

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention
du Diplôme de Médecine Générale

Thème :

**EXAMEN SYSTEMATIQUE
DU NOUVEAU-NÉ**

Présenté par :

Dr. MERAD BOUDIA Manel

Dr. SARI Mohammed Chihab

Encadré par :

Pr. SMAHI Mohammed Chems-Eddine

Année Universitaire 2013-2014

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier notre responsable le Professeur SMAHI CHEMS EDDINE MOHAMMED pour ses conseils judicieux, ses remarques objectives et surtout de sa disponibilité permanente qui nous ont permis d'effectuer un stage très instructif au sein du service de pédiatrie du CHU de Tlemcen.

Nos remerciements vont aussi à Monsieur le chef de service de pédiatrie, le Professeur MASSEN qui grâce à son expérience nous a permis de faire nos premiers pas en pédiatrie.

Nous profitons aussi de cette opportunité pour exprimer notre gratitude à tous nos Professeurs, Maitres-Assistants, Assistants, et Résidents qui ont contribué grâce à leur collaboration et leur disponibilité à la formation de notre métier de médecin.

Nous n'oublions pas d'adresser notre gratitude à tous nos collègues et amis pour leur soutien et encouragement à l'élaboration de ce travail.

Enfin, notre pensée va à nos parents, qui nous ont aidés avec patience et persévérance tout au long de notre formation médicale.

Sommaire

Introduction générale	
1-Généralité sur l'examen systématique de nouveau-né en Algérie	06
2- Selon l'OMS	07
3- sur le plan juridique	09
Synthèse bibliographique	
1- L'examen du nouveau-né normal	11
2- A la sortie de la maternité	12
3- Les dépistages biologiques systématiques	14
4- Prescriptions à la sortie de la maternité	15
5- Repères pour les premiers mois (jusqu'à 6 mois)	17
6- Certificats et autres	17
7- Les situations particulières nécessitant une prise en charge spécialisée	17
Matériels et méthodes	
1- But de l'étude	24
2- Objectif de l'étude	24
3- Matériels et méthodes	24
4- Population étudiée	25
5- Recueil des données	25
Résultats	
1- Présentation des tableaux et histogrammes	26
2- Description des résultats selon le sexe	31
3- Description des résultats selon le mois de naissance	31
4- Description des résultats selon le type de pathologie	31
Discussions	
1- Critiques	34
2- Recommandations	34
Conclusion	36
Références bibliographiques	38

Introduction générale

1) Généralité sur l'examen systématique de nouveau né en Algérie : [1-6]

L'examen systématique du nouveau-né avant la sortie de la maternité est une obligation légale dans tous les pays qui dispose d'un système de santé adéquat. Il donne lieu à un certificat médical et à la consignation des résultats dans le carnet de santé [1]. Cet examen systématique est de réalisation courante en Algérie [2]. La sortie précoce de la maternité dans les régions du sud et des hauts plateaux algériens où les conditions sanitaires sont plus précaires fait que beaucoup de nouveau-nés à risque de maladie, reviennent dans les formations sanitaires au cours de la première semaine de vie dans un état de santé précaire et pour finalement y mourir [3].

La mortalité néonatale en Algérie reste élevée puisqu'elle était de 27,73‰ en 2010 en Algérie [4]. L'analyse structurale des différentes tranches de la période infantile révèle que l'accent doit être mis sur le segment néonatal si l'on espérait atteindre le 4ème objectif du millénaire pour le développement [5]. Aussi, l'examen systématique du nouveau-né avant la sortie de la maternité pourrait contribuer à la réduction de la mortalité néonatale par le dépistage et le traitement des nouveau-nés à risque de maladie.

2) Selon l'OMS [11]

Sur les 3,1 millions de décès de nouveau-nés survenus en 2010, entre un quart et la moitié ont eu lieu dans les premières 24 heures après la naissance. Bon nombre de ces décès surviennent chez des nouveaux nés prématurés, ou atteints d'infections ou souffrant d'asphyxie néonatale.

Le travail, l'accouchement et la période qui suit immédiatement la naissance sont les périodes les plus critiques pour la survie du nouveau-né et de la mère. Malheureusement, la majorité des mères et des nouveau-nés des pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoivent pas des soins optimaux lors de ces moments cruciaux.

Des interventions simples

Des études ont montré que de nombreux nouveau-nés peuvent être sauvés en recourant à des interventions qui ne nécessitent qu'une technologie simple. La majorité de ces interventions peuvent être assurées de manière efficace par une accoucheuse qualifiée s'occupant seule de la mère et du nouveau-né. Parmi les soins qui doivent être prodigués à l'ensemble des nouveau-nés figurent un séchage immédiat et complet, le contact peau à peau du nouveau-né avec sa mère, le clampage puis la section du cordon après les premières minutes qui suivent l'accouchement, la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif.

