51,2% sur 82 cas étudiés (11). Nous avons noté une différence statistiquement significative pour les variables suivantes : la température corporelle (p=0,020) et la fréquence cardiaque (p=0,019) et nous n'avons pas trouvé une différence statistiquement significative pour les variables ci – après : le sexe (p=0,835) ; le poids à la naissance (p=0,062).

Prise en charge

Lutte contre le refroidissement et alimentation

Distribution des sujets selon la température de la couveuse à l'admission, le type et quantité du lait bénéficié et selon le recours ou non à l'oxygénothérapie, en fonction de l'âge gestationnel.

Le tableau II présente les sujets d'étude selon la température de la couveuse à l'admission des enquêtés en degré Celsius, le type et quantité du lait utilisé et le recours à l'oxygénothérapie en fonction de l'âge gestationnel en semaine.

N°	Variables	Age gestationnel en semaine			Total (%)	P=value	
		22-27(%)	28-32(%)	33-36(%)			
01	T° de la couveuse en °C	< 33 (%)	(13,0%)	(8,7%)	(4,3%)	p=0,353	
		33 – 35 (%)	(4,3%)	(4,3%)	(13,0%)		
		> 35 (%)	(0,0%)	(4,3%)	(34,8%)		(39,1%)
		Non déterminée (%)	(4,3%)	(0,0%)	(8,7%)		(13,0%)
02	Type du lait utilisé	Lait maternel	(8,7%)	(13,0%)	(30,4%)	p=0,011	
		NANI	(13,0%)	(4,3%)	(26,1%)		(43,5%)
		Non déterminé	(0,0%)	(0,0%)	(4,3%)		(4,3%)
03	Quantité initiale du lait utilisée	< 3 ml	(4,3%)	(13,0%)	(30,4%)	p=0,200	
		5 ml	(13,0%)	(4,3%)	(17,4%)		(34,8%)
		10 ml	(4,3%)	(0,0%)	(13,0%)		(17,4%)
04	Recours à l'Oxygénothérapie	Oui	(13,0%)	(4,3%)	(13,0%)	p=0,061	
		Non	(8,7%)	(13,0%)	(47,8%)		(69,6%)

La mise à la couveuse des prématurés est systématique avec qu'une température de l'incubateur supérieur à 35°C dans 39,1% des cas. Les prématurés dont l'âge gestationnel est compris entre 36 et 36 semaines sont plus représentés. Ce qui signifierait que la majorité des prématurés répertoriée dans notre série ont la température de la naissance voisine de la normale. Contrairement à l'étude de JOY LAWN ET KATE KERBER à Ouagadougou au BURKINAFASO, qui rapporte que la majorité (jusqu'à 87,30 % des cas) de nouveau-nés prématurés étaient soumis à la température de l'incubateur supérieur à 33°C. (9).

Le prématuré doit être alimenté dès la deuxième heure qui suit sa naissance, selon son état clinique on peut utiliser la voie d'alimentation orale et/ou parentérale (7). Les données trouvées dans notre série indiquent que le lait maternel est utilisé dans 52,2% des cas le NAN 1 dans 43,5% des cas. Ces laits adaptés ont par la suite été associés puis remplacés par le lait maternel. Nos données rejoignent celles trouvées par d'autres auteurs ; Frederic Teurnier (8) et l'OMS (17) prônent que, le lait de la propre mère, est le meilleur lait pour le prématuré (2,17) et les laits spécifiques sont administrés en complément du lait maternel ou comme aliment unique si le lait maternel n'est pas disponible (7).

La quantité initiale de lait administré aux prématurés dépend d'une étude à l'autre. Dans notre série, la quantité initiale à donner à nos enquêtés était inférieur ou égal à 3ml (47,8%) et à 5ml (34,7%). Dans notre série, la ration journalière était fractionnée à 8 repas. Par contre, les études menées à Ouagadougou où l'on débute avec 50 - 60 ml/kg le 1er jour (J1) puis l'on augmente de 10 ml/jour jusqu'à atteindre 240 ml/Kg et dont la ration est répartie en 12 repas par jour (toutes les 2 heures) (9).

Dans nos milieux la méthode utilisée est l'oxygénation au concentrateur électrique d'oxygène et au masque type embu naso-buccal adapté aux nouveaux – nés. Dans notre série, 7 prématurés ont bénéficié d'une assistance respiratoire à leur entrée ou au cours de leur élevage. Parmi eux, 85,8% ont respectivement l'âge gestationnel compris entre 22 – 27 et 33 – 36 SA. Cette oxygénation a pour indications les détresses respiratoires (MMH), les arrêts cardiorespiratoires et les cyanoses. Les mêmes indications ont motivé l'usage d'oxygène à 85 prématurés immédiatement à leur admission dans la série de JOY LAWN ET KATE KERBER au BURKINAFASO (9). Pour les variables suivantes : la température de la couveuse (p=0,353) ; la quantité initiale du lait (p=0,200) et le recours à l'oxygénothérapie (p=0,061) nous avons noté une différence statistiquement significative par contre pour le type de lait (p=0,011) statistiquement il n'y a pas de différence significative.

