

Angela A Okolo



Déterminants de la survie prématurée au Federal Medical Centre Asaba, Nigéria: histoires des pays africains à revenu faible et intermédiaire Perspectives d'une néonatalogiste Nigériane

Received: 10th October 2024

Accepted: 19th October 2024

Angela A Okolo (✉)
 Département de pédiatrie
 Centre médical fédéral d'Asaba,
 Nigeria.
 Email: aneolisa@gmail.com

Contexte

La mortalité néonatale est extrêmement élevée au Nigéria et les tentatives pour y remédier incluent l'identification de ses principales causes et déterminants. La santé maternelle est un facteur sous-jacent majeur. Les inégalités doivent être abordées car ce sont les principaux déterminants qui doivent être pris en compte aux côtés des causes immédiates et directes de la santé néonatale. Les principales causes de mortalité néonatale sont la prématurité, l'asphyxie à la naissance et la septicémie. Ces histoires mettront en évidence les principaux défis de la gestion du nombre croissant de bébés prématurés dans le contexte d'un taux d'accouchement de prématuré précoce de 12 % et qui constituent environ 20 % de la mortalité néonatale dans un milieu modeste.

Objectif de l'histoire

Est d'encourager les néonatalogistes dans les milieux à faibles ressources à innover dans leur approche pour améliorer la survie des nourrissons de très faible poids à la naissance (FPN)

Méthodes

Par partageant l'expérience

Mettre en évidence les points clés de ce qui a fonctionné et de ce qui n'a pas fonctionné en partageant l'expérience sur ces questions clés qui m'ont touché comme leçons tirées de certains des cas gérés au cours de la période récente 2019-2024.

De quoi les bébés de 24 à 32 semaines d'âge gestationnel (AG) ont-ils besoin pour survivre dans la plupart de nos centres au Nigéria ? À partir de travaux antérieurs, nous avons identifié le besoin urgent d'assistance respiratoire pour réduire la mortalité des grands prématurés. La quête d'innovations a fait avancer ce concept lorsqu'en

2011, Audu et al¹ ont rapporté les gains obtenus par leur innovation du b-CPAP chez 89 bébés. Nous avons ensuite utilisé ce concept au Bénin en 2013 et avons montré qu'il n'y avait aucune différence dans les taux de survie des bébés traités avec les appareils improvisés et brevetés b-CPAP. En d'autres termes, malgré ses limites, il a amélioré la survie. L'utilisation de ce dispositif improvisé a stimulé d'autres travaux visant à améliorer les dispositifs locaux peu coûteux disponibles. À ce jour, il est encore largement utilisé au Nigéria. L'introduction de ce dispositif a stimulé d'autres travaux sur le terrain pour l'assistance respiratoire. L'INNOVATION a donc conduit à de nouvelles recherches dans ce domaine !

Dans le cadre de cette quête d'évolution, nous avons montré en 2018 que la disponibilité accrue de **Surfactant** à prix abordables pour les bébés de moins de 28 semaines d'âge gestationnel au Nigéria a changé la donne pour leur survie³.

La disponibilité des surfactants pour les quelques personnes qui pouvaient se les permettre, associée à l'utilisation de la méthode mère kangourou (KMC) et à l'alimentation au lait maternel humain a fait la différence. La méthode KMC intermittente a amélioré la survie du bébé mieux que les soins complets en Couvreuse pour ces bébés⁴. Elle a fourni les soins nourrissants dont ces bébés avaient besoin⁵. Surtout, elle a protégé les bébés contre septicémie nosocomiale.

L'allaitement au lait maternel était essentiel à leur survie, comme le prouvent quelques cas de bébés de 30/31 semaines d'âge gestationnel qui ont maintenant plus de 3 ans et dont la survie est intacte. Nous avons une politique tacite dans l'unité : « Aucun lait artificielle n'est autorisé dans l'unité ». Pour les bébés dont le lait maternel est insuffisant, les parents sont conseillés d'utiliser du lait maternel de donneuse pour leur alimentation et consentent à l'utilisation de lait maternel de donneuse pendant que le flux de lait maternel se développe. Les mères sont admises avec leurs bébés dans notre unité parce que nous pratiquons des soins centrés sur la famille. Cela permet aux mères de faire partie de l'histoire de la vie de leur bébé, comme l'a dit l'une des mères lors de la discussion de groupe (FGD) tenue avec elles.

Toutes ces pratiques, malgré le manque de ressources, ont été rendues possibles grâce à la résilience des agents de santé. Nous avons appris à improviser et à appliquer des principes de base pour prendre des décisions efficaces. La mise en œuvre des meilleures pratiques, l'application des connaissances et des compétences de base comme meilleur guide pour la prise de décision ont été des plus utiles. Les défis sont grands ampleur alors que nous continuons d'apprendre et de sauver davantage de vies parmi les nombreux bébés.

