



Article original

Troubles glycémiques chez les nouveau-nés de 0 à 7 jours à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo

Glycemic disorders in newborns 0 to 7 days old at Nianankoro Fomba Hospital in Ségo

A Bah^{*1}, TB Bagayoko², A Kassogué¹, N Coulibaly¹, B Harber¹, A Thiéro¹, M Kanté¹, B Samaké³, M Keita³, SI Koné⁴, T Traoré⁵, M Guindo¹, M Coulibaly¹, M Diallo⁶, DS Coulibaly⁷, A Sanogo⁸, A Fofana⁹, MA Togo¹⁰, AN Coulibaly¹⁰, FT Dicko¹¹

Résumé

Introduction : Notre travail avait pour but d'étudier les troubles glycémiques chez les nouveau-nés de 0-7 jours à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique allant du 1er octobre 2018 au 30 mai 2019 dans le service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba (HNF) de Ségo.

Résultats : Pendant notre période d'étude sur un échantillon de 235 nouveau-nés, nous avons colligé 97 cas de troubles glycémiques soit une fréquence hospitalière de 41,3%. Les nouveau-nés avaient un âge compris entre 0 et 3 jours dans 94,04% des cas. Le sexe masculin prédominait avec 50,6% des cas. Les nouveau-nés ayant un poids de naissance compris entre 2500g et 3500g prédominaient avec 48,1% des cas. Les nouveau-nés in born représentaient 58,7% des cas. La notion de jeûne prolongé était retrouvée dans 82,1% des cas. L'hypotonie, le refus de téter et la cyanose étaient les signes cliniques les plus fréquents avec 27,2% des cas. La prématurité était le diagnostic prédominant avec 31,9 % des cas. La durée d'hospitalisation était comprise entre 2-7 jours avec 46% des cas. Les nouveau-nés sortis vivants

représentaient 72,1%.

Conclusion : Les troubles glycémiques sont une réalité dans le service de pédiatrie de l'HNF de Ségo avec une fréquence hospitalière de 26,8% pour l'hypoglycémie et de 14,5% pour l'hyperglycémie. Ces chiffres démontrent l'importance et la nécessité pour les agents de santé de rechercher les facteurs de risque afin de dépister rapidement ces troubles et d'assurer une prise en charge adéquate.

Mots-clés : Troubles glycémiques, Nouveau-né, Ségo.

Abstract

Introduction: Our work aimed to study glycemic disorders in newborns 0 - 7 days old at Nianankoro Fomba Hospital in Ségo.

Methodology: This was a cross-sectional descriptive and analytical study from October 1, 2018 to May 30, 2019 in the paediatric ward of Nianankoro Fomba Hospital in Ségo.

Results: During our study period on a sample of 235 infants, we collected 97 cases of glycemic disorders, representing a hospital frequency of 41.3% of cases. Newborns were between 0 and 3 days old in 94.04% of

cases. The male sex predominated with 50.6% of cases. Newborns with a birth weight of between 2500g and 3500g predominated with 48.1% of cases. Born in-born infants accounted for 58.7% of cases. The notion of prolonged fasting was found in 82.1% of cases. Hypotonia, refusal to suck and cyanosis were the most common clinical signs with 27.2% of cases. Prematurity was the predominant diagnosis with 31.9% of cases. The length of hospital stay was between 2-7 days with 46% of cases. Newborns out alive accounted for 72.1% of cases.

Conclusion: Glycemic disorders are a reality in the paediatric ward of the HNF in Ségou with a hospital frequency of 26.8% of cases for hypoglycemia and 14.5% of cases for hyperglycemia. These figures demonstrate the importance and need for health workers to look for risk factors in order to quickly detect these disorders and ensure adequate management.

Keywords: Glycemic disorders, Newborn, Segou.

Introduction

Les troubles glycémiques sont l'une des perturbations métaboliques les plus fréquentes chez le nouveau-né au cours des 24 premières heures de vie en raison de la suppression brutale des apports nutritionnels continus par l'intermédiaire du placenta [1, 2].