Les nouveau-nés qui n'ont pas commencé à respirer de manière autonome une minute après la naissance doivent bénéficier d'une ventilation par pression positive à l'air ambiant au moyen d'un sac et d'un masque.

Vaccination après la première heure de vie

Après la première heure de vie, les nouveau-nés doivent recevoir des soins oculaires, de la vitamine K et les vaccinations recommandées (dose de naissance du VPO et vaccin anti hépatite B et BCG). Ils doivent faire l'objet d'un examen afin que soient déterminés leur poids à la naissance, leur âge gestationnel, les éventuelles anomalies congénitales et signes de maladies néonatales. Des soins spéciaux doivent être prodigués aux nouveau-nés malades, à ceux qui sont nés avant terme et/ou de faible poids à la naissance, et à ceux qui

sont exposés au VIH ou infectés par le VIH, ou qui souffrent de syphilis congénitale.

3) Sur le plan juridique :

La responsabilité médicale du médecin pédiatre lors de l'examen du nouveau-né sera engagée comme toute autre responsabilité médicale c'est-à-dire une expertise sera effectuée.

Il n'existe aucun texte juridique précisant la responsabilité du médecin pédiatre concernant l'examen systématique du nouveau-né, cependant, toute faute ou erreur médicale commise par le pédiatre engendra une expertise médicale qui amènera à des mesures de dédommagement ou à une sanction pénale.

Synthèse bibliographique

1- L'EXAMEN DU NOUVEAU-NE NORMAL [8].

L'examen du nouveau-né normal se fait en deux temps : dès la naissance et à la sortie de la maternité, l'examineur prendra connaissance du dossier maternel et en particulier :

Situation socio-économique de la mère, antécédents médicaux et obstétricaux, déroulement de la grossesse et examens pratiqués (marqueurs sériques, échographies, croissance fœtale, facteurs de risque...)

Cette étape est capitale pour éviter de « passer à côté » de complications

(Ex : déficit auditif parental et dépistage audiométrique chez le Nouveau né)

1-1 dès la naissance

Trois objectifs :

- juger de l'adaptation immédiate à la vie extra utérine
- dépister les malformations majeures
- recueil des données anthropométriques et premiers soins
- prendre en compte les situations à risque

1-1-1 Adaptation à la vie extra utérine : le score d'Apgar

COTATION	0	1	2
Fréquence cardiaque	0	< 100	> 100
Mouvements respiratoires	0	irréguliers	réguliers
Tonus musculaire	0	léger tonus en flexion extrémités	bon tonus en flexion
Réactivité à la stimulation cutanée	0	grimace ou léger mouvement	cri
Coloration	cyanose ou pâleur	extrémités cyanosées, corps rose	enfant totalement rose

Intérêt : indicateur de la nécessité d'une « aide » ou d'une réanimation

Inconvénient : modifié par la prématurité, par les analgésiques / anesthésiques administrés à la mère.

1-1-2 Dépistage des malformations majeures

- cavité buccale : fente vélaire ou palatine
- atrésie œsophagienne : passage de la sonde gastrique
- atrésie des choanes : gêne respiratoire cédant aux cris
- anomalie périnéale : sexe, verge, testicules dans les bourses, position anale, atrésie ano-rectale
- anomalie des membres (syndactylies...)
- luxation de hanche : manœuvre d'ortolani

1-1-3 Premiers soins et mensurations

- séchage, lutte contre l'hypothermie
- poids – taille – périmètre crânien : à reporter sur les courbes
- ligature du cordon et désinfection de la plaie ombilicale (pansement local avec chlorexidine)
- désinfection oculaire (Posicycline ® collyre)
- administration de vit k1 (2 mg per os)
- pour les situations particulières voir plus loin

2- A LA SORTIE DE LA MATERNITE [8].

Check up complet. Sortie de plus en plus précoce : revoir vers 10 j (ou faire revoir par son médecin = transmission d'information)

2-1. contrôles anthropométriques : poids, taille, périmètre crânien

2-2. examen clinique

2-2-1 respiratoire : inspection – cinétique thoraco abdominale

- fréquence variable (éveil – cris) 25 à 60/min
- auscultation (axillaire)
- bruits anormaux (stridor)

2-2-2 cardiaque : auscultation cardiaque

- dépistage d'un souffle
- contrôle des pouls périphériques
- prise de la pression artérielle

- méthode du flush ou dynamap
- quelques valeurs : fréquence : 80/90 à 160 (cris) :
- TA systolique 60, diastolique 30, moyenne 40/45 mm Hg

2 2-3 *digestifs* : interrogatoire, recueil des données

- poids : perte physiologique de 10 % au 2^e/3^e jour, rattrapage au 10^e/15^e jour
- quantités prises : au sein ou au biberon
- date d'émission du premier méconium
- fréquence et aspect des selles habituellement 6 à 8 prises par jour
- 1 selle à chaque tétée ou presque (selles jaunes, liquides)
- Quantités prises : 40 à 60 ml par tétée les premiers jours
- Fin première semaine : 6 à 8 fois 60 à 80 ml

Examen :

- palpation abdominale : repérer le bord inférieur du foie, rate (pôle inférieur) souvent palpable bruits hydro-aériques
- examen de la plaie ombilicale
- orifice herniaire
- examen du périnée
- examen de la cavité buccale

2-2-4 *Examen neuro-moteur* : nécessité d'un enfant éveillé mais non agité (Pleurs)

*attitude spontanée en flexion des 4 membres

*réflexes primaires : agrippement, Moro, marche automatique, succion, déglutition, etc...intérêt limité : tronc cérébral !

