



Syndrome hémorragique du nouveau-né. Profil épidémiologique, facteurs de risque et pronostic aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi

Marie E. Lumbo^{1,2}, Gloria B. Ikomba^{1,3}, Arthur T. Kabuamba¹, Macky Makinko¹,
Guelord K. Mutoke¹, Clémentine T. Katamea¹, Adonis M. Nyenga¹,
Maguy S. Kabuya¹, Assumani N'simbo¹

¹ Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

² Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, Kindu, République Démocratique du Congo.

³ Centre Hospitalier Universitaire Renaissance de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction : L'hémorragie est un des symptômes fréquemment rencontrés en néonatalogie, nécessitant une prise en charge spécifique et une surveillance particulière. L'objectif était de déterminer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique, les facteurs de risque et le pronostic du syndrome hémorragique du nouveau-né aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi (CUL).

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale de 2018 à 2023 incluant 182 nouveau-nés hospitalisés à l'unité de néonatalogie aux CUL dont 91 cas. Le T test a été utilisé pour établir les associations entre les variables de l'étude. La différence a été significative pour une valeur de $p \leq 0,05$.

Résultats : La fréquence dans cette étude était de 11,6% pour une prédominance de sexe masculine (60,98%) avec un sex ratio de M/F de 1,5. Les prématurés étaient majoritaire (87,91%) soit 60% étaient grand prématurés, alors que chez les témoins, ces proportions étaient respectivement 45,28 et 13,18. La moyenne du poids était inférieure au percentile 10 sur la courbe de Lubchenko. La majorité des cas avaient présenté l'hémorragie entre le 2^{ème} et le 14^{ème} jour de vie, soit la forme classique du syndrome hémorragique.

Conclusion : Le syndrome hémorragique constitue un problème de santé néonatale aux CUL particulièrement chez les prématurés, de part sa fréquence et son taux de mortalité élevée.

Mots-Clés : Syndrome hémorragique, Epidémiologie, Facteurs de risque, Pronostic.

Introduction

Le syndrome hémorragique du nouveau-né regroupe l'ensemble des manifestations hémorragiques du nouveau-né [1]. Les causes sont multiples parmi lesquels figurent les carences en vitamine K, les anomalies de coagulation avec les expressions cliniques et biologiques diverses.

Correspondance:

Marie E. Lumbo. Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 827 200 818 - Email: docteurlumbo@gmail.com

Article reçu: 19-12-2024 Accepté: 21-02-2025

Publié: 24-02-2025



Copyright © 2025 Marie E. Lumbo *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Lumbo ME, Ikomba GB, Kabuamba AT, Makinko M, Mutoke GK, Katamea CT, Nyenga AM, Kabuya MS, N'simbo A. Syndrome hémorragique du nouveau-né. Profil épidémiologique, facteurs de risque et pronostic aux cliniques universitaires de Lubumbashi. Journal of Medicine, Public Health and Policy Research. 2025;5(1):1-5.

Trois formes sont retenues à savoir : la forme précoce qui survient dans les 24 premières heures de vie, la forme classique qui apparaît entre le 2^{ème} et le 14^{ème} jours de vie et la forme tardive qui survient entre la 2^{ème} semaine et le 12^{ème} mois de vie. L'hémorragie est un des symptômes fréquemment rencontrés en néonatalogie, nécessitant une prise en charge spécifique et une surveillance particulière [2].

