

Segbedji Kokou Agbékogni René
Kombieni Kadji
 N'sougan Akossiwa Cyntia Do Flora
 Talbousouma Sollim Myriam
 Kanti Abla Rosine
 Tchagbele Ouro-Bagna
 Dossou Fidèle Comlan
 Azoumah Komi Deladem



Fievre néonatale en pédiatrie au niveau des centres hospitaliers universitaire et régional de Kara au Togo

<https://dx.doi.org/10.4314/jan.v4i2.1>

Received: 21st January 2026

Accepted: 9th April 2026

Segbedji Kokou Agbékogni René (✉)
 Kombieni Kadji,
 N'sougan Akossiwa Cyntia Do
 Flora,
 Talbousouma Sollim Myriam,
 Kanti Abla Rosine,
 Tchagbele Ouro-Bagna,
 Dossou Fidèle Comlan,
 Azoumah Komi Deladem
 Equipe de recherche en santé de
 l'enfant, Département de Pédiatrie,
 Faculté des Sciences de la santé de
 l'Université de Kara
 Email: skarskar2003@gmail.com

Abstract: *Introduction:* Neonatal fever is a common and concerning clinical condition, posing diagnostic and prognostic challenges. The objective of this study was to investigate the epidemiological, diagnostic, therapeutic, and outcome-related aspects of fever in newborns admitted to hospitals in Kara.

Patients and Methods: This was a descriptive and analytical cross-sectional study of neonatal fever conducted at the University Hospital Center and the Regional Hospital Center of Kara from February 1 to April 30, 2024. We included all neonates admitted to the neonatal unit with an axillary temperature $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$, hospitalized for at least 24 hours, and who underwent at least one complete blood count and/or C-reactive protein (CRP) assay.

Results: The incidence of neonatal fever was 35.8% (153/427), with a mean age of 1.8 ± 2.6 days and a sex ratio of 1.2. Newborns were born from poorly monitored pregnancies in 18.3% of cases and to paucigravida mothers in 39.7%. Maternal history included positive hepatitis B surface antigen (HBsAg) in 14.1%, acute genital infection in 8.5%, malaria in 8%, severe preeclampsia in 5.2%, and maternal fever in 2%. Birth occurred in-hospital in 67.9% of cases, was vaginal in 78.4%, preterm in 16.3%, with neonatal asphyxia in 12.4%, and meconium-stained amniotic fluid in 26.2%. The main associated clinical signs were respiratory (26.7%) and neurological (13.7%). Dehydration was present in 13.1% of cases. A diagnosis of probable neonatal bacterial infection was retained in 81.7% of cases, with positive C-

reactive protein in 18.4%. Other causes of fever included dehydration and malaria. Empirical dual antibiotic therapy was initiated in 77.8% of cases. The case fatality rate was 4.6%. A significant correlation was found between age at admission and mortality ($p = 0.01$).

Conclusion: The causes of neonatal fever are diverse and require optimization of therapeutic decision-making, as well as strengthening of technical facilities and healthcare provider capacities.

Keywords: Fever; Newborn; Neonatal infection; Togo.

Résumé

Introduction: La fièvre néonatale est une situation fréquente et pré-occupante, posant un problème diagnostique et pronostique. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif de la fièvre chez les nouveau-nés admis dans les hôpitaux de Kara.

Patients et méthodes: Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique de la fièvre néonatale au Centre Hospitalier Universitaire et au Centre Hospitalier Régional de Kara du 1^{er} février au 30 avril 2024. Nous avons inclus tous les nouveau-nés admis en néonatalogie ayant eu une température axillaire supérieure ou égale à $37,5^{\circ}\text{C}$, hospitalisés durant au moins 24 heures et ayant réalisé au moins un hémogramme et ou un dosage de protéine C-réactive (CRP).

Résultats: L'incidence de la fièvre néonatale était de 35,8 %

(153/427) avec un âge moyen de $1,8 \pm 2,6$ jours et un sex-ratio de 1,2. Les nouveau-nés étaient issus d'une grossesse mal suivie dans 18,3 % de cas, de mères paucigeste (39,7 %), avec une notion d'AgH-B positif (14,1 %), d'infection génitales aiguë (8,5 %), de paludisme (8 %), de prééclampsie sévère (5,2 %) et de fièvre maternelle (2 %). La naissance était inborn dans 67,9 %, par voie basse dans 78,4 %, prématurée dans 16,3 %, avec existence d'asphyxie néonatale dans

12,4 %, et de liquide amniotique méconial dans 26,2 %. Les principaux signes associés étaient d'ordre respiratoire (26,7 %) et neurologiques (13,7 %). Une déshydratation existait dans 13,1 % des cas. Le diagnostic d'une infection néonatale bactérienne probable était retenu (81,7 %) avec une protéine C-réactive positive (18,4 %). Les autres causes de la fièvre étaient la déshydratation et le paludisme. Une biantibiothérapie probabiliste a été instaurée dans 77,8 % cas. Le

taux de létalité était de 4,6 %. Il y avait une corrélation entre l'âge des nouveau-nés à l'admission et le décès ($p=0,01$).

