

Savadogo H
Ouermi AS
Nagalo K
Ouédraogo A
Guira I
Ouattara ABI
Ouédraogo/Yugbaré SO
Kouéta F



Profil épidémiologique et évolutif de l'anémie du nouveau-né au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya au Burkina Faso

<https://dx.doi.org/10.4314/jan.v4i2.5>

Received: 2nd October 2025

Accepted: 3rd April 2026

Savadogo Hamidou, (✉)
Ouermi AS, Ouattara ABI,
Ouédraogo A, Guira I,
Centre Hospitalier Universitaire
Régional de Ouahigouya, BP 36,
Ouahigouya, Burkina Faso.
Email:
hami-
dou.savadogo.chupcdg@gmail.com

Nagalo K,
Service de Pédiatrie Médicale et
Spécialités, Centre Hospitalier
Universitaire Pédiatrique
Charles-de-Gaulle

Ouédraogo/Yugbaré SO
Service de Pédiatrie, Centre
Hospitalier Universitaire de
Bogodogo

Kouéta F
Département de pédiatrie, Centre
Hospitalier Universitaire Yalgado
Ouédraogo

Abstract: *Introduction:* Anaemia is common during the neonatal period. The prevalence of neonatal anaemia is poorly defined in the literature, particularly in Africa. The aim of this study was to describe the epidemiological, diagnostic, and evolutionary aspects of neonatal anaemia in our setting.

Patients and Methods: This was a retrospective, descriptive and analytical study covering the period from 1 January to 31 December 2023. It included all neonates hospitalised at the Regional University Hospital of Ouahigouya in whom anaemia was diagnosed either on admission or during hospitalisation.

Results: The prevalence of neonatal anaemia was 17.1%. The mean age of neonates at admission was 3.4 days. The sex ratio was 1.1. Respiratory distress and prematurity were the main reasons for consultation. Clinical findings were dominated by neurological signs (52.4%) and signs of respiratory distress (45.4%). The mean haemoglobin level was 10.8 g/dL. Severe anaemia was observed in 4.3% of neonates. Neonatal infection (51.1%) was the most frequent cause of anaemia. Outcomes were favourable in 63.8% of cases. The mortality rate was 34.1%. Factors associated with death were neonatal resuscitation at birth ($p=0.002$) and deterioration in general health ($p=0.004$) in multivariate analysis.

Conclusion: Neonatal anaemia is common in our setting, often occurring in the context of neonatal infection. Prevention relies on high-quality antenatal and postnatal follow-up.

Keywords: Anaemia, neonate, Ouahigouya, Burkina Faso, Africa.

Résumé: *Introduction:* L'anémie est fréquente en période néonatale. La prévalence de l'anémie du nouveau-né est mal définie dans la littérature particulièrement en Afrique. L'objectif de l'étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et évolutifs de l'anémie du nouveau-né dans notre contexte.

Patients et Méthodes: Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, couvrant la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023. Elle a concerné tous les nouveau-nés hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) chez qui une anémie a été diagnostiquée à l'admission ou en cours d'hospitalisation.

Résultats: La fréquence de l'anémie du nouveau-né était de 17,1%. L'âge moyen des nouveau-nés à l'admission était de 3,4 jours. Le sexe ratio était de 1,1. La détresse respiratoire et la prématurité étaient les principaux motifs de consultation. Les signes physiques étaient dominés par les signes neurologiques (52,4 %) et les signes de lutte respiratoire (45,4 %). Le taux d'hémoglobine moyen était de 10,8 g/dl. L'anémie était sévère chez 4,3% des nouveau-nés. L'infection néonatale (51,1%) était la cause la plus fréquente de l'anémie.

L'évolution était favorable dans 63,8% des cas. Le taux de mortalité était de 34,1%. Les facteurs associés au décès étaient : la réanimation à la naissance ($p=0,002$) et l'altération de l'état général ($p=0,004$) en analyse

multivariée.