Dans le monde, il touche environ 4,3% de naissances vivantes et représente près de 5,9% d'hospitalisations. L'expression clinique du syndrome est très variée. Selon le moment d'apparition, il existe 3 formes de la maladie à savoir : la forme précoce qui est la plus rependue (incidence 6 à 12%). Elle survient durant les 24 premières heures de la vie [3]. La forme classique, avec une incidence de 0,27 à 1,7% soit 1 à 2 cas sur 200 à 400 naissances vivantes en l'absence de prophylaxie et 0 à 0,44% en cas d'application de la prophylaxie. Elle survient entre le 2^{ème} et le 7^{ème} jour. La forme tardive survient au-delà du 7^{ème} jour. Elle touche environ 4,4 à 7,2 cas pour 100 000 naissances en Europe et en Asie [3]. Selon les causes, le saignement néonatal englobent les infections, la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), la thrombopénie, les lésions digestives et les traumatismes obstétricaux. Certains nouveau-nés peuvent présenter des hémorragies extériorisées, d'autres présentent des hémorragies internes ou profondes. Le traitement du syndrome hémorragique se fait en fonction de la cause. Dans la plupart de cas, le recours à l'administration de la vitamine K en prévention ou comme traitement curatif est indispensable [1,4]. En Afrique, les données sur le syndrome hémorragique du nouveau-né sont rares. La fréquence n'est pas bien connue, le diagnostic étiologique pose problème [5,6]. En République Démocratique du Congo et particulièrement à Lubumbashi, les données sur le syndrome hémorragique du nouveau-né sont quasi inexistantes. L'objectif de l'étude était de déterminer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique, les facteurs de risque et le pronostic du syndrome hémorragique du nouveau-né aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi.

Matériel et Méthodes

Cadre de l'étude

l'étude a été réalisée à l'unité de néonatalogie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi.

Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale à recolle des données retrospective, réalisée de 2018 à 2023.

Détermination de la taille de l'échantillon et technique d'échantillonnage

l'échantillon était calculé selon la formule de Cochran : $z^2 \cdot p(1-p) / m^2$. La taille de minimale était estimé à 45 nouveau-nés, le p estimé à 50. Notre échantillon était de 91 cas, nous avons pris tous les nouveau-nés ayant présenté les caractéristiques.

Critères d'éligibilité

Etaient éligibles, tous les nouveau-nés ayant présenté un saignement extériorisé au cours de l'hospitalisation, n'ayant pas d'autres pathologies génétiques ou acquises connue, pouvant entraîner des troubles de la crasse sanguine.

Outils et procédure de collecte des données

les données ont été collectées à travers les fiches des collectes, à partir des fiches de consultations, d'hospitalisation et des registres des malades.

Variables d'études et définitions opérationnelles:

- *Sexe* : morphologie des organes génitaux externes. 2 types de sexe étaient retenus à savoir : le sexe masculin et le sexe féminin.
- *Terme de naissance* : définie en fonction de l'âge clinique et exprimé en semaine.
- *Age chronologique* : durée de vie des nouveau-nés, exprimés en jour.
- *Poids de naissance* : poids du nouveau-né au moment de la naissance.
- *Percentile* : désigne le pourcentage de valeurs se trouvant au-dessus d'une valeur donnée.
- *Délai d'apparition de l'hémorragie* : le temps écoulé avant l'apparition d'un événement prédéfini, à partir du moment où les groupes d'un essai commencent à recevoir le traitement ou le placebo.
- *Contexte Clinique* : événement Clinique associé à l'hémorragie.
- *Expression Clinique* : manifestations cliniques ou symptômes.
- *Aspect du sang* ; coloration du sang.
- *Diagnostic Clinique* : Etat clinique responsable de l'affection.
- *Bilans biologiques* : analyses biologiques (sanguines) pouvant justifier les causes de l'hémorragie.
- *Traitement préventif* : interventions de santé qui visent à éviter la survenue d'une maladie.
- *Traitement curatif* : interventions de santé qui vise à guérir une maladie.
- *Evolution clinique* : progression clinique d'une maladie.

- *Pronostic* : la prédiction d'un médecin concernant le développement futur de l'état de son patient, et les chances éventuelles de guérison.