Conclusion: les causes de la fièvre néonatale sont diverses nécessitant une réorientation des décisions thérapeutiques et un renforcement du plateau techniques et des compétences des prestataires de soins.

Mots clés: Fièvre, nouveau-né, infection néonatale, Togo.

Introduction

La fièvre désigne classiquement une température corporelle supérieure ou égale à $37,5^{\circ}\text{C}$ le matin ou $37,8^{\circ}\text{C}$ le soir¹. La fièvre chez le nouveau-né est un signe d'alerte majeur et ne doit jamais être considérée comme un symptôme banal^{1,2}. Elle pose au praticien un problème de diagnostic étiologique et de prise en charge. La conduite thérapeutique est également variable s'inscrivant très souvent dans le cadre d'une urgence³. Il est indispensable d'exclure le plus vite possible une infection virale et bactérienne invasive, car cette dernière peut se manifester de façon peu bruyante, mais être rapidement fatale. Bien que la fièvre soit alarmante en période néonatale, elle demeure peu étudiée malgré ses diverses causes surtout les infections⁴. Au Togo, aucune étude n'a pas encore été menée de manière spécifique sur la fièvre néonatale à notre connaissance. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de la fièvre chez les nouveau-nés admis au Centre Hospitalier Universitaire de Kara (CHU Kara) et au Centre Hospitalier Régional de Kara (CHR Kara).

Patients et méthodes

La présente étude s'était déroulée dans les unités de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire de Kara (CHU-Kara) et du Centre Hospitalier Régional de Kara (CHR Kara) en tant que centres de références en matière de soins pédiatriques et néonataux au nord Togo. Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive et analytique portant sur le profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif de la fièvre néonatale du 1^{er} février 2024 au 30 avril 2024 soit une période de trois mois. L'étude avait concerné tous les nouveau-nés hospitalisés ayant eu une fièvre à l'admission ou un antécédent de fièvre ou ayant développé une fièvre pendant l'hospitalisation au CHU Kara ou CHR Kara au cours de la période d'étude. Tout nouveau-né admis en service de pédiatrie ayant eu une fièvre (température axillaire supérieure à $37,5^{\circ}\text{C}$); hospitalisé durant au moins 24 heures; ayant réalisé au moins un hémogramme ou la numération formule sanguine (NFS) et un dosage de protéine C-

réactive (CRP) a été inclus. Nous n'avions pas inclus dans cette étude les nouveau-nés présentant une malformation. L'échantillonnage était exhaustif à travers la sélection de tous les patients répondant aux critères d'inclusion. Nous avons collecté les données à partir d'une fiche d'enquête préétablie, du dossier médical et du registre d'hospitalisation. Les variables étudiées étaient sociodémographiques (âge, sexe, résidence, distance par rapport au centre), anamnétiques (antécédents obstétricaux tels que gestité, parité, incidents durant la grossesse et périnataux tels que lieu de naissance, voie d'accouchement, aspect du liquide amniotique, score d'Apgar, poids à la naissance, mode d'alimentation), cliniques (motifs de consultation, signes fonctionnels, signes généraux et signes physiques), paracliniques (sérologie rétrovirale du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) de la mère, sérologie du virus de l'hépatite B (AgHbs) de la mère, sérologie syphilitique de la mère, hémogramme, protéine C-réactive, goutte épaisse avec frottis mince du nouveau-né) et thérapeutiques (traitement médicamenteux). Les données ont été saisies à l'aide des logiciels Microsoft Word 2016, Microsoft Excel 2016. Le logiciel Epi-info version 7.2.6.0 nous avait permis l'analyse des données, avec un seuil de significativité de $p < 0,05$. La collecte de données a été faite dans l'anonymat. La confidentialité des résultats a été respectée. Le consentement éclairé des parents ou accompagnants a été obtenu verbalement. Préalablement, nous avons obtenu l'autorisation de la direction du CHU Kara et celle du CHR Kara pour mener la présente étude.

Résultats

Incidence globale de fièvre néonatale

Nous avons colligé 153 nouveau-nés ayant eu une fièvre néonatale au CHU Kara et au CHR Kara sur un total de 427 nouveau-nés soit une incidence hospitalière globale de 35,8%.