Conclusion: L'anémie du nouveau-né est fréquente dans notre contexte. Elle survient souvent dans un contexte d'infection néonatale. La prévention repose sur

un suivi prénatal et postnatal de qualité.

Mots clés: Anémie, nouveau-né, Ouahigouya, Burkina Faso, Afrique.

Introduction

La période néonatale est une période extrêmement sensible de la vie à cause de l'imaturité des grandes fonctions.¹ Cette immaturité se traduit au plan hématologique par une fréquence élevée de l'anémie.² L'anémie du nouveau-né est définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 2 écarts-types en dessous de la moyenne pour l'âge postnatal.¹ Sa fréquence est mal définie dans la littérature, particulièrement en Afrique. Des études rapportent une fréquence de 57,2% au Cameroun³ et 16% au Gabon.⁴ La fréquence hospitalière de l'anémie du prématuré était de 3,78% au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Hassan II de Fès entre 2012 et 2013.⁵ Au Burkina Faso, des fréquences hospitalières de 17 et 42,6% ont été rapportées pour l'anémie néonatale.^{6,7} L'anémie met en jeu le pronostic vital du nouveau-né.⁸ Le traitement curatif est basé essentiellement sur la transfusion sanguine et le traitement étiologique. La prévention repose sur le clampage retardé du cordon ombilical, la limitation des prélèvements sanguins, la supplémentation en fer et l'administration de l'érythropoïétine chez les nouveau-nés prématurés.⁹

À notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur l'anémie du nouveau-né au CHU Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG). Nous avons donc décidé de mener cette étude devant la rareté des données sur le sujet afin de décrire le profil épidémiologique, les aspects cliniques et paracliniques ainsi que les modalités évolutives de l'anémie du nouveau-né au CHUR-OHG.

Patients et Méthodes

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique, menée dans le service de pédiatrie du CHUR-OHG sur la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023.

Ont été inclus dans l'étude, les nouveau-nés hospitalisés dans l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie durant la période de l'étude, chez qui une anémie a été diagnostiquée à l'admission ou en cours d'hospitalisation, quelle qu'en soit la cause. N'ont pas été inclus dans l'étude les patients dont les dossiers médicaux n'ont pas été retrouvés ou étaient incomplets.

Les données ont été extraites à partir des registres d'hospitalisation, des dossiers cliniques des malades hospitalisés et des fiches de référence, à l'aide d'une fiche individuelle, puis intégrées collectivement de manière anonyme sur un fichier Excel pour permettre l'analyse statisti-

que. Les variables concernaient les données sociodémographiques, le déroulement de la grossesse et l'accouchement, les données cliniques et paracliniques ainsi que les données évolutives. Ces données ont été analysées grâce au logiciel STATA MP dans sa version 16.0. Le test statistique de Khi carré (χ^2) a été utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de significativité de 5%.

Nous avons obtenu l'autorisation du Directeur Général du CHUR de Ouahigouya et du chef de service de Pédiatrie pour la conduite de l'étude. Pour chaque patient inclus, la confidentialité des informations recueillies a été respectée. Comme il s'agissait d'une étude rétrospective basée sur des dossiers médicaux sans intervention sur les patients, une approbation formelle d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire.

L'anémie néonatale a été définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 13g/dL. Elle était sévère si le taux d'hémoglobine était inférieur ou égal à 7g/dL^[10].

De façon opérationnelle:

- le diagnostic d'infection bactérienne néonatale a été retenu devant la présence d'arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques ayant justifié la mise en route d'une antibiothérapie chez le nouveau-né ;
- le diagnostic de paludisme a été retenu devant une goutte épaisse positive ;
- la prématurité a été définie par la naissance d'un nouveau-né viable avant 37 semaines d'aménorrhée révolues ;
- le diagnostic de maladie hémorragique du nouveau-né a été retenu devant tout saignement chez le nouveau-né s'estompant après administration de vitamine K1.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Au total 1143 nouveau-nés ont été hospitalisés dans le service durant la période de l'étude. Parmi ces patients 195 avaient une anémie soit une fréquence de 17,1%. Les dossiers exploitables pris en compte pour l'étude étaient au nombre de 185.