Au cours de la dernière année, d'autres expériences ont montré un changement dans les tendances de la mortalité:

Des cas de très faibles poids de naissance/extremes prématurés (<1000gr/<28 Semaines d'aménorrhée) qui ont survécu au-delà de 72 heures et au-delà de 28 jours ont contribué à la baisse de la mortalité néonatale. Nous constatons maintenant une augmentation de la mortalité néonatale tardive et post-néonatale! Ces mortalités résultent de problèmes de développement complexes et de septicémie. Comment pouvons-nous les surmonter pour réaliser des taux de mortalités néonatales réduites?

Quel est le problème? L'augmentation des taux de mortalité post-néonatale. Sont-ils prévisibles? Que pouvons-nous faire?

Les signes inquiétants comprennent une dépendance prolongée à l'oxygène pendant plus de 3 semaines chez ces petits bébés, des anomalies cardiovasculaires comme la persistance du canal artériel (PCA) ou le foramen ovale persistant qui sont des problèmes de développement foetal!

L'incarcération récurrente des hernies inguinoscrotales nécessitant une intervention chirurgicale est souvent un problème chez ces petits bébés!

Le reflux gastro-œsophagien (GE) est un phénomène quotidien mais peut être atténué par la pratique KMC !

Tout cela peut être classé comme des problèmes de développement qui peuvent être surmontés grâce à une maturation croissante de nouveau né ou l'identification des remèdes pour l'atténuation ou le soulagement identifiés dans nos circonstances particulières de pays à faible revenu

D'autres problèmes plus récemment identifiés incluent des problèmes évitables

La mauvaise application des politiques de techniques de contrôle des infections mérite d'être mentionnée. Le contrôle des infections est un défi car ces bébés contractent facilement des organismes *Staphylococcus aureus* multirésistant dont on observe maintenant une augmentation dans notre unité. Certaines de nos pratiques face à de faibles ressources pourraient favoriser cette tendance. Nous avons tendance à utiliser des lignes veineuses périphériques plus fréquemment que des lignes ombilicales (cathéter veineux ombilical). Nous ne disposons pas de cathéter veineux ombilical standard et devons utiliser des lignes périphériques par crainte d'une contamination pouvant entraîner une septicémie bactérienne fulminante. Le résultat de multiples lignes périphériques est de multiples abrasions cutanées qui favorisent l'acquisition d'une septicémie chez ces bébés.

L'inefficacité/le manque de surveillance de ces bébés qui ont besoin de soins intensifs favorise le reflux gastro-œsophagien et la pneumonie par aspiration massive. Le faible ratio infirmière/patient ne permet pas une surveillance appropriée des bébés, en particulier lorsque la méthode KMC n'est pas pratiquée. Cela peut-il être atténué par un transfert de tâches à d'autres personnels de santé ?

Conclusion

Étant donné que la mortalité néonatale est très élevée au Nigéria, il est opportun de s'attaquer aux principaux facteurs de cette mortalité dans leur contexte afin d'identifier les moyens de parvenir à de nouvelles réductions. Des investissements sont nécessaires dans la santé des mères et des nouveau-nés pour réduire le taux de prématurité et de très faible poids de naissance, car les causes sous-jacentes de ces naissances prématurées précoces sont des pathologies maternelles telles que les troubles hypertensifs de la grossesse, le paludisme maternel grave qui se traduit par des décès fœtaux tardifs, des naissances prématurées avec complications et des décès néonataux précoces.

Références

1. Audu L I, Otuneye AT, Mukhtar MY, Mairami AB, Mshelia LJ, Garu M. Dispositif personnalisé de pression positive continue à bulles (BCPAP) à l'hôpital national d'Abuja pour le traitement du syndrome de détresse respiratoire (SDR). *Niger J Paediatr* 2013 ; 40 (3) : 275 –277
2. Okolo AA , Okonkwo RI, Ideh RC. Spectre des maladies néonatales nécessitant une assistance respiratoire à l'UBTH, Benin City, État d'Edo, Nigéria . *Niger J Paediatr*. Octobre 2016 ; 43(4) : 258
3. Ajanwaenyi J, Bamidele O, Osim C, Salami O, Umukoro C, Idaboh T, Chimah U, Okolo A. La thérapie minimale invasive par surfactant : expérience d'un environnement à faibles ressources. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022 déc. ;35(25):5177-5183. doi: 10.1080/14767058.2021.1875438. Epub 2021 janv. 24.

4. Omozele Uwadia, Angela Okolo* et Uzoma Ajanwenyi Joseph. Perception, compréhension et expériences des mères prématurées en matière de pratique des soins maternels kangourous au Centre médical fédéral, Asaba. Nigéria. (E Cronicon OPEN ACCESS EC PAEDIATRICS EC PAEDIATRICS.) EC Paediatrics 11.3 (2022) : 48-55.
5. Salami O, Bamidele O, Ajanwenyi J, Origbo L , Okolo A. Admissions prématurées à la NNU de FMC Asaba, Nigéria. Niger J Paediatr 2020 (2)