*tonus musculaire :

tonus « passif » : angle pied/jambe 0° - poplité 90°

abduction membres Inférieurs .fléchis : 160 à 180°

abduction membre. Inférieurs tendus : 90°

retour en flexion des membres supérieurs

tête tenue sagittale en décubitus, mains fermées, membres

supérieurs fléchis sur le thorax

*posture

tiré-assis : suit tête dans l'axe assis tenu : tête sagittale « freine », chute AV et chute AR

Debout : redressement, diffuse jusqu'au tronc et à la tête
procubitus : peut tourner la tête de droite à gauche et vice versa

2-2-5 Examen des fonctions corticales

- vision et poursuite oculaire
- réactivité auditive, se calme à la voix
- réactivité olfactive (odeur de la mère)
- capacité à s'auto-apaiser (sucrer sa main)
- s'apaise dans les bras (contact)

2-2-6 Examen orthopédique

- hanche : dépistage de la luxation congénitale, manœuvre de Barlow ou d'Ortolani
- pied : dépistage d'un pied bot, varus, talus valgus (cf. cours orthopédie)

2-2-7 Dépistage sensoriel (cf. plus loin)

3- LES DEPISTAGES BIOLOGIQUE SYSTEMATIQUE [8].

Le dépistage biologique systématique ne se fait malheureusement pas dans les maternités de notre pays.

En France le dépistage de certaines pathologies se fait systématiquement a savoir :

Feuille buvard, cercles à remplir, la tache de sang doit « traverser » largement Dosages effectués sur éluât de sang séché

Autorisation parentale signée pour la mucoviscidose

Dépistages effectués :

- phénylcétonurie : fréquence 1/8 à 10 000, valeur seuil de phénylalanine : 2.5 mg pour 100 ml (cet examen est une chromatographie et dépiste aussi les autres aminoacidopathies)
- hypothyroïdie : fréquence 1 sur 3 à 5000
dosage de la TSH, valeur seuil : 20 µmicro u/ml
- hyperplasie congénitale des surrénales : fréquence 1/13 à 15 000
dosage de la 17 OH progestérone, valeur seuil : 60 ng/ml
- mucoviscidose : fréquence 1 / 2000

valeur seuil : 45 mcg de trypsine immunoréactive

si > 45 : contrôle n°2 ; si \geq 60 mcg : recherche par biologie moléculaire des principales mutations.

- drépanocytose : dépistage ciblé sur population à risque (Antilles, Afrique, SE asiatique...)

Form for newborn screening (dépistage néonatal). It includes fields for: NOM, Prénoms, Sexe (M/F), Date de naissance (JJ/MM/AAAA), Lieu d'accouchement et Code, Adresse des parents, and Ville. There are also checkboxes for 'Né à risque de Drépanocytose' and 'Transfusé'.

Form for newborn screening (dépistage néonatal) with a section for parental consent (AUTORISATION). It includes the text: 'Après avoir été informés, nous autorisons (coché, prérempli) notre père de l'enfant, mère de l'enfant, à autoriser / n'autorisons pas les médecins responsables du dépistage néonatal à réaliser, si besoin, un test génétique pour le dépistage de la mucopolysaccharidose.' It also features a signature line and a serial number (SN) 70447 277.

Papier buvard pour dépistages

4 – PRESCRIPTION A LA SORTIR DE LA MATERNITE [8]

(« Bases » de puériculture à expliquer aux parents)

4-1 Diététique

- encourager l'allaitement maternel.
- pour les femmes qui ne peuvent pas allaiter (contre indications a l'allaitement en conseille l'allaitement artificiel a raison de 5a6biberons par jour)
- Quantité du biberon qui augmente progressivement
- Prise pondérale 20gr/jr
- Contrôle hebdomadaire du poids
- lait industriel : respecter 1 mesure rase pour 30 g d'eau – lait 1er âge ou lait« modifié » (cf. cours diététique)

- respecter les proportions ne pas « forcer », ne pas limiter non plus laisser l'enfant s'adapter au nombre de prises essayer « d'allonger » la nuit

4-2 Vitamines

- vit D selon le schéma national 1^{er} et 6^{ème} mois
- vit K injectable en une prise unique à la naissance
- hydrosol poly vitaminé pour les prématurés
- Fer pour les prématurés et les petits poids de naissance.