Caractéristiques sociodémographiques des parents

L'âge moyen des 153 mères était de $25,3 \pm 6,5$ ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans. Les mères étaient des mé

ménagères dans 62 cas (40,5%) et avaient leurs résidences à plus de 15 kilomètres (km) des centres de santé. La résidence était située entre 10 et 15 km dans 19 cas (12,4%), entre 5 et 10 km dans 24 cas (15,7%), et à moins de 5 km dans 40 cas (26,1%).

Antécédents

La gestité moyenne a été de $2,4 \pm 1,5$. Les mères étaient des primigestes (59 cas ; 38,6%), paucigestes (61 cas ; 39,9%) et des multigestes (33 cas ; 21,5%). La parité moyenne a été de $2,1 \pm 1,3$ avec des extrêmes de 1 et 8 gestes. Les mères étaient des primipares, paucipares et multipares respectivement dans 67 cas (43,8%), 63 cas (41,2%), et 23 cas (15%). La grossesse a été bien suivie dans 125 cas (81,7 %). Au cours de la grossesse, par les différentes sérologiques effectuées, certaines mères ont été révélées porteuses du virus de l'hépatite B (13 cas ; 14,1%), de l'immunodéficience humaine (4 cas ; 4,5%), du virus de la syphilis (3 cas ; 3,6%), et de la toxoplasmose (1 cas ; 2,2%). Les incidents au cours de la grossesse étaient retrouvés dans 47 cas. Les principaux incidents étaient la prééclampsie sévères (8 cas ; 5,1%), le paludisme (12 cas ; 7,8%), l'infection génitale (vaginite, cervicite, chorioamnionite) (15 cas ; 9,8%), l'hypertension artérielle gravidique (3 cas ; 2%), la fièvre maternelle durant l'accouchement (3 cas ; 2%). L'accouchement avait eu lieu à domicile dans 5 cas (3,3%). L'accouchement était fait par la voie basse dans 120 cas (78,4%). Le liquide amniotique était méconial au cours de l'accouchement de 30 nouveau-nés (19,6 %) et purée de pois dans 5 cas (3,3 %). Les différentes complications rencontrées au cours de l'accouchement étaient la rupture prématurée des membranes dans 17 cas (11,1 %) et l'asphyxie fœtale dans 19 cas (12,4 %).

Sexe et âge des nouveau-nés

L'âge moyen des nouveau-nés était de $1,8 \pm 2,6$ jours, avec des extrêmes de zéro et 19 jours. Cent-douze nouveau-nés (73,2%) étaient admis durant les 72 premières heures post-natales dont 62 (55,4%) les 24 premières heures. L'étude a concerné 82 nouveau-nés de sexe masculin (53,6 %) et 71 nouveau-nés de sexe féminin (46,4 %) soit un sex-ratio de 1,2.

Fièvre à l'admission des nouveau-nés

De façon globale, 124 nouveau-nés (81%) avaient présenté une fièvre à l'admission. La température à l'admission était comprise entre $37,5^\circ\text{C}$ et 38°C chez 24 nouveau-nés (15,7%) ; entre 38°C et 40°C chez 92 nouveau-nés (60,1 %) ; et supérieure à 40°C chez huit nouveau-nés (5,2 %). Chez 29 nouveau-nés, la fièvre n'était pas présente à l'admission mais en cours d'hospitalisation avec une température comprise entre 38°C et 40°C . La fièvre isolée était retrouvée chez 93 nouveau-nés. La fièvre était associée à un refus de téter (10,5 %), à une prématurité (9,2%), à un ictère (9,2%), à des difficultés respiratoires (6,5%), à des pleurs incessants (5,2%), et à des crises convulsives (2%). La notion de sensation de

corps chaud et d'antécédent de fièvre était retrouvée dans respectivement un (0,7%) et trois (2%) cas. Les signes retrouvés à l'examen étaient d'ordre neurologique, respiratoire, général (déshydratation), et cutanéomuqueux (tableau 1).

Tableau 1: répartition des nouveau-nés selon les différents signes cliniques associés à la fièvre

	Effectif	Pourcentage
<i>Signes respiratoires</i>		
Polypnée	29	19,0
Bradypnée	4	2,6
Cyanose	8	5,2
<i>Signes neurologiques</i>		
Altération des réflexes	21	13,7
Hypotonie	8	5,2
Hypertonie	1	0,7
Crises convulsives	4	2,6
<i>Signes cutanéomuqueux</i>		
Pâleur	6	3,9
Ictère	19	12,4
Pustules	1	0,7
Vésicules	1	0,7
Omphalite	1	0,7
Signes de déshydratation	20	13,0

Données paracliniques

L'hémogramme, la protéine C-réactive, la goutte épaisse avec frottis mince avaient été réalisés respectivement dans 140 (91,5%) ; 128 (83,7%) et 24 (15,7%) cas. Une hyperleucocytose était présente chez 5 nouveau-nés (3,6%) et une leucopénie chez 37 nouveau-nés (26,4%). Une neutropénie était présente chez 40 nouveau-nés (28,6%). Une thrombopénie a été retrouvée dans 18 cas (12,9%). La protéine C-réactive était positive (supérieure à 12 mg/l) dans 23 cas (18 %). La goutte épaisse avec frottis mince a permis d'isoler le *Plasmodium falciparum* dans 4 cas (16,7%).