La moyenne d'âge à l'admission était de $3,4 \pm 0,5$ jours avec des extrêmes de 0 et 28 jours. Le sex-ratio était de 1,1. La répartition des nouveau-nés selon les tranches d'âge et le sexe est indiquée dans le tableau 1.

Les pères des nouveau-nés étaient des agriculteurs dans

49,6% des cas et leurs mères des femmes aux foyers dans 84,3% des cas. La moyenne d'âge des mères était de $24,9 \pm 0,5$ ans avec des extrêmes de 15 et 47 ans.

Données cliniques

Sur les 185 nouveau-nés inclus dans l'étude, 82 (44,3%) ont été transférés de la maternité du CHUR-OHG, 49 évacuées (26,5%), 31 référées (16,8%) et 23 admis directement (12,4%).

Plusieurs motifs d'admission ont été notés, parfois associés chez un même nouveau-né (tableau 2).

La durée moyenne entre le début de la symptomatologie et l'admission du nouveau-né en néonatalogie était de $2 \pm 0,3$ jours avec des extrêmes de 0 et 21 jours.

Les mères des nouveau-nés anémiés ont eu une prophylaxie antianémique, antipaludique, antitétanique dans 78,4%, 82,2% et 76,8% des cas respectivement.

Dix-huit mères avaient une pathologie préexistante. Les hémoglobinopathies (38,8% des cas), l'hypertension artérielle (22,2%), l'hépatite B (11,1%) et l'asthme (11,1%) étaient les principales pathologies maternelles antérieures à la grossesse.

Le paludisme (26,3% des cas), la fièvre isolée (26,3% des cas) et l'anémie (23,7% des cas) étaient les pathologies ou symptômes les plus fréquents pendant la grossesse.

La grossesse était à terme dans 54,1% des cas (100 grossesses). Les prématurés représentaient 45,9% des cas (85 prématurés).

L'accouchement s'est fait par voie basse chez 151 mères soit 81,6% des cas. Une césarienne a été faite chez 34 parturientes soit 18,4% des cas. La mention de clampage tardif du cordon n'a été précisée chez aucun nouveau-né. Le poids moyen de naissance était de $2189,8 \pm 60,2$ grammes avec des extrêmes de 550 et 4220 g. Parmi les 185 nouveau-nés, 115 (soit 62,2% des cas) avaient un poids de naissance inférieur à 2500g.

Cinquante-et-un nouveau-nés soit 27,6% des cas ont été réanimés à la naissance. La durée de la réanimation était comprise entre 0 et 5 minutes dans 52,9% des cas.

Parmi les 185 nouveau-nés anémiés, 52 soit 27,6% des cas avaient reçu la vitamine K1 à la naissance.

Les signes physiques trouvés chez les nouveau-nés à l'admission sont mentionnés dans le tableau 3. Un même nouveau-né pouvait avoir plusieurs signes physiques à la fois.

Signes biologiques

A l'admission, 72,43 % des nouveau-nés (134), présentaient d'emblée une anémie avec un taux d'Hb inférieur à 13g/dl. Dans cette population, la moyenne du taux d'hémoglobine était de $11,1 \pm 0,2$ g/dl.

En cours d'hospitalisation, 27,56% (51 nouveau-nés) ont développé une anémie avec une moyenne du taux moyen d'hémoglobine de $10,2 \pm 0,3$ g/dl. L'anémie était sévère chez 4,3% des nouveau-nés (tableau 4).

Les plaquettes étaient en moyenne de $164053 \pm 126624/\text{mm}^3$. On a noté une thrombopénie dans 36,2% des cas (67 nouveau-nés), une thrombocytose dans 5,9% des cas

(11 nouveau-nés).