L'hypoglycémie selon Kennet H Gabbay [3] se définit par une glycémie < 0,35g/l dans les trois premiers jours de vie ; < 0,45g/l dans les quatre à sept jours de vie.

L'hyperglycémie se définit par un taux de glucose >1,25g/l, situation moins fréquente et rarement préoccupante que l'hypoglycémie, elle résulte d'un déficit de sécrétion d'insuline, de la production d'une forme inactive d'insuline et ou du défaut de conversion de la pro-insuline active [3].

En Afrique la fréquence de l'hypoglycémie était de 19,3% sur une étude faite par Boudhraa K et al sur les complications métaboliques maternelles et néonatales en cas de diabète gestationnel à propos

de 220 cas en 2007 en Tunisie [4] et de 61,15 % au Centre Hospitalo-Université (CHU) Tokoin à Lomé par Azoumah K D sur l'évaluation des nouveau-nés de petit poids de naissance en 2006 [5]. Dans ces études, l'hyperglycémie n'as pas été pris en compte ; une étude faite par Ouédraogo S.O et al sur le profil à risque et pronostic néonatal de l'asphyxie périnatale au CHU Charle de Gaulle à Ouagadougou a montré que les troubles glycémiques était de 65,8 % (37,6 % pour l'hypoglycémie et 28,2 % pour l'hyperglycémie en 2013 [6].

Au Mali selon une étude réalisée au CHU Gabriel Touré de Bamako par Gilles Thierry N L en 2003, la fréquence des troubles glycémiques était de 28,6 % (15,3 % pour l'hypoglycémie et 13,3 % pour l'hyperglycémie) [7].

L'absence de données documentées portant sur les troubles glycémiques au service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et dans le but de connaître la part des troubles glycémiques dans la morbi- mortalité des nouveau-nés hospitalisés dans le service nous avons initié ce travail avec comme objectif d'étudier les troubles glycémiques chez les nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours hospitalisés dans l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Méthodologie

Cadre et lieu d'étude : L'étude s'est déroulée dans l'unité de néonatalogie du service de Pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Type et période d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique allant du 1er octobre 2018 au 30 mai 2019.

Population d'étude : L'étude a porté sur les nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours de vie hospitalisés chez qui une glycémie a été effectuée à l'admission et après 2 heures d'hospitalisation dans l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba.

Critère d'inclusion : Ont été inclus dans l'étude tous les nouveau-nés de moins de 7 jours de vie hospitalisés, chez qui le dosage de la glycémie a été

effectué. Le consentement éclairé des parents était obligatoire.

Critère de non-inclusion : N'ont pas été inclus dans cette étude les nouveau-nés de plus de 7 jours de vie hospitalisés et les nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours chez qui la glycémie n'a pas été faite ; et ceux dont les parents ont refusé de participer à l'étude.

Déroulement de l'enquête : Une fiche d'enquête a été établie pour chaque nouveau-né comportant les variables étudiées : Les examens complémentaires ont été demandés en fonction de l'orientation diagnostique, le suivi des malades était assuré après leur sortie.

Matériel d'étude :

- Un ruban gradué en millimètre pour mesurer la taille et le périmètre crânien
- Un glucomètre «ontouch» pour doser la glycémie en mg/décilitre
- Une balance marque chinoise avec une précision de ± 10 g
- Un thermomètre électronique (hartman digital) pour mesurer la température
- Un stéthoscope pour l'examen cardio-respiratoire
- Courbe de Lubchenco, Leroy-le Fort
- Score de Dubowitz et le score de Farr

Technique de prélèvement : Pour la glycémie rapide, elle a fait appel à la glycémie aléatoire par la technique de « dextro »

- Obtenir une goutte de sang par ponction aseptique (au gros orteil) après désinfection locale,
- mettre le glycomètre en marche,
- introduire la bandelette,
- déposer une goutte de sang sur la bandelette,
- attendre une minute pour lire,

L'affichage du résultat est automatique au bout de 45 secondes.