4-3 Soins d'hygiène :

- bain ou lavage quotidien (savon doux)
- change (contrôle couche) après chaque tétée
- désinfection ombilicale jusqu'à la chute du cordon (5°-10° j.)

Ordonnance-type à la sortie de la maternité en Algérie

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE
HOPITAL MERE - ENFANT DE TLEMCCEN



ORDONNANCE

Tlemccen, le :

Délivrée par le Docteur :

A Mr. :

Age : Service :

1- Rifamycine	01 flc
1 goutte 3 fois/jour pendant 3 jours dans les 2 yeux.	
2- VIT D (amp. buv)	02 flc
Directement dans la bouche	
1 ^{ère} amp	1 mois de vie
2 ^{ème} amp	6 mois de vie
3- Dakin (solution)	01 flc
Période 15j.	
4- Compresses stériles	02 bts
Une compresse autour du cordon et une 2 ^{ème} sur cette dernière pour la maintenir en place	
5- Bandes de gaze	04 bts
A mettre autour de l'abdomen pour maintenir les compresses en place.	
6- Thermomètre électrique	01

Médecin traitant,

5 – REPERES POUR LES PREMIERS MOIS (jusqu'à 6 mois) [8].

5-1 Croissance

Poids : poids de naissance (3 à 3.5 kg)

X 2 à 4 mois - X 3 à 12 mois

Taille : TN (47 à 52 cm)

3 mois : 55 cm - 6 mois : 65 cm

PC : 4 cm par trimestre

Naissance 35-36 cm ; 3 M : 40 cm ; 6 M : 44 cm

5-2 Développement psychomoteur

3 M tête tenue – sourire réponse – babil « areu »

4 M commence à « ratisser » les objets et les porte à la bouche, tape

6 M assis (complet ou « tripode »)

Ratisse

Tourne dos □ ventre – rit.++ - attrape ses pieds

6 - CERTIFICATS ET AUTRES [8].

Donner un carnet de sante et le remplir correctement.

7 - LES SITUATIONS PARTICULIERES [8].

Nécessitant une prise en charge spécialisée

7-1 le pré terme

7-2 les défauts de paroi abdominale

7-3 les hernies diaphragmatiques

7-4 le nouveau-né de mère diabétique

7-5 les détresses respiratoires

7-6 l'atrésie de l'œsophage

7-1 Le pré terme

- Enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée.
- Prématurité simple (32 à 36 semaines)
- Prématurité modérée (29 à 32 semaines)
- Grande prématurité (moins de 28 et moins)

- Nouveau-nés fragiles exposés à plusieurs complications immédiates :
 - hypothermie : sécher et habiller rapidement – mettre en incubateur ou sur table à chaleur radiante – bonnet sur la tête
 - hypoglycémie : perfuser rapidement, veine périphérique ou veine ombilicale
 - détresse respiratoire : aider par une pression positive sur embout nasal ou intubation naso-trachéale – ventilation non agressive – adapter les besoins en oxygène sur la saturation (oxymétrie pulsée) – transférer vers un centre de niveau II ou III(SAMU ou SMUR spécialisé)
 - infection nosocomiale : masque – calot – gants stériles
 - ischémie cérébrale : éviter les à-coups hémodynamiques,
 - l’hyperventilation : prise en charge douce, non agressive, gestes mesurés.

7-2 Les défauts de la paroi abdominale

Diagnostiqués le plus souvent en prénatal.

7-2-1 le laparoschisis ou gastroschisis :

défaut précoce de la paroi abdominale latérale ;anses libérées dans le liquide amniotique, épaissies et violacées ; absence de malformations associées



laparoschisis

7-2-2 l'omphalocoele :

hernie d'anses intestinales dans le cordon ombilical, enveloppées par la gelée de Warthon, parfois très volumineux (peut contenir une partie du foie). Très souvent associé à des malformations digestives ou à des syndromes malformatifs (trisomies...).



A la naissance : protéger l'omphalocoele ou le laparoschisis (compresses stériles, imbibées de serum physiologique tiède (36°) ou sac stérile en plastique) de façon à éviter surinfection et pertes caloriques excessives. Transfert médicalisé dans un centre de niveau III.

7-3 - Les hernies diaphragmatiques

Diagnostic habituellement prénatal (échographie)

Sinon les signes sont :

- une détresse respiratoire
- un abdomen plat (ou même concave)
- le cœur est entendu à droite et l'hémi thorax gauche est silencieux

Ne pas faire : ventilation au masque

Au contraire :

- intuber et ventiler avec des pressions faibles (< 20 cm H₂O) et une fréquence élevée (60/mn)
- mettre une sonde gastrique et aspirer
- mettre une voie veineuse (veine ombilicale)
- transférer rapidement (SMUR ou SAMU)

7-4 Le nouveau-né de mère diabétique

Gros bébé joufflu macrosome (4 kg)

« Colosse aux pieds d'argile »

Risque élevé d'hypoglycémie profonde par « sevrage » maternel et hyperinsulinisme induit.