Données diagnostiques

Le diagnostic d'infection néonatale était présomptif et basé sur les facteurs de risque infectieux, les signes cliniques et les anomalies de la NFS et /ou de la CRP. Le diagnostic étiologique était une infection néonatale bactérienne probable sur la base des signes cliniques et de la positivité de la CRP dans 23 cas (18%), une hyperthermie de déshydratation dans 20 cas (13,1%), et un paludisme congénital dans quatre cas (2,6%). Dans 106 cas (69,3%), nous n'avons pas pu déterminer la cause probable de la fièvre. Les nouveau-nés avaient une asphyxie périnatale (20 cas ; 13,1%), une prématurité (8 cas ; 5,2 %), un ictère (4 cas ; 2,6%), et une occlusion intestinale (2 cas ; 1,3%).

Données thérapeutiques

Dix-neuf nouveau-nés (12,4 %) ont bénéficié de mesures de libération des voies aériennes supérieures et chez

15 nouveau-nés (9,8 %), l'oxygénothérapie a été réalisée. L'utilisation du paracétamol comme antipyrétique était faite chez 55 nouveau-nés soit 35,9% des cas et la bi-antibiothérapie était instaurée chez 119 nouveau-nés soit 77,8%. L'association céfotaxime et gentamycine a été employée dans 79,1 % des cas, et l'association ceftriaxone et gentamycine dans 4,7 % des cas.

Données évolutives

La fièvre avait régressé en moyenne au bout de 3,3 ± 1,81 jours, avec des extrêmes de 1 et 10 jours. Selon l'aspect des courbes de température, la fièvre était oscillante (25 cas ; 16,3%), rémittente (22 cas ; 14,4%), et en plateau (2 cas ; 1,3%). Le mode de sortie des nouveau-nés a été une libération après guérison (113 cas ; 73,8%), une sortie sur demande des parents (22 cas ; 14,4%), une évasion ou fugue (11 cas ; 7,2%), et un décès par infection néonatale dans sept cas soit un taux de létalité de 4,6%.

L'étude de corrélation a permis de retrouver l'existence d'une association significative entre le décès et certaines données cliniques (température à l'admission, bradypnée ou polypnée, cyanose, altération des réflexes, hypotonie, et ictère) (tableau 2).

Tableau 2: Corrélation entre l'évolution et les données cliniques

	Décès n (%)	Survie n (%)	p
Température à l'admission			0,05
< 37,5°C	0 (0)	29 (100)	
[37,5°C-38°C [3 (12,5)	21 (87,5)	
[38°C-40°C [4 (4,4)	88 (95,6)	
> 40°C	0 (0)	8 (100)	
Anomalie de la fréquence respiratoire (polypnée ou bradypnée)			0,0001
Oui	5 (15,2)	28(84,8)	
Non	2 (1,7)	118 (98,3)	
Cyanose			0,0001
Oui	3 (37,5)	5 (62,5)	
Non	4 (2,8)	141 (97,2)	
Altération des réflexes			0,0000
Oui	6 (28,6)	15 (71,4)	
Non	1 (0,8)	131 (99,2)	
Ictère			0,0008
Oui	3 (15,8)	16 (84,2)	
Non	4 (2,9)	130 (97,1)	

Discussion

Concernant les limites méthodologiques, tous les nouveau-nés n'avaient pas effectué la NFS et la CRP. L'hémoculture n'a pu être réalisée chez aucun patient à cause du plateau technique insuffisant, ce qui nous a limité dans le diagnostic étiologique de certitude avec isolement de germes dans les cas d'infection materno-fœtales.

Incidence hospitalière de la fièvre néonatale

Pendant la période d'étude de 03 mois, nous avons noté une incidence globale de la fièvre néonatale de 35,8% dans les centres hospitaliers de Kara. Ce résultat est nettement supérieur à celui d'autres auteurs en Afrique qui ont rapporté des incidences variant de 5,6% à 15,1%⁵⁻⁷.