On a noté une hyperleucocytose dans 14% des cas (26 nouveau-nés) et une leucopénie dans 21,6%, des cas (40 nouveau-nés).

La CRP a été réalisée chez 126 nouveau-nés et était élevée dans 39,7% des cas.

Le dosage de la bilirubine a été fait chez 78 nouveau-nés. La moyenne de la bilirubine totale était de $249,9 \pm 21,2$ $\mu\text{mol/L}$ avec des extrêmes de 26 et 1214 $\mu\text{mol/L}$. La moyenne de la bilirubine libre était de $218,1 \pm 20$ $\mu\text{mol/L}$ avec des extrêmes de 10 et 1176 $\mu\text{mol/L}$. La moyenne de la bilirubine conjuguée était de $38,3 \pm 9,3$ $\mu\text{mol/L}$ avec des extrêmes de 1 et 536 $\mu\text{mol/L}$.

La goutte épaisse a été réalisée chez 102 nouveau-nés et était positive chez 32 d'entre eux soit 31,4% des cas.

Étiologies de l'anémie

Les infections bactériennes néonatales, la prématurité, le paludisme et la maladie hémorragique du nouveau-né étaient les étiologies probables de l'anémie chez les nouveau-nés dans notre série dans 55,1% ; 21,6% ; 17,3% et 9,2% des cas respectivement.

Devenir à court terme des nouveau-nés anémie

Le contrôle du taux d'hémoglobine a été réalisé chez 84 nouveau-nés. Le taux moyen d'hémoglobine de contrôle après la prise en charge était de $10,2 \pm 0,3$ g/dL (extrêmes de 6,5 g/dL et 16,9 g/dL).

La durée moyenne d'hospitalisation des nouveau-nés anémiés était de $11,4 \pm 0,8$ jours avec des extrêmes de 0 et 43 jours (figure 1).

L'état clinique s'est amélioré chez 63,78% des nouveau-nés anémiés. Soixante-trois nouveau-nés, soit 34,1% des cas sont décédés. Une association statistiquement significative a été trouvée (analyse bivariée entre la survenue du décès et les facteurs suivants : la prématurité (OR= 0,446 et p= 0,011), le poids de naissance $\leq 1500\text{g}$ (OR= 4,046 et p= 0,001), la réanimation à la naissance (OR= 4,289 et p= 0,005), l'hypothermie (OR=2,818 et p= 0,038), mauvais état général (OR= 4,045 et p= 0,001) et l'hémorragie (OR= 4,885 et p= 0,040).

L'analyse multivariée des facteurs associés au décès montre une association statistiquement significative entre le décès et la réanimation à la naissance (OR=1,827 et p=0,002) ainsi que l'altération de l'état général (OR=1,482 et p=0,004).

Tableau 1: Répartition des nouveau-nés par tranche d'âge et par sexe (n = 185).

Tranches d'âge (jours)	Sexe		Total	Pourcentage
	Filles	Garçons		
[0-7]	72	82	154	83,2
]7-14]	6	7	13	7
]14-28]	9	9	18	9,8
Total	87	98	185	100

Tableau 2: Répartition des nouveau-nés anémiés en fonction des motifs d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Détresse respiratoire	62	33,5
Prématurité	41	22,2
Hyperthermie	26	14,1
Ictère	21	11,4
Incapacité de téter	17	9,2
Hypotrophie	7	3,8
Malformations	6	3,2
Saignement	5	2,7
Convulsions	2	1,1

Tableau 3: Répartition des nouveau-nés anémiés en fonction des signes physiques à l'admission