Résultats

Tableau 1. Distribution en fonction du terme de naissance, âge chronologique, poids de naissance et délai d'apparition d'hémorragie

Terme de naissance	Effectif (n=91)	Pourcentage
Sexe		
Masculin	57	59,34
Féminin	34	37,36
Terme de naissance		
Très grands prématurés (< 28 SA)	7	7,69
Grands prématurés (28-31 SA)	48	52,74
Prématurés moyens (33-37,4 SA)	25	27,47
Normal (37,5 – 42 SA)	11	12,08
Post terme (> 42 SA)	0	0,0
Age chronologique		
< 24 heures	0	0,0
2 – 14 jours	68	74,72
> 14 jours	23	25,27
Poids de naissance (percentile)		
≤ P3	12	13,18
P3-P9	38	41,75
P10-P90	41	45,05
> P90	0	0,0
Délai d'apparition d'hémorragie		
< 24 heures	0	0,0
2 – 14 jours	68	74,72
> 14 jours	23	25,27

Durant la période de notre étude, 780 nouveau-nés étaient hospitalisés au service de néonatalogie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi parmi lesquels 91 ont présenté un saignement extériorisé soit une fréquence de 11,6%. Dans la série, 57 nouveau-nés étaient de sexe masculin soit 62,63%, le féminin étaient au nombre de 34 soit 37,36% ; avec un sexe ratio de M/F de 1.67. La plupart de cas de notre série (80 cas) soit 89,7% étaient prématurés dont la majorité (48) soit 52,74% étaient grand prématurés. Les nouveau-nés à terme représentaient 11 cas soit 10,3%.

Au moment de l'étude, la plupart de nouveau-nés étaient à la 2^{ème} semaine de vie (68 cas) soit 74,72%. Les nouveau-nés âgés de plus de 2 semaines représentaient 25,27%. La moyenne d'âge était de 11 ± 2 jours. Le plus

grand nombre des cas 54,93% avaient un faible poids de naissance parmi lesquels 13,18% avaient une hypotrophie sévère (poids inférieur au percentile 3 sur la courbe de Fenton). Le syndrome hémorragique était classique (apparition entre le 7^{ème} jour et le 14^{ème} jours de vie) dans la majorité de cas 74,72%.

Tableau 2. Distribution en fonction des causes, l'expression clinique, aspect du sang et diagnostic

Variable	Effectif (n=91)	Fréquence
Contexte clinique		
Infection	44	48,35
Détresse respiratoire	12	13,18
Réanimation néonatale	32	35,16
Expression clinique		
Pétéchies	5	5,49
Hémorragie digestive haute	35	38,46
Hémorragie digestive basse	18	19,78
Epistaxis	6	6,59
Allongement du temps de saignement et de coagulation.	15	16,48
Aspect du sang		
Sang rouge vif	31	34,06
Sang digéré	60	65,93
Diagnostic Clinique		
Sepsis	58	63,73
Iatrogène	3	3,29
Maladie hémorragique	30	32,96

La majorité de cas (48,35%) des nouveau-nés avaient une infection néonatale, suivie de ceux qui avaient bénéficié d'une réanimation (35,16%) et la détresse respiratoire 13,18%. Cliniquement, les pétéchies étaient présentes dans 5,49% des cas, l'hémorragie digestive haute était l'expression la plus fréquente (38,46%). L'aspect du sang était rouge vif dans la plus grande proportion (65,93%). Le sepsis était le diagnostic le plus souvent évoqué (53,73%) suivi de la maladie hémorragique (32,96%) (Tableau 2).

Dans notre série, la plupart de nouveau-nés (74,72%) avait une hypoplaquettose, les causes n'étaient pas trouvées dans 21,97%. Tous les nouveau-nés prématurés (100%) avaient reçu systématiquement la dose prophylactique de la vitamine K1. La vitamine K1 et la dicynone étaient systématiquement administré chez les nouveau-nés ayant présenté une hémorragie digestive (Tableau 3).