Age et sexe des nouveau-nés

Le sexe masculin a été le plus représenté chez 53,6% des nouveau-nés, le sexe féminin avait une fréquence de 46,4% avec une sex-ratio de^{1,2}. La prédominance masculine en matière de morbidité néonatale est rapportée par plusieurs auteurs⁵. Cette prédominance masculine constatée par la plupart des auteurs pourrait être expliquée par le fait que le système immunitaire des garçons à la naissance peut être moins mature à la naissance que celui des filles, ce qui les rendrait plus vulnérables aux infections qui peuvent entraîner la survenue de la fièvre néonatale¹¹⁻¹².

Les nouveau-nés étaient admis en néonatalogie dans les 72 premières heures de vie extra-utérine dans notre étude dans 73,4% des cas comme rapporté par d'autres auteurs¹³⁻¹⁴. Contrairement à nos résultats, la majorité des nouveau-nés avaient à l'admission un âge supérieur à trois jours dans certaines études¹⁵. L'âge à l'admission chez le nouveau-né fébrile serait lié essentiellement à la cause

Dans notre étude, il existait une corrélation entre le paludisme congénital comme diagnostic retenu et la tranche d'âge du nouveau-né, plus précisément les nouveau-nés âgés de 7 jours de vie à 28 jours de vie ont eu une fréquence élevée de paludisme congénital (25,0%). De ses résultats on peut en déduire qu'une fièvre néonatale survenant chez un nouveau-né âgé de moins de trois jours de vie doit plus faire suspecter une cause infectieuse bactérienne et une fièvre survenant chez un nouveau-né d'âge supérieur à 7 jours de vie ne doit pas faire écarter un paludisme¹⁶⁻¹⁷.

Suivi de la grossesse et facteur de risque infectieux

La grossesse a été mal suivie dans 24 cas (15,7%) avec une absence de contact prénatal dans quatre cas (2,6%). Ce résultat est inférieur à ceux de Oulai et al.⁷ qui ont enregistré 50% des cas où la grossesse n'a fait l'objet d'aucune visite prénatale ou tout au plus une ou deux visites. Les contacts prénataux insuffisants restent un problème majeur dans le suivi des grossesses dans les pays à ressources limitées. En effet, Segbedji et al, avaient relevé dans le service au CHU-Kara une faible réalisation des CPN où seuls 12,2% des femmes avaient effectué au moins 4 CPN¹⁸. Dans notre étude, treize mères étaient porteuses du virus de l'hépatite B ; quatre mères étaient porteuses du virus de l'immunodéficiência humaine ; trois mères étaient porteuses du virus de la syphilis et une mère porteuse du virus de la toxoplasmose. Dans notre étude, la recherche d'hépatite B n'avait pas été faite

chez les nouveau-nés des treize mères porteuses du virus de l'hépatite B pour confirmation d'infection par le virus de l'hépatite B¹⁹. La recherche de la syphilis n'avait pas pu être faite chez les nouveau-nés dont les mères étaient porteuses du virus. La syphilis congénitale est une infection causée par la bactérie spirochète *Treponema pallidum*. Elle est transmise généralement pendant la grossesse, par sa mère infectée, bien que la transmission puisse également avoir lieu par contact avec des lésions génitales syphilitiques à l'accouchement. La recherche des IgM chez le nouveau-né, lorsqu'elle est positive, permet de faire la distinction entre passage passif d'anticorps maternels (IgG) et synthèse active d'IgM par le nouveau-né. Cependant une recherche des IgM négative à la naissance n'exclut pas le diagnostic de syphilis congénitale car la mère a pu être contaminée tardivement au cours de la grossesse. D'où l'intérêt du dépistage systématique du virus chez la femme enceinte²⁰.

Les nouveau-nés étaient accouchés dans les autres centres de santé reconnus avant d'être admis au centre de prise en charge dans 44% des cas. L'accouchement était à domicile dans 3,3% des accouchements (soit chez 5 mères) ; il n'y avait pas de corrélation entre les étiologies de la fièvre, le lieu et la voie d'accouchement. Ce résultat est inférieur à ceux de Oulai et al.² qui ont enregistré dans leur étude 11,4% d'accouchement à domicile. Ces résultats sont dus à la problématique de l'accouchement à domicile qui demeure difficile à expliquer malgré les efforts des différents États de rapprocher les services de santé des populations. L'accouchement à domicile est un accouchement septique et constitue un facteur de risque d'infection et de décès du nouveau-né¹⁸.