Lutte contre l'infection

Répartition des cas selon les drogues (médicaments) reçues

Le tableau V présente les sujets selon les drogues reçues

N°	Variables	Composantes	Effectifs	Pourcentage
			23	
		Glucose à 10%	23	100
		Ampicilline	7	30,4
		Gentamycine	12	52
		Aminophylline	16	69
01	Drogues reçues			
		Claforan	8	34,7
		Ceftriaxone	13	56,5
		Amikacine	8	34,4
		Meropenem	4	17,3
		Vit K1	14	60
		Aucun	1	4,3

Le contrôle de l'infection est assuré par le respect des mesures d'hygiène et l'usage des antibiotiques (1). Les données trouvées dans ce travail révèlent que la gentamycine, la céftriaxone, le claforan et l'amikacine sont les antibiotiques fréquemment utilisés avec une perfusion glucosée systématique. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des nouveau-nés prématurés provenaient des centres hospitaliers où les conditions d'asepsie ne sont pas réunies avec un transfert non médicalisé (sécurisé) ; par ailleurs, ceci pourrait aussi s'expliquer par l'immaturité immunitaire des nouveau-nés prématurés. L'usage systématique de certains antibiotiques constitue une particularité dans notre étude, cette pratique n'est pas usuelle pour la prise en charge des prématurés effectué à Ouagadougou où l'antibiothérapie était sélective (79% des cas) (3).

Comorbidité en fonction de l'âge gestationnel

Répartition des enquêtés selon la comorbidité au cours de leur élevage à la couveuse.

Tableau VIII présente la comorbidité au cours d'élevage des prématurés en fonction de l'âge gestationnel des enquêtés.

		Age gestationnel en semaine			Total (%)	P=value
		22-27(%)	28-32(%)	33-36 (%)		
Association morbide au cours de l'élevage	Anémie (%)	(4,3%)	(4,3%)	(13,0%)	(21,6%)	p=0,523
	Apnée (%)	(4,3%)	(8,7%)	(4,3%)	(17,4%)	
	Pneumonie (%)	(4,3%)	(0,0%)	(8,7%)	(13,0%)	
	Sepsis (%)	(8,7%)	(4,3%)	(4,3%)	(17,4%)	
	Paludisme (%)	(0,0%)	(0,0%)	(4,3%)	(4,3%)	
	Hypothermie (%)	(0,0%)	(0,0%)	(4,3%)	(4,3%)	
	INNP (%)	(0,0%)	(0,0%)	(8,7%)	(8,7%)	
	MMH (%)	(0,0%)	(0,0%)	(4,3%)	(4,3%)	
	Aucune (%)	(0,0%)	(0,0%)	(8,7%)	(8,7%)	

La lecture de ce tableau indique que la plupart des prématurés ont présenté l'anémie, le sepsis et les apnées, avec une différence statistiquement non significative (p=0,523).

Durée d'hospitalisation

Distribution des cas selon le séjour et la modalité de sortie à la couveuse.

Tableau VI reprend la durée d'hospitalisation et la modalité de sortie des prématurés en fonction de l'âge gestationnel.

		Age gestationnel en semaine			Total (%)	P=value
		22-27 (%)	28-32 (%)	33-36 (%)		
Durée d'hospitalisation en jour	Moins de 10 (%)	(21,7%)	(4,3%)	(21,7%)	(47,8%)	p=0,032
	11 – 20 (%)	(0,0%)	(4,3%)	(26,1%)	(30,4%)	
	21 – 30 (%)	(0,0%)	(4,4%)	(8,7%)	(13,1%)	
	31 – 40 (%)	(0,0%)	(4,3%)	(4,3%)	(8,7%)	
Modalité de sortie	Réussite	(0,0%)	(17,4%)	(30,4%)	(47,8%)	p=0,200
	Décédés (%)	(21,7%)	(0,0%)	(13,0%)	(34,8%)	
	Sur demande (%)	(0,0%)	(0,0%)	(17,4%)	(17,4%)	

		Age gestationnel en semaine			Total (%)	P=value
		22-27(%)	28-32(%)	33-36(%)		
Durée d'hospitalisation en jour	Moins de 10 (%)					p=0,032
	11 – 20 (%)	(0,0%)	(4,3%)	(26,1%)	(30,4%)	
	21 – 30 (%)	(0,0%)	(4,4%)	(8,7%)	(13,1%)	
	31 - 40 (%)	(0,0%)	(4,3%)	(4,3%)	(8,7%)	
Modalité de sortie	Réussite (%)					p=0,200
		(0,0%)				