Tableau 3. Distribution en fonction des bilans biologiques, traitement préventif par la vitamine k1 et évolution

Variable	Effectif (n=91)	Fréquence
Bilan biologique		
Hypoplaquetose	68	74,72
Human plaquet Antigen HPA	3	3,29
Causes non retrouvées	20	21,97
Traitement préventif par la vitamine k1		
Très Gd prématurés	7	7,69
Grand prématurés	48	52,74
Prématurés moyens	25	27,47
Nouveau-né à terme	0	0,0
Traitement curatif		
Vit K1	91	100
Dycinone (étamsylate)	91	100
Transfusion sang total	58	63,73
Transfusion plaquettes	13	14,28
Evolution		
Favorable	48	52,75
Défavorable	43	47,25
Pronostic favorable en fonction de l'âge gestationnel		
Très grands prématurés	2	28,57
Grands prématurés	21	43,75
Prématurés moyens	17	68
Nouveau-nés à terme	8	72,

La transfusion du sang total a été le traitement le plus utilisé dans notre série, la transfusion des plaquettes était utilisée dans une faible proportion 14,28%. L'étude a montrée une évolution favorable dans la plupart de cas (52,75%). En fonction des tranches d'âges, le nouveau-né à terme avaient un meilleur pronostic (72,72%). Chez les prématurés, l'évolution était favorable dans 50% de cas. la mortalité était de 47,25%. En fonction de l'âge gestationnel, elle était plus élevée (50%) chez les prématurés dont 71,43% chez les très grands. Elle était de 27,27% chez les nouveau-nés à terme (*Tableau 3*).

Discussion

Dans notre série, la fréquence hospitalière du syndrome hémorragique extériorisé était de 11,6%, le Sexe ratio M/F : 1.67. Au Sénégal Faye *et al.* avaient trouvé une fréquence légèrement faible 9,2% mais avec un sex-ratio (M/F) un peu plus élevé 1,9 [7]. Notre fréquence est doublement élevée par rapport à celles trouvées dans les études de

Salem *et al.* et Jabnoun *et al.* En Tunisie ont rapporté respectivement des fréquences de 2,17% et 5,9% des hospitalisations en néonatalogie [8,9]. Une ancienne étude Française avait trouvé une plus faible prévalence 2,7% [10].

La plupart de cas de notre série (80 cas) soit 89,7% étaient prématurés dont la majorité (48) soit 52,74% étaient grand prématurés. Cette fréquence est largement supérieure par rapport à celle Faye (26,8%) [7]. Dans notre série, l'hémorragie était souvent classique survenait souvent au cours de la deuxième semaine de vie. Ce résultat contraste avec les données de la littérature qui démontre une forte prévalence de la forme précoce 6 à 12% [11].

La plupart de nouveau-nés inclus dans notre série étaient à la 2^{ème} semaine de vie (68 cas) soit 74,72%. Ces chiffres corroborent les données de la littérature qui font état d'une prédominance de la forme classique (>50%) [12]. Par ailleurs, ils diffèrent de ceux trouvés par Faye qui avait trouvé une forte prédominance de la forme précoce (46,4%) des cas [11]. La plupart de nouveau-nés de notre série (88%) avaient un faible poids de naissance. Ces résultats concordent avec toutes les séries publiées dans la littérature [1-12]. Le syndrome hémorragique était classique (apparition entre le 7^{ème} jour et le 14^{ème} jours de vie) dans la majorité de cas 74,72% [3]. Cette fréquence est différente de celle rapportée dans la littérature où la forme précoce est plus retrouvée (incidence 6 à 12%) [3].