Le liquide amniotique était teinté dans 26,2% de cas, respectivement méconial dans 22,4% de cas et en purée de pois dans 3,7% de cas. Ce résultat confirme le fait que le liquide amniotique méconial représente un risque d'infection néonatale qui entraîne la survenue d'une fièvre²¹. Dans notre étude, l'asphyxie fœtale était présente dans 12,4% de cas. L'inhalation du liquide amniotique méconial est la principale cause de l'asphyxie fœtale ; cette inhalation peut se produire au cours du travail, soit in utero lors de mouvements respiratoires ou gags, soit lors des premières inspirations suivant la naissance, en particulier chez les nouveau-nés non vigoureux, hypotoniques et hyperactifs²².

Dans notre étude, la rupture prématurée des membranes était présente dans 11,1% de cas. Oulai et al.² ont retrouvé dans leur étude des incidents comme les infections génito-urinaires dans 34,55%, la rupture prématurée des membranes dans 23,6% et la fièvre maternelle dans 18,2 % de cas. Les incidents au cours du travail d'accouchement peuvent être source d'infection néonatale pouvant engendrer de la fièvre néonatale.

Motifs de consultation

Al'admission, la détresse respiratoire était retrouvée chez 6,5% des nouveau-nés. Cette fréquence de la détresse respiratoire dans notre étude s'explique par l'exis-

tence d'asphyxie fœtale comme incident survenue dans 12,4% des grossesses. La prématurité était présente dans 3,6% des cas dans notre étude, confirmant qu'en cas de prématurité on observe moins fréquemment une fièvre car le prématuré engendre plus une hypothermie qu'une fièvre. Les crises convulsives étaient retrouvées chez 2 % des nouveau-nés. La présence des crises convulsives est un signe d'atteinte neurologique qui peut être due probablement à une infection néonatale ou dans de rares cas à des convulsions hyperpyrétiques.

Données physiques

Les signes respiratoires (cyanose, polypnée, bradypnée) et les signes neurologiques surtout l'altération des réflexes étaient les plus retrouvés respectivement chez 26,8 % et 19,6 % des nouveau-nés. Les signes de déshydratation étaient moins représentés au cours de notre étude avec 13,0% des nouveau-nés. L'ictère était présent chez 12,4% des nouveau-nés souvent en lien avec une infection néonatale ou la prématurité.

Données paracliniques

La protéine C-Réactive et l'hémogramme n'ont malheureusement pas été honorés chez tous les nouveau-nés par manque de moyens financier des parents malgré les recommandations¹¹. La goutte épaisse avec frottis sanguin a été réalisée chez 15,7% des nouveau-nés. Ce résultat est très inférieur à celui de Oulai et al.⁷ qui ont rapporté un taux de 87,1 % de nouveau-nés qui ont réalisé la goutte épaisse avec frottis sanguin. La prévention du paludisme chez la gestante est indispensable²³. La leucopénie a été fortement représentée chez 24,2% des nouveau-nés contrairement à l'hyperleucocytose qui était trouvée chez 3,3% des nouveau-nés. La leucopénie et l'hyperleucocytose sont donc des critères biologiques significatifs de l'infection néonatale bactérienne²¹. Dans 20,8% des cas d'infection néonatale bactérienne probable retrouvée, les nouveau-nés avaient une protéine C-réactive positive. Ce résultat est nettement inférieur à celui de Nouri-Merchaoui et al.⁵ qui ont rapporté que 86,7% des nouveau-nés fébriles présentant une infection bactérienne prouvée bactériologiquement, avaient une protéine C-réactive positive. Ces résultats s'expliquent par le fait que le taux de protéine C-réactive semble directement être proportionnel à la sévérité bien plus que dans le diagnostic de l'infection néonatale²¹.

Diagnostiques étiologiques de la fièvre néonatale

Les diagnostics qui avaient été retenus au cours de notre étude, étaient basés sur les critères anamnestiques, cliniques et biologiques (limité à l'hémogramme, au dosage de la protéine C-réactive et à la goutte épaisse) sans confirmation de certitude. L'infection néonatale bactérienne probable avait été retenue chez 84,3% (129) nouveau-nés à l'instar d'autres auteurs²⁴. Cependant notre résultat reste supérieur à ceux de Chemsî et al.⁶ et de Nouri-Merchaoui⁵ qui ont retrouvé respectivement l'infection néonatale dans 59% des cas et dans 35% des cas.

Le paludisme congénital avait été retenu chez 2,6% des nouveau-nés, ce qui est inférieur aux 3,4% rapporté par Oulai et al.⁷. Ces résultats confirment la rareté du paludisme congénital. L'hyperthermie de déshydratation avait été retenue chez 20 nouveau-nés soit 13,1%. L'infection néonatale bactérienne reste donc le diagnostic retenu le plus majoritairement retrouvé dans toutes les études sur la fièvre néonatale⁵⁻⁷.

