

Mémoire original

Paramètres anthropométriques, fréquence et facteurs de risque du retard de croissance intra-utérin chez le nouveau-né à terme dans la région du Nord-Togo

Anthropometric parameters, frequency and risk factors of intrauterine growth retardation in full-term infants in North Togo

K. Djadou ^{a,b}, K. Sadzo-Hetsu ^c, K. Tatagan-Agbi ^d, K. Assimadi ^d, K. Sodzi ^e, A. Lapillonne ^{b,*}

^a Hôpital d'enfants, BP 59 Dapaong, Togo

^b Service de néonatalogie, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Assistance-publique-Hôpitaux-de-Paris, 74, avenue Denfert-Rochereau, 75014 Paris, France

^c Programme tuberculose, Ministère de la santé, Lomé, Togo

^d Service de pédiatrie, centre hospitalier universitaire, BP 57 Lomé, Togo

^e Service maternité, centre hospitalier régional, BP 57 Dapaong, Togo

Reçu le 25 octobre 2004 ; accepté le 8 mars 2005

Disponible sur internet le 11 mai 2005

Résumé

Objectif. – Établir les paramètres anthropométriques du nouveau-né à terme à la naissance, déterminer la fréquence du retard de croissance intra-utérin à terme et étudier les facteurs de risque maternels et socioéconomiques associés au retard de croissance intra-utérin dans la population africaine du Nord-Togo.

Méthodologie. – Étude prospective sur 12 mois dans la région des savanes du Nord-Togo. Mille six nouveau-nés vivants à terme, nés par voie basse, issus de grossesses normales monofœtales et indemnes de maladie néonatale mettant en jeu le pronostic vital, et leurs mères ont été inclus.

Résultats. – Le poids de naissance moyen était de 2938 ± 421 g. L'incidence de l'hypotrophie était de 11,7 %. Parmi les facteurs de risque maternels et socioéconomiques, les mères mineures, les mères de poids inférieur à 50 kg ou les mères avec un indice de masse corporelle inférieur à 20 kg/m^2 avaient un risque statistiquement augmenté d'avoir un enfant atteint de retard de croissance intra-utérin (risque relatif = 2,71 ; 2,57 ; 1,79 respectivement). La profession du père influençait également le poids de la mère et de l'enfant à la naissance.

Conclusion. – La reconnaissance de ces facteurs de risque simples à identifier peut nous conduire à des recommandations spécifiques pour cette population.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – To establish fullterm newborn anthropometric parameters to determine the frequency of intrauterine growth retardation and to study mother's and socio-economic risk factors associated with the intrauterine growth retardation in the population in North-Togo.

Methods. – Twelve month prospective study in the savana area in North-Togo. One thousand and six alive newborns born after normal single pregnancy, and without severe neonatal diseases were included.

Results. – The mean birth-weight \pm SD was 2938 ± 421 g. The incidence of low birth-weight was 11,7%. Among mother's and socio-economic risk factors, teenage mothers, mothers with a weight lower than 50 kg or with body mass index lower than 20 kg/m^2 had a significantly high risk of having a child with intrauterine growth retardation (Odds ratio = 2,71; 2,57; 1,57 respectively). Father's job also affected the mother's and newborn's weight.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexandre.lapillonne@svp.aphp.fr (A. Lapillonne).

Conclusion. – The recognition of these easy to identify risk factors should allow specific recommendations for this population.
© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anthropométrie ; Nouveau-né ; Hypotrophie néonatale ; Grossesse ; Malnutrition ; Retard de croissance intra-utérin ; Pays en voie de développement

Keywords: Anthropometry; Infant; small for gestational age; Pregnancy; Infant nutrition disorders; Fetal growth retardation; Developing countries

L'hypotrophie néonatale est un problème important de santé publique tant dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement en raison d'une morbidité et d'une mortalité périnatale plus élevées [1]. Le dépistage du retard de croissance intra-utérin (RCIU) se fait habituellement en cours de grossesse grâce à la biométrie fœtale et permet le suivi approprié des grossesses à haut risque. La fréquence du RCIU dans les populations industrialisées est de 4 % environ des nouveau-nés [2]. En Afrique, l'incidence du nouveau-né de faible poids de naissance est plus élevée et comprise entre dix et 20 % dont les deux tiers pourraient être représentés par des nouveau-nés atteints de RCIU [3]. Dans les pays en voie de développement, et en Afrique en particulier, le diagnostic des RCIU, à l'inverse des pays industrialisés, se fait la plupart du temps au moment de l'accouchement en raison de l'absence de moyen efficace de dépistage in utero. En l'absence de diagnostic anténatal, la connaissance de facteurs de risque de RCIU dans une population donnée apparaît primordiale car elle peut permettre une prise en charge mieux adaptée de la mère et de l'enfant.