Collecte des données : Les données ont été collectées sur une fiche préalablement établie et testé dans le service. Les variables étudiées étaient : l'âge des nouveau-nés, le sexe, le motif de consultation, leur provenance et leur lieu de naissance, le type de consultation, les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des parents,

les caractéristiques cliniques et biologiques des nouveau-nés ainsi que leur devenir immédiat.

Analyse des données : Elles ont été saisies sur le logiciel world de Microsoft office et les graphiques sur le logiciel Excel de Microsoft office. L'analyse et le traitement des données ont été réalisés sur le logiciel IBM SPSS version 21. Le test statistique Khi2 de Pearson a été utilisé pour comparer nos résultats, avec une probabilité $p < 0,05$ considérée comme significative.

Considérations éthiques et déontologiques : Un assentiment verbal a été obtenu de la part des parents de tous les nouveau-nés. L'étude a été menée avec l'accord verbal des autorités administratives de l'hôpital Nianankoro Fomba.

Résultats

Pendant notre période d'étude, sur un total de 235 nouveau-nés, nous avons colligé 97 cas de troubles glycémiques soit une fréquence de 41,3% dont 26,8% d'hypoglycémie et 14,5% d'hyperglycémie (figure 1). Les nouveau-nés avaient un âge compris entre 0 et 3 jours dans 94,04% des cas (Tableau I). Le sexe masculin prédominait avec 50,6% des cas cependant trois (3) nouveau-nés présentaient une ambiguïté sexuelle soit 1,7 %. Les nouveau-nés ayant un poids de naissance compris entre 2500g et 3500g prédominaient avec 48,1 % des cas suivi des moins de 2500g et des plus de 3500g avec respectivement 44,7 % des cas et 7,2 % des cas (Tableau I). Les nouveau-nés transférés de la maternité de l'hôpital Nianankoro Fomba prédominaient avec 57% des cas, les autres 43 % des cas étaient soit amenés de la maison par les parents (15,3%) soit référés par d'autres structures de santé (27,3 %). Ils arrivaient dans les bras des accompagnateurs avec une fiche de référence (Tableau I). Ils venaient du milieu urbain dans 53 % des cas et rural dans 47 % des cas. La prématurité était le motif de consultation le plus fréquent avec 31,14% des cas suivie de la souffrance fœtale aiguë avec 29,8% des cas (Tableau I). Les mères étaient des femmes au foyer (76,2), multipares (40,4 %) non scolarisées (40 %)

sans ATCD médicaux-chirurgicaux particulier (90,2 %) et avec un âge compris entre 21 et 35 ans (57,9%). Les grossesses à terme avec risque infectieux étaient les plus représentées avec 51,3% des cas, le nombre moyen de CPN était inférieur ou égal à 3 dans 61,3 % des cas parmi elles environ 10 % n'ont pas effectué de CPN.

Les nouveau-nés étaient référés de la maternité de l'HNF de Ségou dans 58,7 % des cas. Les accouchements étaient associés à une dystocie dans 60% des cas ; le score d'Apgar était supérieur ou égale à 7 dans 63,4% des cas et dans 82,1% des cas il y'avait un jeûne prolongé. L'hypotonie, le refus de téter et la cyanose étaient les signes cliniques les plus fréquents avec 27,2%des cas.

La prématurité était le diagnostic prédominant avec 31,9% des cas suivie de l'anoxie périnatale et l'infection néonatale avec respectivement 28,7 % et 14,9 % des cas (Figure 2).

La durée de l'hospitalisation était comprise entre 2-7jours chez 46% des nouveau- nés. Dans notre étude

les nouveau-nés sortis vivants représentaient 72,1 % des cas. Cependant, 4,7 % des cas ont été référés vers d'autres services, 2,1 % des cas étaient sortis contre avis médical et 20 nouveau-nés étaient décédés avec un taux de létalité de 21,1 %.