Aspects thérapeutiques

Dans notre série, l'utilisation du paracétamol comme antipyrétique a été faite dans 35,9% des cas. Ce résultat est proche de celui de Nouri-Merchaoui et al.⁵ qui ont rapporté dans leur étude que 31% des nouveau-nés avaient bénéficié de traitement antipyrétique. Ces résultats démontrent que le traitement de la fièvre par un antipyrétique ne doit pas être systématique en première intention. L'accent doit être mis sur l'utilisation des mesures physiques de gestion de la fièvre qui sont très simple, pratique et efficace. Il s'agit de mettre le nouveau-né fébrile à une température ambiante, le déshabiller ou lui mettre un vêtement plus léger, et le faire allaiter davantage afin de compenser les pertes d'eau.

La biantibiothérapie était faite chez 77,8% des nouveau-nés. Ce résultat est supérieur à celui de Nouri et al.⁵ qui a relevé que 49,2% des nouveau-nés ont été mis sous biantibiothérapie. Dans l'étude de Chemsî et al.⁶ et Folquet et al.²⁵, un traitement antibiotique avait été instauré chez tous les nouveau-nés. L'association de céphalosporine de 3ème génération (C3G) et d'aminoside a été fréquente (79,1 %) dans notre série tout comme dans l'étude de Chemsî et al.⁶ et de Folquet et al.²⁵.

Aspects évolutifs

La fièvre avait régressé en moyenne au bout de $3,3 \pm 1,8$ jours après la mise sous antibiotiques (86,1 %). Ce résultat s'expliquerait par la gravité des infections chez les nouveau-nés.

Nous avons enregistré quatre décès soit une létalité de 4,6%. Notre taux de guérison est inférieur à celui de Nouri-Merchaoui⁵ qui avaient retrouvé une évolution favorable avec guérison dans 98,5% des cas et un taux de décès à 1,5 %. Le taux de décès enregistré dans notre série est inférieur à celui Chemsî et al.⁶ qui ont relevé 7% de décès. Dans notre étude, les cas de décès sont tous dus à l'infection néonatale bactérienne.

Conclusion

Notre étude avait pour objectif général de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de la fièvre chez les nouveau-nés admis au Centre Hospitalier Universitaire de Kara (CHU Kara) et au Centre Hospitalier Régional de Kara (CHR Kara). A travers une étude transversale descriptive et analytique la fièvre néonatale représentait une part non négligeable des motifs d'hospitalisation à Kara (35,8%). La fièvre était isolée dans la majorité des cas, et ses principales causes étaient l'infection néonatale bactérienne probable, l'hyperthermie de déshydratation et le paludisme congénital. Le traitement symptomatique de la fièvre était fait par l'utilisation d'antipyrétique mais de façon non systématique. Le pronostic de la fièvre néonatale était fonction de paramètres modifiables nécessitant une anticipation.

Références

1. Coustet B. Etat général, fièvre et hydratation. In : *Sémiologie médicale. ESTEM. 2008. p. 28-31.*
2. Maoulainine FMR, Elidrissi NS, Chkil G, Abba F, Soraa N, Chabaa L, et al. Épidémiologie de l'infection nosocomiale bactérienne dans un service de réanimation néonatale marocain. *Arch Pédiatrie. 2014 ; 21 (9) : 938-43.*
3. Pulcini C, Rapp C, Tattevin P. Fièvre aigue chez l'enfant et l'adulte. In : ECN-PILLY. 4ème édition 2016. France : CMIT ; 2016. p. 35.
4. Zoukal S, Riaki H, Chemsî M, Nani S. Facteurs prédictifs d'infections néonatales bactériennes au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca, Maroc. *Revue D'épidémiologie Santé Publique. 1 mai 2022 ; 70 : S120.*
5. Nouri-Merchaoui S, Methlouthi J, El Ghali D, Zakhama R. Fièvre du nouveau-né : étude de 134 cas colligés au service de néonatalogie de Sousse (Tunisie). *J Pédiatr Puéric. Juillet 2009 ; 22 (4) : p 182-192.*
6. Chemsî M, Rachid A, Benomar S. La fièvre du nouveau-né. Étude prospective. *Rev Médecine Périnatale. 2013 ; 3 (5) : 172-81.*
7. Oulai MS, Tiecoura WV, Plo KJ, Niangue-Beugre M, Oregga ME, Soro-Kone M, et al. La fièvre du nouveau-né en milieu tropical. Aspects étiologiques. *Med Afrique Noire. 1997 ; 44(3) : 6.*
8. Tchagbele OB, Djadou KE, Segbedji KAR, Agbeko F, Azoumah KD, Atakouma DY, et al. Évaluation de la qualité des soins maternels kangourou au centre hospitalier universitaire Sylvanus-Olympio de Lomé au terme de six ans de mise en place. *Périnatalité. 2019 ; 11(3) : 135-141.*