Donc :

- surveillance étroite des glycémies
- administration précoce d'une alimentation sucrée à 10 %
- si nécessaire voie veineuse périphérique et perfusion à la pompe de sérum glucosé
- Détresses respiratoires fréquentes par retard de résorption du liquide alvéolaire (naissance par césarienne)



Nouveaux nés de mère diabétique

7-5 - détresses respiratoires

Le diagnostic :

- Fréquence rapide (60 et plus / mn)
- Tirage sus et sous sternal
- Geignement expiratoire
- Cyanose

Le contexte doit orienter :

- Pré terme : maladie des membranes hyalines
- Césarienne : retard de résorption du liquide pulmonaire
- Liquide amniotique méconial, BB à terme : inhalation méconiale
- Asymétrie D/G à l'auscultation : pneumothorax

Prise en charge

7-5-1 *assistances respiratoires* : pression positive (embout nasal ou masque), respiration assistée sur intubation trachéale

7-5-2 oxygénothérapie en contrôlant l'oxymétrie pulsée O₂ réchauffé, humidifié

7-5-3 voie veineuse en vue de son transfert (veine ombilicale), sonde gastrique en décharge

7-5-4 cas particulier : hernie diaphragmatique (cf. plus haut)

7-6- L'atrésie de l'œsophage

Vérification systématique de la perméabilité œsophagienne (sonde gastrique et injection d'air tout en auscultant l'épigastre), surtout si l'on a la notion d'excès de liquide amniotique, souvent soupçonné en prénatal (échographie) mais non affirmable Dès les premiers soins effectués, en attendant son transfert en niveau III :

- installer demi assis ou incliné à 40°
- sonde œsophagienne en aspiration douce, fixée en bonne position dans le cul de sac œsophagien (contrôle radiologique)
- perfuser sur veine périphérique ou sur la veine ombilicale
- prendre contact avec le centre de niveau III qui le prendra en charge et contacter le SAMU ou SMUR (transfert médicalisé).

PARTIE EXPERIMENTALE

Matériel et méthodes

1. BUT DE L'ETUDE :

Le but de notre étude est de mettre en évidence l'intérêt de l'examen systématique de nouveau-né qui est un examen capital pouvant dépister les différentes pathologies néonatales à un stade précoce et d'instaurer une prise en charge immédiate.

2. OBJECTIF DE L'ETUDE :

Faire l'inventaire de toutes les pathologies recensées lors de l'examen systématique des nouveau-nés pendant 5 trimestres au niveau de l'EHS Tlemcen
Analyser les résultats obtenus.

3. MATERIELS ET METHODES :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive portant sur les registres des nouveau-nés vus lors de l'examen néonatal systématique au cours de la période du 01 janvier 2013 au 31 mars 2014.

Les consultations étaient assurées par un résident en pédiatrie et d'un médecin interne stagiaire. Les variables étudiées étaient :

- Nombre de naissance
- Nombre d'hospitalisation en service de néonatalogie
- Nombre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie
- Nombre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie + Détresse Respiratoire
- Nombre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie + cyanose faciale
- Nombre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie + Examen neurologique pathologique
- Nombre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie prématuré sans autre anomalie
- Nombre de nouveau-né avec DR sans prématurité
- Nombre de nouveau-né avec DR sur inhalation méconial probable
- Nombre de Macrosome issues de mère diabétique
- Nombre de Macrosome issues de mère non diabétique
- Nombre de nouveau-né avec un Examen neurologique pathologique

- Nombre de nouveau-né avec Sd poly malformatif
- Nombre de nouveau-né avec Bosse sero sanguine
- Nombre de nouveau-né avec Sd de paralysie du plexus brachial
- Nombre de nouveau-né avec Cyanose central
- Nombre de nouveau-né avec retard de croissance intra utérin
- Nombre de nouveau-né avec Souffle cardiaque
- Nombre de nouveau-né avec Chevauchement des os du crane

4. POPULATIONS ETUDIEE :

Nouveau-né au niveau de l'EHS Mères et Enfants Tlemcen de l'année 2013 et aussi des trois premiers mois de l'année 2014.

Notre étude ne prend pas en considération les naissances hors EHS.