Dans notre série, parmi les nouveau-nés présentant une hypoglycémie, 44 soit environ 70% des cas n'avaient été alimenté précocement ; il existait une relation statistiquement significative avec un $p=0,005$ (Tableau II). Les signes cliniques comme l'hyponie, le refus de téter avec cyanose étaient associés à une hypoglycémie dans respectivement 31,81 % des cas et 34,32 % des cas avec une relation statistiquement significative $p=0,010$. Les troubles trophiques (macrosomie et hypotrophie) étaient associés à l'hypoglycémie seule avec respectivement 42,86 % des cas et 42,31 % des cas (Tableau III). Les nouveau-nés présentant des troubles séjournait plus de sept jours à l'hospitalisation dans 63,33% des cas, il y avait une relation statistiquement significative avec $p=0,045$.

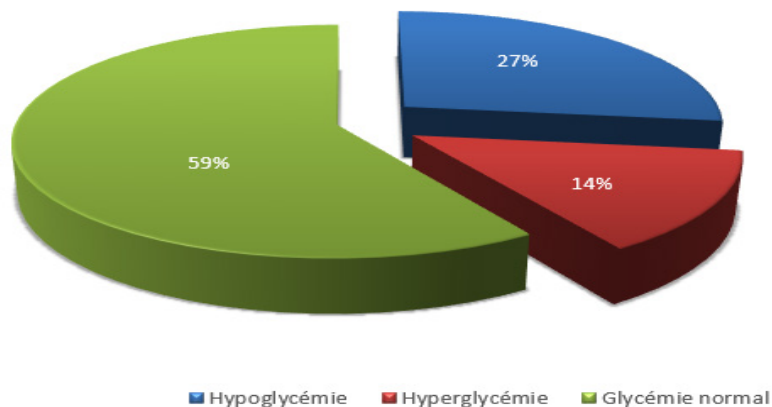


Figure 1 : Répartition des nouveau-nés selon les valeurs de glycémie à l'admission.

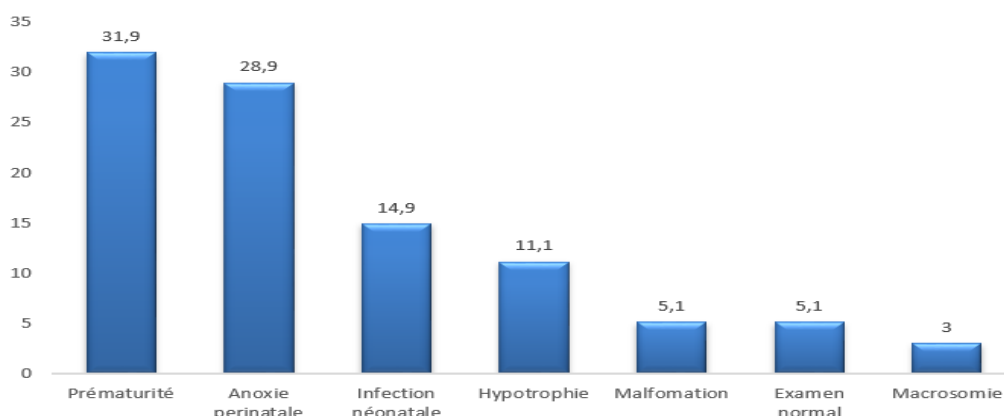


Figure 2 : Répartition des patients selon le diagnostic.