9. Sy Z, Guigoz Y, Brun M, Tosou Boco T, Vodungbo V, Lwalé T, et al. Optimization of the emergency obstetric and neonatal care network in Benin through expert-based sub-national prioritizations. *Front Glob Womens Health*. 2024 Jun 3; 5:1265729.
10. Hounménou YSC, Avahoundjè EM, Semaan A, Agossou CM, Hounsou CB, Agbodjavou MK, et al. Modeling geographical accessibility and inequalities to childbirth services in the Grand Nokoué Metropolitan Area, Benin. *J Urban Health*. 2025; 102(4):760–774.
11. McGovern M, Kelly LA, Finnegan R, McGrath R, Kelleher J, El-Khuash A, et al. Gender and sex hormone effects on neonatal innate immune function. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2024; 37(1).
12. Alur P, Holla I, Hussain N, et al. Impact of sex, race, and social determinants of health on neonatal outcomes. *Front Pediatr*. 2024; 12:1377195.
13. Lemma K, Berhane Y, Fenta FA, Tullu KD, Bekele T, Gebremedhin D, et al. Early onset neonatal sepsis and its associated factors: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024; 24:617.
14. Paraparambil Vellamgot A, Thyvilayil Salim S, Salameh K, Kurunthathilthazhe SB, Elikkottil A, Habboub L, et al. Safety and effectiveness of the Kaiser Permanente early-onset neonatal sepsis calculator in Qatar. *Front Pediatr*. 2025; 13:1637914.
15. Oyato BT, Sime TK, Debele T, Abasimel HZ, Alemu FT, Asfaw SB, et al. Time to recovery of neonatal sepsis and its predictors in public hospitals of North Shoa Zone, Central Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2025;25:113.
16. Sultanli A, Beck JS, Kremp M, Sondermann H, Bonitz M, Honkpehedji YJ, et al. Management of malaria in newborns: a systematic review. *BMC Infect Dis*. 2025 Dec 05; 25:1705.
17. Adugna NB, Adugna NB, Geleta DB, Mitike BA, Terefa YA. *Plasmodium vivax* congenital and neonatal malaria with atypical presentation in Western Ethiopia: four cases highlighting diagnostic pitfalls. *Malar J*. 2026 Jan 02.
18. Segbedji KAR, Tchagbele OB, Takassi OE, Ganame LKM, Kombieni K, Agrigna H, et al. Facteurs maternels de risque de mortalité du nouveau-né à terme au centre hospitalier universitaire Sylvanus-Olympio (Togo) de 2013 à 2017. *Périnatalité*. 2021 ;13 (4) :167-172.
19. World Health Organization Guidelines on Prevention of Mother-to-Child Transmission of Hepatitis B. World Health Organization. Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. Genève: WHO; 2024. Recommande la prophylaxie antivirale (ténofovir) chez les femmes enceintes HBsAg-positives avec charge virale élevée à partir de la 28e semaine et l'immunisation des nouveau-nés (dose à la naissance + suivi vaccinal) pour prévenir la transmission verticale du VHB.
20. Dhemecourt C, Anselem O, Le Cœur C, Tazi A, Charlier-Woerther C, Pereira R, et al. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Clinical-Features, Diagnosis, and Prevention. *J Clin Perinatol*. 2024;42(12):1234-1246.
21. Gouyon JB, Branger B, El Helali N, Quentin R, Abdelmoumène N, Bingen E, et al. Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. *Arch Pediatr*. 2003;10(5):489-96.
22. Chabernaude JL. Prise en charge périnatale des enfants nés avec un liquide méconial : de tout à rien. *Revue Médecine Périnatale*. 2018 ; 10(1) : p 34-40.
23. Gill J, Anvikar A. New Strides in Prevention of Malaria during Pregnancy Present Multitudinous Opportunities. *ACS Infect Dis*. 2024;10(11):3721-3735.
24. Mintegi S, Bressan S, Gomez B, Da Dalt L, Olaciregui I, Olaciregui I, et al. Evaluation and management of febrile infants aged ≤ 60 days: updated clinical approaches to serious bacterial infections in neonates and young infants. *Front Pediatr*. 2024; 12:1401654.
25. Folquet MA, Dainguy ME, Diomande D, Kouakou C, Kamenan M, Mbengue Gbonon VC, et al. Actualisation du profil des infections bactériennes du nouveau-né au CHU de Cocody à Abidjan. *J Pédiatr Puéric, Février 2016 ; 29(1) :8-14.*