5. RECEUIL DES DONNEES :

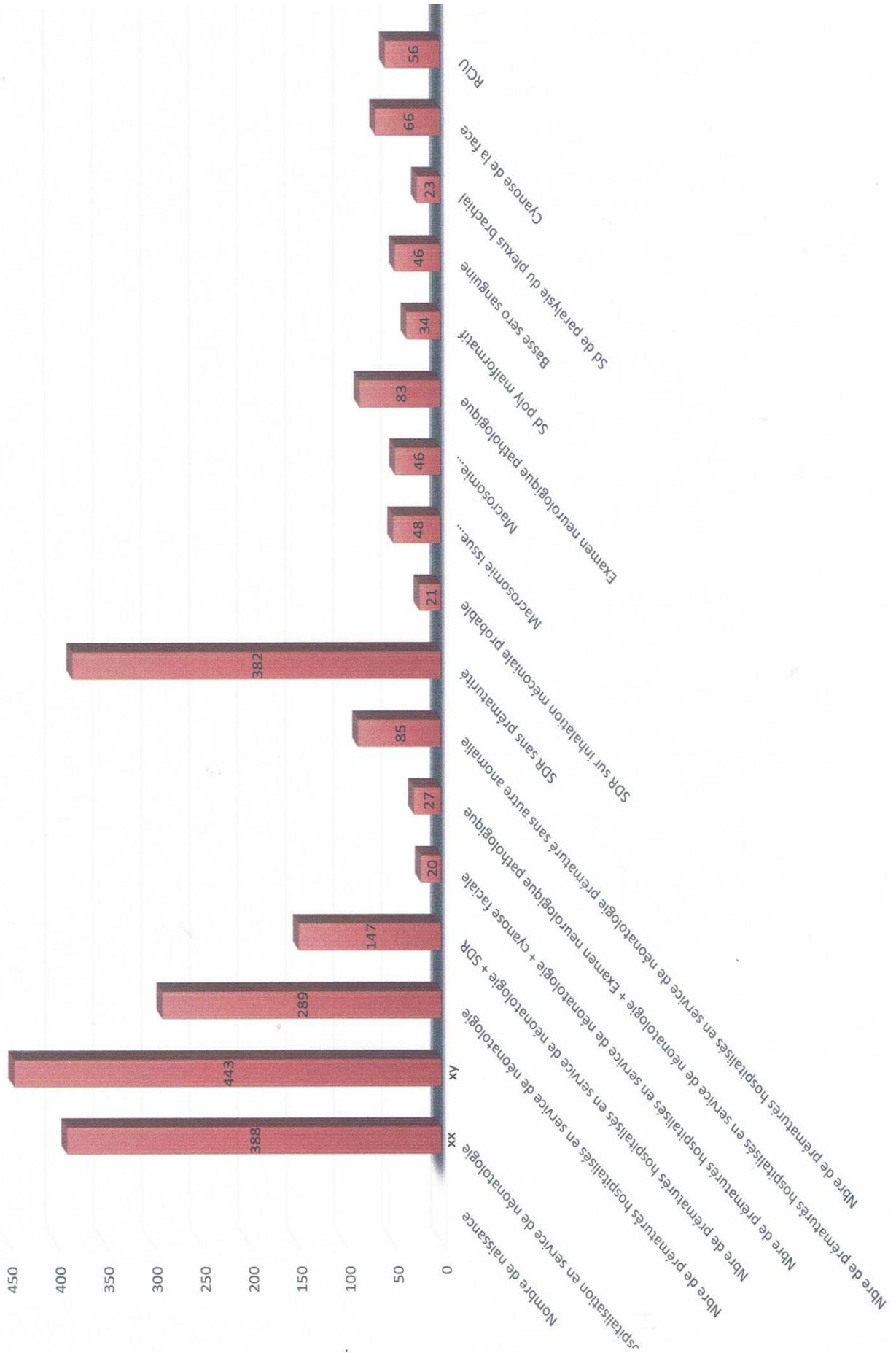
Le recueil des données s'est effectué au niveau de département des archives de l'EHS mère et enfant de Tlemcen où sont classés tous les registres des examens systématiques des nouveau-nés

Résultats

Tableau résumant les pathologies les moins fréquentes retrouvées à l'examen néonatal systématique

Année (2013) - Janvier, février, mars (2014)

MOIS	Pieds bots		Anencéphalie	Angiome stéllaire	dysmorphie faciale	Hydrocéphalie	Atrésie oesophagienne	Polydactylie	Agénésie des doigts	Spinabifida	Tuméfaction des bourses	Eccymose	Cyanose généralisée	Trisomie	Chevauchement des os du crâne
	Uni	Bi													
Janvier	0	0	1	1	0	2	4	0	0	2	0	1	3	1	2
Février	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Mars	0	0	1	0	0	0	2	2	1	1	2	0	1	2	1
Avril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Mai	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0
Juin	1	0	2	1	1	3	0	1	3	1	0	1	1	1	0
Juillet	1	0	0	0	0	3	2	0	0	5	0	3	2	0	1
Août	0	1	2	0	0	1	3	0	1	0	0	1	1	0	0
Septembre	0	0	0	0	0	4	2	0	0	1	0	2	2	0	2
Octobre	1	0	1	2	5	5	3	1	0	1	0	1	3	2	0
Novembre	1	0	0	0	0	3	2	0	0	2	1	0	2	0	3
Décembre	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1
Janvier	2	0	1	2	1	2	4	1	2	3	0	1	1	0	0
Février	1	0	0	1	2	2	2	0	0	1	2	4	2	0	1
Mars	0	1	3	2	1	0	1	2	1	2	0	3	1	0	1
TOTAL	7	3	15	10	10	26	28	8	8	19	6	19	24	6	13