Tableau I : Caractéristique des nouveau-nés

Caractéristiques des nouveau- nés	Effectif	%
Age		
0 à 3 jours	14	6
4 à 7 jours	221	94
Total	235	100
Sexe		
Masculin	119	50,6
Féminin	113	48,1
Ambigüe	3	1,3
Total	235	100
Mode d'admission		
Transféré de la maternité de l'HNF	134	57
Amené par ses parents	37	15,7
Référé par un centre de santé de référence	36	15,3
Référé par un centre de santé communautaire	24	10,2
Référé par une structure privé	4	1,8
Total	235	100
Motif de consultation		
Prématurité	74	31,5
Souffrance fœtale aigue	70	29,8
Mère césarisée	18	7,7
Difficulté respiratoire	16	6,8
Difficulté d'alimentation	16	6,8
Corps chaud au touché	14	6
Malformation	13	5,5
Macrosomie	8	3,4
Ictère	4	1,7
Convulsion	2	0,9
Total	235	100
Poids à la naissance		
2500 à 3500g	113	48,1
< 2500g	105	44,7
> 3500g	17	7,1
Total	235	100
Notion d'allaitement précoce		
Non	193	82,1
Oui	42	17,9
Total	235	100

Tableau II : La glycémie selon l'allaitement précoce

Alimentation précoce	Glycémie			Total
	Normale	Hypoglycémie	Hyperglycémie	
Non	117	44	32	193
Oui	21	19	2	42
Total	138	63	34	235

p = 0,005

Tableau III : La glycémie selon le diagnostic

Diagnostic	Glycémie			Total
	Normale	Hypoglycémie	Hyperglycémie	
Anoxie périnatale	42	14	12	68
Infection néonatale	23	6	6	35
Prématurité	36	27	12	75
Malformation	7	2	3	12
Hypotrophie	15	11	0	26
Macrosomie	4	3	0	7
Examen normal	11	0	1	12
Total	138	63	34	235

p = 0,041

Discussion

Limites et difficultés

Notre étude a porté sur les troubles glycémiques néonataux, un sujet peu documenté au Mali. Quelques difficultés ont été rencontrées notamment :

L'obtention exacte des informations concernant le nouveau-né et sa mère : les carnets de CPN étaient le plus souvent peu informatifs, inexistantes ou non disponibles,

La rareté des données documentés et publiés sur les troubles glycémiques,

La difficulté de faire le contrôle glycémique en hospitalisation.

Fréquence

Au cours de notre étude sur 235 nouveau-nés ; 97 ont présentés des troubles glycémiques soit une fréquence de 41,3 % dont 26,8 % des hypoglycémies et 14,5 % des hyperglycémies. La fréquence des troubles

glycémiques néonataux est diversement appréciée. En effet il existe une grande variabilité des chiffres selon les auteurs. Une étude faite au CHU Gabriel Touré de Bamako au service de pédiatrie par Gilles Thierry NL sur les troubles métaboliques néonataux à propos de 202 cas a trouvé une fréquence de 15,3 % des hypoglycémies et 13,3 % des hyperglycémies [7]. Contrairement à l'étude réalisée en Algérie au CHU Abou Bekr Belkaid par Bouziane R sur les nouveau-nés de mère diabétique à propos des 46 cas ou 19,56 % des nouveau-nés avaient une hypoglycémie et l'hyperglycémie n'a pas été évaluée [8].

Caractères sociodémographiques des mères et circonstance de l'accouchement

Plus de la moitié des mères avaient un âge compris entre 21-35 ans, parmi elles près de la moitié étaient non scolarisées et multipares, elles étaient majoritairement des femmes au foyer. Nos résultats sont comparables à l'étude de Gilles Thierry NL au

CHU Gabriel Touré de Bamako dont la plus part des mères étaient des femmes au foyer (60,4%) non scolarisées (36,2 %) avec un âge compris entre 21-35 ans (68,3 %)[7] ; et contrairement à une étude faite au CHU Tokoin de Lomé en 2006 par Azoumah K D dont 28 % des femmes étaient des femmes au foyer, elles étaient primipares dans 65,2 % avec un niveau d'étude secondaire dans 46,6 % des cas [5].

Plus de la moitié des accouchements étaient dystociques, dont la plus part a été faite à la maternité de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Les nouveau-nés n'ayant pas été allaité précocement étaient majoritaires. Le jeun prolongé du nouveau-né est un facteur de risque. Il existe une relation statistiquement significative entre les troubles glycémiques et l'allaitement précoce dans notre étude avec un $p=0,005$.