La majorité des cas (48,35%) avaient une infection néonatale une infection néonatale. Ces données sont semblables à l'étude de de Salem et Sankar et aux données de la littérature [8,9]. Cliniquement, les pétéchies étaient présentes dans 5,49% des cas, l'hémorragie digestive haute était l'expression la plus fréquente (38,46%). La même tendance a été observée dans l'étude de Faye au Sénégal (hémorragie digestive 31,7%) mais avec des proportions différentes pour des signes cutanés, hémorragies cutanées (26,8 %). L'aspect du sang était rouge vif dans la proportion (65,93%). Le sepsis était le diagnostic le plus souvent évoqué (53,73%) suivi de la maladie hémorragique (32,96%). Plusieurs études avaient trouvé les mêmes conclusions mais à des proportions disparates [7-10].

Le traitement était fait de la transfusion des plaquettes et de l'administration de la vitamine K. Ce protocole est semblable à celui qui a été utilisé en Tunisie et au Sénégal par les équipes de Salem *et al.* et Jabnoun *et al.* Faye *et al.* et le collège des médecins de famille du Canada [7-13]. Dans notre série, l'évolution était souvent favorable (52,3%). Le pronostic était meilleur chez les nouveau-nés à terme (89%); le taux de mortalité était plus élevé chez les prématurés (78%) [$p=0,00001$] IC 95%. Ces chiffres

dépassent largement ceux trouvés par Faye *et al.* (taux de mortalité 34,1%) en Afrique Subsaharienne.

Conclusion

Le syndrome hémorragique constitue un problème de santé néonatal aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi particulièrement chez les prématurés, de par

sa fréquence et son taux de mortalité élevée. Cette étude a démontré la nécessité, les moyens diagnostics devraient être renforcés en vue de favoriser les diagnostics étiologiques et d'identifier les saignements occultes. Cette étude pose les jalons pour les recherches de grande envergure dans notre milieu.

Conflicts d'intérêt : Aucun

Références

1. Shearer MJ. Saignement dû à une carence en vitamine K chez le nourrisson. *Révolution du sang*. 2009.
2. American Academy of Pediatrics, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né et section de l'anesthésiologie et de la médecine de la douleur. Prevention and management of procedural pain in the neonate : an update. *Pediatrics*. 2016;137(2):e20154271.
3. Takahashi D, Shirahata A, Itoh S, Takahashi Y, Nishiguchi T, Matsuda Y. Vitamin K prophylaxis and late vitamin K deficiency bleeding in infants : fifth nationwide survey in Japan. *Pediatr Int*. 2011;53(6):897–901.
4. Clarke P, Mitchell SJ, Wynn R, Sundaram S, Speed V, Gardener E, *et al.* Vitamin K prophylaxis for preterm infants : a randomized, controlled trial of 3 regimens. *Pediatrics*. 2006;118(6):e1657–66.
5. Greer FR. Vitamin K in human milk – still not enough. *Acta Paediatr*. 2004;93(4):449–50.
6. Clarke P, Mitchell S. Vitamin K prophylaxis in preterm infants : current practices. *J Thromb Haemost*. 2003;1(2):384–6.
7. Faye BF, Sylla A, Seck M, Sall A, Touré AO, Gueye NR, Signate-Sy H, Sall MG, Semer D, Diop S. Aspects diagnostiques et évolutifs des syndromes hémorragiques du nouveau-né à Dakar Aspects diagnostiques et évolutifs des syndromes hémorragiques dunouveau-né à Dakar
8. Salem N *et al.* Syndromes hémorragiques du nouveau-né. *Arch Pédiatre*. (2001)
9. Sankar MJ, Chandrasekaran A, Kumar P, Thukral A, Agarwal R, Paul VK. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding : a systematic review. *J Perinatol*. 2016;36(Suppl 1):S29–35.
10. Eugene Ng, Amanda D. Loewy, Document de principes : Lignes directrices sur la prophylaxie à la vitamine K chez les nouveau-nés. *Can Fam Physician*. 2018 Oct; 64(10): e431–e434. French.
11. Martín-López J.E *et al.* Vitamine K prophylactique en cas de saignement dû à une carence en vitamine K chez le nouveau-né. *Hôpital de la ferme*. 2011.