La lecture du tableau VI indique que 47,8% d'enquêtés ont passé moins de 10 jours d'hospitalisation au NVDP tandis que 8,7% seulement ont fait plus de 31 jours d'hospitalisation. Nous pensons que l'amélioration du plateau médical plaide en faveur de la meilleure prise en charge de prématurés au NVDP à Kisangani. Le résultat obtenu dans notre étude indique que le taux global de la réussite d'élevage est de 47,8% contre 34,8% des cas de décès. Ces résultats se rapprochent de ceux trouvés par certains auteurs ; KATENG et coll. en 2012 aux Cliniques universitaires de Lubumbashi ont trouvé (36,9%) (13), AMRI F. en 2004 au centre de l'Unité de néonatalogie de Fès au Maroc (41%), DAINGUY M.E. et coll. au Mali (37,27%) (6). Par contre, le taux de mortalité trouvé dans notre série est supérieur à celui trouvé par MANDE et coll. dans le service de néonatalogie des CUKIS 28% pour 82 cas étudiés (11). Statistiquement aucune différence n'est observée pour la modalité de sortie (p=0,200) tandis que pour la durée d'hospitalisation (p=0,032) on note une différence statistiquement significative.

CONCLUSION

Malgré l'amélioration du plateau médical, la prise en charge des nouveau-nés prématurés au Nouveau Village de Pédiatrie demeure encore inquiétante car le taux de la mortalité est encore important, 34,8% de cas de décès sur les 23 nouveaux – nés prématurés suivi du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2016.

Sur l'ensemble des résultats : La fréquence de la prématurité est de 23 cas soit 11,2% sur 205 nouveau-nés admis au NVDP durant la période de notre étude, le sexe masculin est prédominant sur le féminin soit 52,1% contre 47,9% ; l'âge gestationnel compris entre 33 et 36SA est majoritaire dans 61% des prématurés ; le poids de naissance situé entre 1501 et 2000 grammes est fréquemment observé soit 56,6% des enquêtés et les complications fréquemment rencontrées dans notre étude sont l'anémie, le sepsis et les apnées.

Le sérum glucosé 10% était administré systématiquement chez tous les nouveaux – nés prématurés admis au NVDP, l'aminophylline, le Ceftriaxone et la Vitamine K1 font partie des médicaments le plus utilisés, 30,4% des prématurés ont bénéficié d'assistance respiratoire et le taux global de la réussite d'élevage est de 47,8%.

A l'issu des résultats obtenus ; nous recommandons :

Aux autorités politico-administratives : l'amélioration du niveau de vie de la population ; la création de plusieurs centres d'accueil pour les prématurés ; l'assurance de la permanence de fourniture en courant électrique et la motivation des personnels soignants.

Aux personnels soignants : l'observation scrupuleuse de la règle d'or de la prise en charge des prématurés et le remplissage correct des fiches et dossiers des patients.

LISTE DES ABREVIATIONS

NVDP : nouveau village de pédiatrie ;
INNP : infections néonatales précoces ;
MMH : maladies à membrane hyaline ;
OMS : organisation mondiale de la santé.

CONFLITS D'INTERET :

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTION DES AUTEURS :

- 1) AMOSI KIKWATA G.H : Contribution substantielle à la conception, à la configuration, à l'acquisition des données, à l'analyse et à l'interprétation des données ;
- 2) ABEDI NDEMBE J. : Contribution substantielle à l'acquisition des données, à l'analyse et à l'interprétation des données ;
- 3) GEANDJAWALALA M. : Contribution substantielle à l'analyse et à l'interprétation des données ;
- 4) IUNGBI SINGA A. : Contribution substantielle à l'analyse et à l'interprétation des données ;
- 5) NGANGA MAKOYI F. : Contribution à la révision de la version finale du manuscrit ;
- 6) TEBANDITE KASAI E. : Contribution à la révision de la version finale du manuscrit.

INFORMATION SUR LES AUTEURS :