Caractéristiques clinique des nouveau-nés

La majorité des nouveau-nés avaient un âge compris entre 0-3 jours parmi eux près de la moitié avaient des troubles glycémiques. Ce résultat pourrait être dû à une mauvaise surveillance ou la méconnaissance des facteurs de risque en occurrence l'absence l'allaitement précoce. Les nouveau-nés ayant un âge compris entre 4-7 jours étaient minoritaires.

Les garçons étaient prédominants. Cette prédominance masculine avait été retrouvée par Gilles Thierry NL [7]. Contrairement à notre étude, Bouziane R avait trouvé une prédominance féminine [9].

Les nouveau-nés prématurés représentaient moins de la moitié des cas, parmi eux, la moitié avait des troubles glycémiques. Ceci s'expliquerait par l'insuffisance de la masse graisseuse ou par un défaut de régulation hormonale les exposant à un besoin accru de glucose [10]. Les nouveau-nés eutrophiques représentaient près de la moitié des cas. Les nouveau-nés ayant un poids supérieur à 3500g étaient minoritaire parmi eux près de la moitié présentait des troubles glycémiques.

Les nouveau-nés venant de la ville de Ségou étaient majoritaire et plus de 25% d'entre eux avaient des troubles glycémiques. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y'a un seul service de pédiatrie à Ségou

et que la plus part des nouveau-nés étaient adressés à l'hôpital. Les nouveau-nés venant hors de la ville de Ségou représentaient moins de la moitié des cas et le quart d'entre eux avait une hypoglycémie cela prouverait la mauvaise surveillance des facteurs de risque ou retard de mise au sein, retard dans le transfert.

La majorité des nouveau-nés ont été transférés de la maternité de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Cette fréquence élevée s'expliquerait par la proximité des deux services, et près de quart avait une hypoglycémie. Les nouveau-nés référés par les structures privées étaient minoritaires mais étaient tous en hypoglycémie. Ceci s'expliquerait par l'inadéquation de prise en charge initiale d'une part et le non respect des conditions de transfert d'autre part. Le motif de consultation le plus fréquent était la prématurité suivie de la souffrance fœtale aigüe. Il existe une relation statistiquement significative entre le motif de consultation et la survenue des troubles glycémiques avec un $p=0,026$. Nos résultats étaient comparables à ceux de Gilles Thierry N L qui avait trouvé une fréquence élevée de la prématurité (18,8 %) suivie de la souffrance fœtale aiguë (11,8%) [7]. La prématurité et l'anoxie périnatale sont les facteurs entraînant un déséquilibre entre les apports glucidique exogènes et endogènes exposant ainsi le nouveau-né au risque d'hypoglycémie et d'hyperglycémie [10].

Les signes cliniques les souvent révélateurs de trouble glycémique étaient une réactivité faible, difficultés d'alimentation ; une détresse respiratoire, une hypothermie ; une hypotonie. Il existe une relation statistiquement significative entre la glycémie et les signes cliniques. Alors que Touati G avait trouvé les mêmes constats [11].

Les nouveau-nés hospitalisés pour prématurité étaient plus du quart et avaient des troubles glycémiques dans 50 % des cas ; l'anoxie périnatale représentait plus du quart et près 40 % de ces nouveau-nés avaient des troubles glycémiques. L'infection néonatale, l'hypotrophie et la macrosomie étaient minoritaire. Nos résultats étaient contraires à ceux de Bouziane R qui avait trouvé une fréquence élevée des macrosomes

dans 56,52 % des cas et les prématurés dans 6,52 % des cas [9]; mais aussi à celui de Gilles Thierry NL qui avait trouvé une fréquence élevée pour l'anoxie périnatale 43,1 % des cas suivie de la prématurité 17,8 % des cas et l'infection néonatale 14,9 % des cas [7]. Dans près de la moitié des cas, la durée d'hospitalisation était comprise entre 2-7 jours et les troubles glycémiques étaient de 40 % des cas. Cette durée n'était peut-être pas due seulement aux troubles glycémiques mais aux différentes pathologies associées telles que l'anoxie périnatale, les infections néonatales puisque le contrôle glycémique n'était pas fait au cours de l'hospitalisation. La létalité était de 21,3% des cas en hospitalisation et les troubles glycémiques représentaient moins de la moitié des cas. Cette prévalence pourrait être due à un retard de diagnostic, de prise en charge ou de défaut de surveillance.