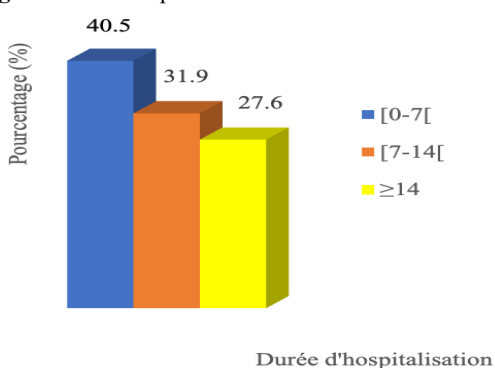
Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Réflexes archaïques émoussés ou absents	97	52,4
Signes de lutte respiratoires	84	45,4
Hémorragie digestive	17	9,2
Souffle cardiaque	13	7
Hypotonie	11	5,9
Pauses respiratoires	6	3,2
Augmentation du volume de l'abdomen	6	3,2
Hypertonie	3	1,6
Absence de fermeture de la paroi abdominale	3	1,6
Macrocéphalie	2	1,1
Tuméfaction du rachis lombosacrée	2	1,1
Déformation des membres inférieurs	2	1,1
Hépatomégalie	2	1,1
Fente labiale	1	0,5
Lésions vésiculo-bulleuses	1	0,5

Tableau 4: Répartition des nouveau-nés en fonction du taux d'hémoglobine à l'admission

Taux d'hémoglobine (g/dL)	Effectif	Pourcentage
≤7	8	4,3
]7-11]	40	21,6
]11-13]	86	46,5
>13	51	27,6
Total	185	100

Les 51 nouveau-nés ayant un taux d'hémoglobine > 13 g/dl à l'admission ont développé une anémie en cours d'hospitalisation avec une moyenne du taux moyen d'hémoglobine de 10,2 ± 0,3 g/dl.

Fig 1: Durée d'hospitalisation des nouveau-nés



Discussion

Caracteristiques socio-demographiques

La fréquence hospitalière de l'anémie du nouveau-né dans notre étude (17,1%) est comparable à celles de Tamboura⁶ au Burkina Faso et Kuissi et al.⁴ au Gabon qui ont rapporté respectivement 17% et 16%. Cette fréquence est supérieure à celle de Uwera⁹ en République Démocratique du Congo (RDC) qui a trouvé 3,2% en 2023. Des fréquences plus élevées ont été rapportées par Lompo⁷ au Burkina Faso et Ahanda et al.¹¹ au Cameroun avec respectivement 42,6% et 24,2 %. Ces différences pourraient s'expliquer par une différence de méthodologie. Ahanda et al. ont inclus uniquement des nouveau-nés prématurés. Lompo a inclus des nouveau-nés âgés de zéro à 7 jours (période néonatale précoce). La fréquence élevée de l'anémie chez le nouveau-né dans notre contexte pourrait due à la diversité de ses causes.

La moyenne d'âge à l'admission dans notre étude (3,4 jours) est proche de celle trouvée par Kuissi et al.⁴ au Gabon (4,1 jours). Lompo⁷ qui a considéré uniquement la période néonatale précoce a trouvé un âge moyen de 1 jour.

Dans notre série, la plupart des nouveau-nés (82,2 % des cas) ont été admis pendant la période néonatale précoce. Koum et al.¹² au Cameroun, Samaké¹³ au Mali et Uwera⁹ en RDC ont fait le même constat avec respectivement 85%, 63,1% et 63,3% d'admission en période néonatale précoce. Cela pourrait traduire une fragilité particulière du nouveau-né au cours de cette période nécessitant une surveillance stricte.

La prédominance masculine (sex-ratio = 1,1) trouvée dans notre étude a également été rapportée par d'autres auteurs, notamment Koum et al.¹² au Cameroun (sex-ratio=1,3) et Uwera⁹ en RDC (prédominance masculine dans 70% des cas). Contrairement à nos résultats, Guellilabelali⁵ au Maroc (sex-ratio=0,43) de même que Ahanda et al.¹¹ au Cameroun (prédominance féminine dans 56,3%) avaient rapporté une prédominance féminine. La contribution du sexe dans la survenue de l'anémie chez le nouveau-né n'est pas clairement établie.