- AKGH : Médecin, Assistant au département de Gynéco - Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire Libre de Kisangani, Chef de Services Académiques à l'Université Libre de Kisangani et Médecin Traitant à la Polyclinique ART et au Pavillon Militaire de Kisangani ;
- ANJ : Chef de Travaux, Médecin traitant à l'HGR-Lubunga, Secrétaire de département de la Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire Libre de Kisangani, Université Libre de Kisangani et collaborateur extérieur à l'Université du Cepromad ;
- GWM : Médecin et Assistante au département de pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire Libre de Kisangani de l'Université Libre de Kisangani, Médecin Traitant à l'HGR-Kabondo et à la Polyclinique du Millénaire ;
- ISA : Médecin et Président du conseil d'administration de l'Université Libre de Kisangani ;
- NMF : Médecin Spécialiste en réanimation aux Cliniques Universitaires de Kinshasa ;
- TKE : Chef de Travaux, Médecin et Spécialiste au département de pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kisangani.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALWORONG'A O. ; Néonatalogie, cours/Inédit, Institut supérieur des techniques médicales de Kisangani, 2016 ;
2. Amandine E., Christophel, Célia Fumani, *la prise en charge des prématurés à Genève*, Genève, 2010 ;
3. Amri F., R. Fatnassi, S. Negra, S. Khammari, *Prise en charge du nouveau-né prématuré*. Service de pédiatrie, hôpital régional Ibn El Jazzar, 3100 Kairouan, Tunisie.2004 ;
4. Atika Haimoud ; Aujourd'hui le Maroc : Bébés prématurés, un drame marocain. 22-7-2007 ;
5. Cisse C.A.T, Tall- Diaw C, Sow S, Bnounhoud M, Dina G, Martin SL, Diaddhiou F. *Accouchement prématuré, Epidémiologie et pronostic au CHU*. J Gynéco obstet biol Reprod, 2003 ; 77 : 793-795 ;
6. DAINGUY M.E., FOLQUET A. M, AKAFFOU E., SYLLA M., KOUADIO E., KOUAKOU C., HOUENOU Y., *suivi ambulatoire du prématuré la première année de vie au service de pédiatrie du CHU de cocody* (Abidjan – cote d'ivoire) in mali médical, 2008 ;
7. EL HARIM L. ; MDOUAR El ; LAMDOUAR -BOUAZZAOUI N *Alimentation du prématuré : Service de Néonatalogie. Hôpital d'enfants. CHU de Rabat Salé, MAROC*. 2001, vol. 8, no75, pp. 395-402 ;
8. FredericTeurnier, *Causes de la mortalité infantile dans le monde : enfants de 0 à 5 ans*, CHERG (Child health epidemiology reference group), London, 2010 disponible sur www.lesjta.com;
9. JOY LAWN ET KATE KERBER, *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Données pratiques, soutien sur le plan politiques et programmes pour les soins du nouveau-né en Afrique.*, eds. PMNCH, CapeTown, 2006. Disponiblesurwww.pmnch.org;
10. Kanteng A Wakamb MD; NyengaMuganza Adonis MD; LubalaKasole Toni MD, MMed; LuboyaNumbi Oscar MD, MMed1, MPH, PhD, *Mortalité à L'unité de Néonatalogie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi* in Revue Médicale de Grands Lacs - eISSN : 2304-0173, RDC, 2012 ;
11. MANDE BUKAKA G., FALAY SADIKI D., MUYOBELA KAMPUNZU V., TEBANDITE KASAI E, MOPEPE GWENDIZA J., BATOKO LIKELE B., ALWORONG'A OPARA, NGBONDA DAULY N., *Evaluation de la prise en charge des prématurés aux Cliniques Universitaires de Kisangani*, RDC, KisMed Décembre 2014, Vol 5(2) :73-76 ;

12. Marion Leuger, *la prise en charge précoce du grand prématuré au sein du réseau de soins P'TITMIP*, Mémoire/thèse en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité, UNIVERSITÉ PAUL SABATIER Faculté de médecine Toulouse-Rangueil, Institut de Formation en Psychomotricité, Juin 2008 ;
13. Mukwala TI, Tozin RR, Lusanga CN et Akilimali PZ, déterminants de la mortalité périnatale du prématuré ne aux cliniques universitaires de Kinshasa in mali médical 2014 tome xxix n°4 ;
14. Nations unies. Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2007. New York : Nations unies ; 2007 ;
15. OMS ; Aide-mémoire sur la prématurité, in Who, Numéro 363, novembre 2016 ;
16. Prématurité dans le monde disponible sur <http://www.WHO.org/fr -apps/ prématurité- dans- lemonde.html> consulté le 4 janvier 2017 à 12heures ;
17. Prématurité-naissance disponible sur <http://www.WHO.org/ fr-apps/ prématurité-naissance.html> consulté le 4 janvier 2017 à 12heures ;
18. Rapport Banque de Données Médico-sociales (BDMS) 2005-2006 de l'ONE (L'Office de la naissance et de l'enfance). Dossier spécial : La prématurité. Disponible sur http://www.one.be/PUB/RAPBDMS0506/RA_BDMS_partie2.pdf ;
19. Rapport Banque de Données Médico-sociales (BDMS) 2005-2006 de l'ONE (L'Office de la naissance et de l'enfance). Dossier spécial : La prématurité. Disponible sur http://www.one.be/PUB/RAPBDMS0506/RA_BDMS_partie2.pdf.