La région des savanes est la région la plus au nord du Togo. Elle couvre une superficie de 8534 km² et est limitée au nord par le Burkina Faso, à l'est par le Bénin, à l'ouest par le Ghana, au sud par la région de la Kara. Le climat est de type soudanien avec une saison pluvieuse de mi-mai à mi-octobre et une saison sèche de mi-octobre à mi-mai. La population était estimée à 611 510 habitants en 2001. Les principales ethnies sont les Moba-Gourma (63 %), les Tchokossi (10 %) et les Ngam-Ngam (7 %). La région est à vocation agropastorale essentiellement. À l'inverse de la région du Sud-Togo, cette région n'a pas d'accès direct sur la mer. Sur le plan sanitaire, la région des savanes regroupe quatre préfectures, compte 58 centres de santé, quatre hôpitaux de préfecture, et le centre hospitalier régional (C.H.R.) de Dapaong. Neuf mille bébés environ naissent par an dans cette région. La situation sanitaire est précaire avec des taux de mortalité néonatale, infantile et maternelle de 3,38 % ; 8,9 % ; 0,478 % respectivement [4].

L'objectif de cette étude était d'identifier des facteurs de risque associés au RCIU qui soient simples et faciles à déterminer afin d'envisager une information du personnel de santé et des femmes en âge de procréer et permettre ainsi une prise en charge périnatale la plus adaptée possible des enfants atteints de RCIU. Nous avons donc réalisé une étude prospective sur un an dans la région des savanes du Nord-Togo afin de décrire les normes anthropométriques des nouveau-nés à terme, de déterminer la fréquence du RCIU à terme et d'étudier les facteurs de risques maternels et socioéconomiques associés.

1. Patients et méthodes

L'étude a été réalisée prospectivement du 1^{er} août 1999 au 31 juillet 2000 dans la région des savanes du Nord-Togo. Afin de réaliser une étude représentative de la région des savanes nous avons sélectionné 12 centres de soins également répartis entre les quatre préfectures.

Le personnel de chaque centre de soins a été préalablement formé par une seule personne [K.D] afin d'assurer l'homogénéité de la formation et du recueil des données cliniques et de l'interrogatoire. Tous les renseignements recueillis chez les mères et leurs nouveau-nés ont été enregistrés sur une fiche de collecte préalablement établie. Le personnel a été prié d'inclure consécutivement tout couple mère-enfant présentant les critères d'inclusion.

L'âge, le poids, la taille, l'indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille en m²) de la mère, la profession du père et de la mère ont été recueillis à l'admission. En cas d'incertitude sur l'âge de la mère, la patiente a été exclue de l'étude (le nombre de femmes exclues pour incertitude de l'âge n'a pu être évalué). Les critères d'inclusion dans l'étude étaient les suivants : nouveau-né à terme (terme compris entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée), né vivant par voie basse, indemne d'affection néonatale mettant en jeu le pronostic vital, dont le score d'Apgar à cinq minutes était supérieur à sept, et issu d'une grossesse monofœtale normale. Tout nouveau-né présentant des malformations congénitales, une dysmorphie, né en dehors du dispensaire ou né d'une grossesse ayant posé des problèmes particuliers, hypertension artérielle notamment, était exclu de l'étude. Le nombre des nouveau-nés non inclus pour difficulté d'estimation du terme n'a pu être évalué avec précision.

Le poids de la mère a été mesuré en kilogramme, avant l'accouchement, à l'aide d'un pèse-personne. Le personnel a été prié de peser les mères debout, immobiles, sans appui, uniquement vêtues d'un sous-vêtement ou d'un pagne léger. La taille de la mère a été mesurée à l'aide d'une toise pour adultes graduée en centimètres, les pieds joints, les bras pendant le long du corps, les genoux bien en extension, le dos, les fesses et les talons appliqués contre le montant vertical de la toise. L'âge gestationnel a été estimé à partir du premier jour de la date des dernières règles. Du fait de l'incertitude fréquente des mères concernant cette date et de l'absence de confirmation échographique, l'âge gestationnel n'a pas été retenu dans l'analyse statistique et a été utilisé uniquement pour différencier les accouchements prématurés des accouchements à terme. Une prescription de fer, de foldine, et de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9370049>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9370049>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)