Données cliniques

La plupart des mères des nouveau-nés ont bénéficié de prophylaxie antianémique, antipaludique et antitétanique au cours de leurs grossesses respectivement dans 78,4%, 82,2% et 76,8% des cas. Lompo et Tamboura^{6,7} à Ouagadougou ont fait les mêmes constats avec des proportions différentes. Ces résultats pourraient s'expliquer par la mise en place de la gratuité des soins chez la femme enceinte au Burkina Faso depuis 2016.

La grossesse était à terme dans 54,1% des cas. Nos résultats corroborent ceux de Randriamanantena et al.¹⁴ à Madagascar qui ont trouvé 58,7% de naissances à terme. Contrairement à nos résultats Uwera⁹ en RDC avait rapporté une prédominance de prématurés dans 76,7% des cas. Cette différence pourrait être expliquée par la

petite taille de son échantillon.

La majorité des nouveau-nés (62,2%) avait un poids de naissance inférieur à 2500g. Nos résultats sont comparables à ceux de Samaké¹³ qui a trouvé 53,6 % de nouveau-nés ayant un poids de naissance inférieur à 2500g. Par contre Koum et al.¹² au Cameroun ont trouvé que les nouveau-nés ayant un poids de naissance normal (\geq 2500g) étaient les plus nombreux soit 66,7% des cas. L'origine de l'anémie est multifactorielle incluant la chute physiologique de l'hémoglobine à la naissance, aggravée par la prématurité et le faible poids de naissance. Plus le nouveau-né est anémié plus il est susceptible de développer une hypotrophie¹⁴.

La vitamine K1 était administrée à la naissance dans 27,6% des cas. Cette faible proportion d'administration de la vitamine K1 pourrait s'expliquer par une négligence de la part des sages-femmes quant à l'administration systématique de la vitamine K1 à la naissance, et aussi par des ruptures de stocks au niveau des centres de santé périphériques.

Les motifs de consultation étaient dominés dans notre série par la détresse respiratoire (33,5% des cas). Ce résultat concorde avec celui de Lompo⁷ au Burkina Faso et Kuissi et al.¹⁴ au Gabon qui ont trouvé ce même motif dans respectivement 50% et 35% des cas. La détresse respiratoire pourrait s'expliquer par une perturbation des échanges gazeux. En effet l'hypoxémie induite par la diminution du taux d'hémoglobine circulant entraîne une augmentation de la fréquence respiratoire (polypnée), des signes de lutte et une cyanose constituant le syndrome de détresse respiratoire.¹⁵

La prématurité était un motif de consultation dans 22,2% des cas. Lompo et Kuissi et al. ont fait le même constat dans respectivement 22% et 17% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de l'anémie chez le prématuré.¹¹

La fièvre était présente chez 14,1% des nouveau-nés de notre série. Nos résultats sont superposables à ceux de Lompo⁷ et Kuissi et al.⁴ qui ont rapporté la fièvre dans 14,1% et 11% respectivement. Tamboura⁶ et Koum et al.¹² ont trouvé la fièvre comme le premier motif de consultation dans leurs travaux avec 33,1% et 18,3% des cas respectivement. L'infection néonatale était associée à l'anémie dans 55% des cas. Cela pourrait justifier la fréquence de la fièvre.

Signes biologiques

La moyenne du taux d'hémoglobine dans notre étude (10,8 \pm 0,1 g/dL) est comparable à celle rapportée par Kuissi et al.⁴ (10,14g/dL). La fréquence de l'anémie sévère (4,3% des cas) dans notre étude est semblable à celle de Lompo (3,9% des cas). Par contre, des prévalences plus élevées de l'anémie sévère ont été rapportées par Uwera⁹ (23,3% des cas). Cela pourrait s'expliquer par le fait que Uwera dans son étude a défini l'anémie sévère par un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl alors que nous l'avons défini par un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dL.

Dans notre étude, nous avons constaté une augmentation de la CRP dans 39,7% des cas, ce qui est comparable au résultat trouvé par Tamboura⁶ (élévation de la CRP dans 37,9% des cas).