Conclusion

Les troubles glycémiques sont une réalité dans le service de pédiatrie de l'HNF de Ségou avec une fréquence hospitalière de 26,8% pour l'hypoglycémie et de 14,5% pour l'hyperglycémie. Ces chiffres démontrent l'importance et la nécessité pour les agents de santé de rechercher les facteurs de risque afin de dépister rapidement ces troubles et d'assurer une prise en charge adéquate.

*Correspondance

Adama Bah

bah750@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Service de Pédiatrie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 2 : Service de médecine légale/travail de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 3 : Service de chirurgie générale de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)

- 4 : Service d'urologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 5 : Service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 6 : Unité du Système d'Information Hospitalière de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 7 : Service de médecine générale de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 8 : Service de cardiologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 9 : Service ORL de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 10 : Service d'ophtalmologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 11 : Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Cornblath M, Schwartz R, Aynsley-Green A, LlodJune K. Hypoglycemia in infancy: the need for a rational definition (Ciba Foundation Discussion Meeting). *Pediatrics* 1990;85 (5):834-837.
- [2] Hennen G. *Endocrinologie*, 1ère éd. Bruxelles: De Boeck Université; 2001.
- [3] Kennet Gabbay H. Disorder of carbohydrate metabolism Schaffer's diseases of the new born 1984; 5.514-523.
- [4] Boudhraa K, Ben Saad M, Ben Aissia N, Faouzi Gara A. Complications métabolique maternelles et néonatales en cas diabète gestationnel à propos de 220 cas. *Gynéco venue d'ailleurs* novembre 2007 N° 326.
- [5] Azoumah K D, Djadoub K E, Aboubakaric A S, Bothond A R, Djossoud O A, Agbèrèb A R. Evaluation de petit poids de naissance avant 24e heure de vie au CHU Tokoi de Lomé-Togo. *Archives de Pédiatrie* 2011;18:1037-1043.
- [6] Ouédraogo Yugbaré S O, Coulibaly G, Kouéta F, Yao S, Savadogo H, Dao L, Kam L, Epfister R, Lougue C, Ouédraogo R, Yé D. Profil à risque et pronostic néonatal de l'asphyxie périnatale au CHU Charles de Gaulle d'Ouagadougou-Burkina Faso. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* vol 28 Issu 2 May 2015 P 64-70.
- [7] Gilles Thierry N L. Evaluation des troubles métaboliques de

nouveau-nées au CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine N° 03M37. Université du Mali.Faculté de Médecine Bamako ; 2003.

- [8] [http://www.société française.neonatalogie.fr/2017/02/27/recommandations](http://www.société_française.neonatalogie.fr/2017/02/27/recommandations). Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA), recommandations pour la pratique clinique, SFN et SFP septembre 2017. Réseau Périnatal des 2 Savoie p 1-2
- [9] Bouziane R. Nouveau-nés de mère diabétique au CHU Tlemcen Au service de pédiatrie EHS mère-enfant. Thèse de médecine N°4 Université Abou Bekr Bekaid 2011-2012.
- [10] M. Ward Platt. Deshpande Metabolic adaptation at birth. Seminar Fetal and Neonatal Medicine. August 2005, 10p. 341-350.
- [11] Touati G. Hypoglycémies chez l'enfant. Urgences en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques (IX), n° 5, Septembre/octobre 2005.

Pour citer cet article :

A Bah, TB Bagayoko, A Kassogué, N Coulibaly, B Harber, A Thiéro et al. Troubles glycémiques chez les nouveau-nés de 0 à 7 jours à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 366-374