

Insuffisance rénale chez les nouveaux nés admis aux soins intensifs à l'EHS NOUAR FADELA Oran , Faculté de médecine d'Oran –Université Oran Bouabida D. ; Zemat.S;Belalaoui I



INTRODUCTION: L'insuffisance rénale du nouveau-né est une cause fréquente d'admission et de mortalité dans les unités de soins intensifs néonataux, particulièrement dans les pays en développement et sa fréquence semble en augmentation [1—5]. Il s'agit d'une situation clinique grave, associée à une morbi-mortalité élevée, en rapport avec des complications [6—8]. Le déclin de l'allaitement maternel représente le principal motif dans sa survenue. **L'OBJECTIF** était d'évaluer la fréquence de l'IR, d'apprécier la fréquence et les circonstances de survenue, de décrire la symptomatologie clinique, de déterminer les étiologies ou facteurs de risque, d'évaluer la prise en charge et le pronostic fonctionnel et vital.

TAB.1 SIGNES CLINIQUES ASSOCIES A L'IR	Pourcentage(%)
Hypothermie	2%
Hyperthermie	23,5%
Ictère	25,5%
Hypotonie	17,6%
Convulsions	5,4%
Détresse	5,9%
respiratoire	
Apnées	2%
État de choc	3,9%

TAB.2 Caractéristiques néonatales	Pourcentage
Voie d'accouchement	
Voie basse	21,8%
Terme	
Prématuré	8%
À terme	92%
Réanimation	3,9%
Poids de naissance(Moyenne)	3200±442 gr
Mode d'alimentation	
Maternel exclusif	64,7%
Mixte	3,9%
Artificiel	27,5%

FACTEURS AGRAVANT L'IR	Décès (%)	Valeur p
Déshydratation	55,0	<0,001
Détresse respiratoire	38,3	0,019
Apnée	88,9	<0,001
Trouble de la conscience	57,1	<0,001
Convulsions	40	0,056
Choc hypovolémique	88,5	<0,001
Natrémie > 150 mmol/L	62,5	<0,001

PATIENTS ET METHODE: était d'évaluer la fréquence, la clinique, les facteurs de risque de l'IR dans une unité de soins intensifs. **Population de l'étude:** Nous avons inclus tous les nouveau-nés et nourrissons âgés de 0 à 30 jours, hospitalisés durant la période avec des signes cliniques et biologiques de déshydratation. L'hypernatrémie était définie par une natrémie ≥ 150 mmol/L. Les données étaient recueillies sur Excel et analysées à l'aide du logiciel R 3.5.0. **Recueil et analyse des données:** Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation et consignées sur une fiche de recueil établie à cet effet. Nous avons collecté les données sociodémographiques (âge, sexe du nouveau-né, adresse de la famille, niveau d'instruction de la mère et niveau socioéconomique); les données maternelles et obstétricales (âge maternel, gestité, parité, suivi de la grossesse, pathologies obstétricales); les données de l'accouchement (lieu, terme, voie, adaptation néonatale, notion de réanimation), les données postnatales (trophicité, mode et délai d'alimentation, difficultés éventuelles de l'alimentation) et les données sur la déshydratation hypernatrémique (âge de survenue, facteurs étiologiques, symptomatologie clinique, pourcentage de perte de poids, natrémie, signes biologiques associés, modalités de prise en charge, cinétique d'évolution de la natrémie, évolution-pronostic à court et moyen terme). La perte de poids (par rapport à la naissance), était calculée par la formule suivante : $\text{perte de poids} = (\text{poids de naissance} - \text{poids à l'admission}) / \text{poids de naissance} \times 100$. Les données collectées étaient saisies sur un logiciel Excel. Les résultats ont été exprimés en effectifs et pourcentage, représentés sous formes de tableaux ou sous forme de graphiques. L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel R 3.5.0. avec une étape descriptive des paramètres de position (moyennes, médianes, fréquences) et de paramètres de dispersion (écart type, extrêmes) et une étape analytique à l'aide des tests du Chi² et de Fisher selon leurs conditions d'applicabilité. La différence a été considérée statistiquement significative lorsque le P était inférieur à 0,05