Dans notre étude, la goutte épaisse était positive dans 31,4% des cas. Cette fréquence est supérieure à celles trouvées par Tamboura⁶ et Lompo⁷ (7,9% et 8,5% des cas respectivement). La différence des résultats pourrait s'expliquer par le fait que la goutte épaisse a été demandée chez plus de la moitié des nouveau-nés inclus dans notre étude. Dans notre service le paludisme est recherché systématiquement devant toute suspicion d'infection néonatale.

Etiologies de l'anémie chez les nouveau-nés

Dans notre étude, l'anémie néonatale était associée à des pathologies infectieuses dans 72,4% des cas (infections bactériennes et paludisme). Ce résultat est comparable à celui de Lasme et al.² à Abidjan qui ont trouvé 57,3% de causes infectieuses. Au Maroc, l'infection néonatale a été associée à l'anémie dans 67% des cas à Fès⁵. Ces résultats pourraient s'expliquer par la forte prévalence des infections néonatales et surtout leur gravité liée à l'immaturité immunologique du nouveau-né. L'infection néonatale est la troisième cause de morbi-mortalité néonatale dans le monde. Elle constitue à la fois le facteur générateur et aggravant de l'anémie^{4,9}.

Le clampage tardif du cordon ombilical à la naissance, qui n'est pas toujours pratiqué au CHUR-OHG, aurait permis d'améliorer le taux d'hémoglobine des nouveau-nés.¹⁶ Il convient de sensibiliser les sages-femmes sur cette pratique très bénéfique pour le nouveau-né, dans notre contexte.

Devenir à court terme des nouveau-nés

La durée moyenne d'hospitalisation (11,4 jours) dans notre étude est similaire à celle de Tamboura (11,1 jours). Cette durée relativement longue du séjour hospitalier serait liée à la prématurité (45,9% des nouveau-nés) qui en plus de l'anémie nécessite une prise en charge spécifique.

L'évolution était favorable dans 67,8% des cas dans notre étude. Tamboura et Lompo ont rapporté aussi une évolution favorable dans respectivement 86,9% et 78,9% des cas.^{6,7}

La mortalité (34,1% des cas) dans notre série est supérieure à celle retrouvée par Kuissi et al.⁴ qui rapportaient un taux de décès dans 9,6%. La mortalité très élevée dans notre étude pourrait être liée à l'augmentation du nombre du nouveau-né en rapport avec un afflux massif de population dans la ville de Ouahigouya à cause de la crise sécuritaire. La capacité d'accueil de l'unité de néonatalogie était régulièrement dépassée. L'état clinique d'emblée grave de certains nouveau-nés à l'admission pourrait aussi être en cause. En effet, 33,5% des nouveau-nés avaient une détresse respiratoire à l'admission et 52,4% avaient des troubles neurologiques avec des réflexes archaïques absents ou émoussés.

Dans notre étude, il existe un lien statistiquement significatif entre la réanimation du nouveau-né à la naissance et les décès (OR=1,827 et p=0,002). La réanimation à la naissance multipliait par 2 le risque de mortalité. L'altération de l'état général multiplie presque par 1,5 le risque de décès et est statistiquement significative (OR=1,482 et p=0,004). L'altération de l'état général témoigne de la gravité du tableau clinique, mettant en jeu le pronostic vital du nouveau-né anémié.

Conclusion

Notre étude a permis de faire le constat d'une fréquence élevée de l'anémie chez le nouveau-né au CHUR de

Ouahigouya. Les nouveau-nés de faible poids de naissance étaient les plus à risque. Les motifs de consultation étaient dominés par la détresse respiratoire et la prématurité. Les troubles neurologiques constituaient les principaux signes cliniques. Le diagnostic positif est facile, en revanche le diagnostic étiologique fait tout l'intérêt de cette question en raison de la multiplicité des étiologies. Dans notre étude, elles sont dominées par les infections. La mortalité élevée mise en évidence dans cette étude, fait de la prise en charge de l'anémie chez le nouveau-né, un défi majeur. Une étude prospective sur les facteurs de risque associés à l'anémie pourrait permettre de mieux explorer le sujet dans notre contexte.