MOIS	Nombre de naissance		Nbre d'hospitalisation en service de néonatalogie		Nbre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie + DR	Nbre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie + cyanose centrale	Nbre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie + Examen neurologique pathologique	Nbre de prématurés hospitalisés en service de néonatalogie prématuré sans autre anomalie	SDR sans prématurité	SDR sur inhalation méconiale probable	Macrosomie issue de mère diabétique	Macrosomie issue de mère non diabétique	Examen neurologique pathologique	Sd poly malformatif	Basse sero sanguine	Sd de paralysie du plexus brachial	Cyanose de la face	RCIU
	xx	xy	xx	xy														
Janvier	821	13	19	10	2	1	6	21	2	2	4	4	6	0	4	2	6	7
Février	691	13	20	11	0	2	7	23	0	0	4	4	8	3	3	0	0	2
Mars	954	39	27	12	2	2	12	23	1	1	5	5	5	2	3	4	7	5
Avril	856	29	16	12	1	0	3	31	1	5	0	0	7	1	1	0	2	2
Mai	874	29	28	11	1	2	4	26	1	4	3	3	5	2	2	2	6	3
Juin	583	22	16	10	2	1	3	26	3	2	1	1	6	1	2	1	5	7
Juillet	1012	34	15	4	0	3	5	38	3	7	1	1	10	0	1	0	2	3
Août	1049	12	12	7	0	0	5	28	1	1	1	1	4	5	1	0	4	6
Sept	764	48	22	9	3	2	8	23	2	6	4	4	6	1	4	2	8	4
Oct	798	36	15	9	3	1	2	36	1	8	5	5	3	2	3	1	6	0
Nov	823	39	21	8	1	2	10	23	2	6	3	3	6	2	8	0	5	4
Déc	891	15	14	11	0	2	3	22	0	1	1	1	1	1	0	0	2	1
Janvier	722	29	28	10	2	5	11	13	2	1	7	7	6	0	0	4	3	3
Février	750	13	20	11	1	1	6	26	0	1	4	4	2	5	7	3	6	5
Mars	650	17	16	12	2	3	0	23	2	3	3	3	8	9	7	4	4	4
TOTAL	12238	388	289	147	20	27	85	382	21	48	46	46	83	34	46	23	66	56

450

400

350

300

250

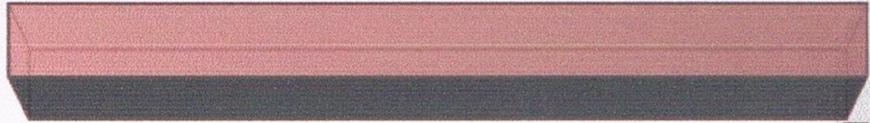
200

150

100

50

0



PIEDS BOTS

ANNONCEPHALIE

ANGIOME STELLAIRE

DYSMORPHIE FACIALE

HYDROCEPHALIE

ATRESIE OESOPHAGIENNE

POLYDACTYLIE

AGENISIE DES DOIGTS

SPINA BIFIDA

TUMEFACON DES BOURSES

ECCHYMOSE

CYANOSE GENERALISEE

TRISOMIE

CHEVAUchement DES OS DU CRANE

1 description des résultats selon le sexe :

Le taux hospitalisations des nouveau-nés de sexe masculin qui représente 53.3 % excède légèrement celui des hospitalisations de nouveau-né de sexe féminin qui représente 46.69%.

2 descriptions des résultats selon le mois de naissance

Le record des hospitalisations de nouveau-née oriente depuis la maternité de Tlemcen a été enregistré pour le mois d'août avec un pourcentage de 10.36% pour toute l'année 2013, succède directement par le mois de juillet avec un pourcentage hospitalisations de 10% et en troisième position le mois de mars avec un pourcentage de 9.43%.

Par ailleurs le taux le plus bas a été enregistré pour le mois de juin avec 5.76%

3 descriptions des résultats selon le type de pathologie néonatale enregistrée

Le nombre des prématurés représente 2.36% des naissances globales, tout en sachant que la prématurité représente 34,71% des motifs hospitalisations de nouveau-née en service de néonatalogie.