CONCLUSION: L'IR est associée à une morbi-mortalité élevée principalement la deshydratation et doit être prévenue par des mesures de promotion de l'allaitement maternel et une surveillance pondérale dans les premiers jours de vie



DISCUSSION: Notre fréquence hospitalière de 11,8% d'insuffisance rénale était notée chez nos nouveau-nés. La principale cause était la déshydratation. Ce taux était de 19% dans la série de Trotman en Jamaïque [13] et de seulement 5% dans la série de Ünver Kor'gali en Turquie [24]. Concernant la biologie, la moyenne des valeurs maximales de la natrémie était assez élevée dans notre série 180 mg /L. La natrémie moyenne était également autour de 160 mg/L dans les séries de Oddie en Grande Bretagne et Trotman en Jamaïque [2,13]. Une natrémie moyenne plus faible autour de 152 mmol/L était rapportée par Ünver Kor'gali en Turquie [24]. Dans la série de Bolat, seuls 3,7% avaient une natrémie supérieure à 160 mmol/L [8]. Une natrémie supérieure à 160 mmol/L est reconnue comme facteur de risque de complication et de décès [8,34]. Les autres complications métaboliques telles que les dyskaliémies et les dysglycémies étaient fréquentes dans notre population et sont autant de facteurs de morbidité et mortalité associés. Elles ont été observées à une fréquence moindre dans les autres séries [19,22,34]. **Pour les caractéristiques des nouveau nés:** l'âge moyen était de 38SA et 4 jours et un sex-ratio de 1,2. 64,7% des nouveau nés recevaient un allaitement maternel exclusif. La symptomatologie clinique était dominée par la fièvre (32%), les signes neurologiques (19,6%). Les principales complications étaient détresse respiratoire (5,9%), le choc hypovolémique (3,9%), les convulsions (2%). L'hypernatrémie était dans 19,9% des cas. Les anomalies biologiques associées étaient l'insuffisance rénale (11,8%), l'échec de l'allaitement maternel représentait 86,3% des circonstances étiologiques. La létalité était de 2%. La fièvre et le refus de téter sont les signes les plus constamment associés [12,24,29,30]. L'ictère est également un signe fréquent et peut concerner près de la moitié des cas dans certaines séries [11,14,17]. Nous l'avons noté dans 25,5% des cas. Les signes neurologiques à type de troubles de la conscience, du tonus ou de convulsions sont très fréquents, liées à l'hyperosmolarité plasmatique entraînant une souffrance cérébrale par déshydratation cellulaire neuronale [7,8,31]. Dans certaines séries, ces signes neurologiques étaient absents ou très peu observés [2,13,24].

RESULTATS: On a inclus dans notre étude, tous les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours, présentant une insuffisance rénale néonatale sévère était de 24% des malades. Le poids de naissance moyen était 3200 ± 442 gr. L'âge à l'admission médian des patients était de 8 jours et le sexe ratio est de 1,37 en faveur du sexe masculin. Le tableau clinique était dominé par : la déshydratation retrouvée chez 55% des cas, les troubles neurologiques chez 19,6% des malades, les signes respiratoires chez 5,9% des nouveau-nés. L'échographie post post-rénale avait mis en évidence dans 3 cas en rapport avec des uropathies malformatifs. Sur le plan biologique, le taux moyen de la créatininémie et de l'urée sanguine était de 19,01 +/- 2.34 mg/l et de 1.63 +/- 0.61g/l respectivement

REFERENCES

1. [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34] [35] [36] [37] [38] [39] [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54] [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] [62] [63] [64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73] [74] [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81] [82] [83] [84] [85] [86] [87] [88] [89] [90] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] [98] [99] [100]