Références

1. Chavy C, Martin D, Ternoy N. Biologie du nouveau-né : attentes du pédiatre néonatalogiste. *Revue Francophone des Laboratoires* 2018;500:24-29.
2. Lasme Guillao E, N'Guessan R, Dick-Amon-Tanoh F, Akafou E, Keita S, Kangah BE. Prise en charge de l'anémie chez le nouveau-né prématuré en milieu hospitalier à Abidjan. *Rev int sc méd.* 2011;13:45-48.
3. Koum DK, Essomba NE, Epane MGN, Mangamba LME, Ndombo PK. Profil épidémiologique, clinique, biologique et évolutif de l'anémie néonatale à l'Hôpital de District de Bonassama/Douala, Cameroun. *Health Sciences and Disease.* 2018;19:11-15.
4. Kuissi KE, Minto'o Rogombé S, Mimbila M, Mekame A, Koumba Manianga R, Bisvigou U, et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques de l'anémie néonatale au centre hospitalo-universitaire d'Angondje-Gabon. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin.* 2018;28: 52-59.
5. Abdelali G. Anémie du prématuré : expérience du service de néonatalogie et de réanimation néonatale du CHU Hassan II Fès (A propos de 46 cas) [Thèse de doctorat]. Fès : Université Sidi Mohammed Ben Abdellah; 2014.
6. Tamboura H. Les anémies du nouveau-né : aspects épidémiologiques, cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutifs au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle [Thèse de doctorat]. Ouagadougou : Université Joseph Ki-Zerbo;2015.
7. Lompo T. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'anémie chez le nouveau-né âgé de 0 à 7 jours dans le département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo [Thèse de doctorat]. Ouagadougou : Université Joseph Ki-Zerbo ; 2020.
8. Abla K, Bekakria A, Bouziane K. Prévalence et facteurs de risque de l'anémie chez un groupe d'enfants âgés de 1 à 24 mois à Tébessa (une ville de l'Est algérien). *Cahiers de Nutrition et de Diététique.* 2016;51:157-160.
9. Uwera Kiyonga C. Anémie néonatale : étiologie, clinique et prise en charge à l'hôpital Heal Africa [Mémoire]. Goma : Université De Goma;2023.
10. Laugier J, Messer J. Anémie. In : Laugier J, Rozé JC, Siméoni U, Saliba E, éditeurs. *Soins aux nouveau-nés.* 2e éd. Paris : Masson ; 2006. p. 383-386.
11. Ahanda L, Sandie AB, Koki Ndombo PO, Njom Nlend AE. Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques de l'anémie du prématuré au centre hospitalier d'Essos, Yaoundé, Cameroun. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* 2020;33:279-285.
12. Koum DK, Tsakeu END, Sack FN, Ngalagou PTM, Kamanyi A, Mandengue SH. Aspects cliniques et biologiques des anémies pédiatriques dans un hôpital de district urbain au Cameroun. *Pan Afr Med J.* 2013;16:91. doi: 10.11604/pamj.2013.16.91.3307.
13. Samaké B dit Tiékoroba. Les besoins transfusionnels dans le Service de Néonatalogie au département de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré [Mémoire]. Bamako : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2022.
14. Randriamanantena SNC, Andriantahina TN, Raveloharimino NH, Joma A, Rabesandratana HN. Transfusion sanguine en néonatalogie. *Rev Malg Ped.* 2020;3:45-52.
15. Ouattara KB. Détresses respiratoires du nouveau-né au Csréf commune V [Thèse de doctorat]. Bamako : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2019.
16. Marrs Laura, Niermeyer S. Toward greater nuance in delayed cord clamping. *Current Opinion in Pediatrics.* 2022;34(2):170-177.