Pour ces mêmes nouveau-nés la détresse respiratoire représente la pathologie la plus fréquemment retrouvée elle est présente chez 50% suivie directement par hypotonie axiale ou avec plus de 9.34% et enfin de la cyanose centrale avec 6%

Cependant 29% des prématurés présentaient un examen clinique sans particularités

Concernant les macrosomies ils représentent 32.52% du nombre hospitalisations 16.60% d'entre eux sont issues de mères diabétiques et 16.23% sont issues de mères non diabétiques ce qui représente des proportions presque identiques.

15.9% des nouveau-nés hospitalisés présentaient une bosse sero-sanguine ce qui représente 375 cas de bosse sero sanguine sur 100.000 naissances.

22.3% des hospitalisations présentaient une cyanose centrale.

14.87% des hospitalisations présentaient un souffle cardiaque a l'auscultation.

7.95% des hospitalisations présentaient un syndrome de paralysie du plexus brachiale.

11.73% des nouveau-née hospitalises présentaient un syndrome polymalformtif ce qui représente 270 cas pour 100.000 naissances

106 naissances sur 100.000 présentaient un chevauchement des os du crane.

155 naissances sur 100.000 présentaient une ecchymose.

Discussion

1- CRITIQUE :

*Le nouveau-né subit trois examens au cours de son séjour en maternité : à la naissance, au premier jour de vie, le jour du retour à domicile. Ces examens sont complémentaires. Pour changer les pratiques et reconnaître les pathologies les plus fréquentes le plus rapidement possible. L'examen du premier jour de vie qui fait partie intégrante des compétences du pédiatre et de la sage femme Il serait néanmoins utile qu'ils effectuent un examen complet; Il faudrait mettre en place une nouvelle organisation de service leur permettant d'effectuer cet acte dans les meilleures conditions possible.

Pour une prise en charge optimale des nouveau-nés, le développement des sorties précoces va entraîner une nouvelle diminution des durées de séjour en maternité. Le pédiatre effectuera alors les examens de sortie au deuxième ou troisième jour de vie. Certaines pathologies néonatales risquent donc de se révéler à domicile.

*a la fin de notre étude les points clé qui ont attiré notre attention était :

-les nouveaux nés avec détresse respiratoire qui présente l'une des pathologies les plus fréquente a la naissance et ceci pour 2raisons :

*accouchement prématuré

*prise de décision en retard amenant a des césariennes compliqué

*évacuation tardives provoquant des accouchements traumatiques

(forceps, césarienne).

2-RECOMMANDATIONS :

Notre expose porté sur l'intérêt de l'examen systématique du nouveau né et ceci afin :

*de dépister toute les malformations et anomalies du nouveau-né dans la maternité afin de pouvoir prendre en charge correctement et diminuer aussi la mortalité néonatale.

*depuis 1962 l'Algérie a tout fait pour diminuer cette mortalité en formant le personnel adéquat (gynécologue, pédiatre, sage femme, puéricultrice) afin d'agir en amont et en aval chez les mamans et leur nouveaux nés.

*en 2014 bien que la mortalité a diminuer considérablement cependant il y'a toujours des carences dans les villes du sud algérien (par manque de personnel) et même dans les régions du nord beaucoup reste a faire auprès des femmes pour leur impliquer les bases fondamentales de la prise en charge de leur bébé.

CONCLUSION

La présente expérience montre que l'examen systématique du nouveau-né avant la sortie de la maternité est non seulement indispensable mais surtout avait une utilité indéniable vu les pathologies potentiellement mortelles dépistées et traitées.

REFERENCES

- [1]. Roussey M., Kremp O. Examens systematiques de l' enfant. EMC (Elsevier Mass-SAS, Paris), Pediatrie 2007
- [2]. Ayvi B, Alihonou E, Dan V, Koumapkai S. Medecine neonatale : Etat actuel et perspectives d' avenir Med Afr 1994
- [3]. Ayivi B, Badirou F, Alihonou E. Prise en charge du nouveau-ne : Etat actuel et difficulte ArchPediatr 1999
- [4]. Institut National de la Statistique et de l' Analyse Economique et Macro International Inc. 2007 : Enquete Demographique et de Sante (EDSB-III) - 2006. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l' Analyse Economique et Macro International Inc.
- [5]. Hoad D, Nga T, Malqvist M, Person L. Persistant neonatal mortality despite improved under-five: a retrospective study in northern Vietnam Acta Paediatr 2008
- [6]. Stracsek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet J-M. Sorties precoces de maternite : quels problemes anticiper ArchPediatr 2008
- [7]. Truffert P, Zetlin J, Roze JC. Epidemiologie perinatale. In Laugier J, Roze JC, Si-meono U, Saliba E. Soins aux nouveau-nes avant pendant et apres la naissance. 2^{eme} edition Masson, Paris 2006 :
- [8]. Professeur M. Rolland (rolland.m@chu-toulouse.fr) version 2008
- [9]. Lawn J, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet 2005
- [10]. LABIE D. Le scandale des 4 millions de morts neonatales chaque annee : Bilan et actions possibles. Medecine/Sciences 2005 ;