



## Article Original

# Asphyxie Périnatale du Nouveau-Né à Terme en Guinée : Profil Clinique et Devenir Immédiat

## *Perinatal Asphyxia in Full-Term Newborns in Guinea: Clinical Profile and Immediate Outcome*

Macka Diaby<sup>1,2</sup>, N'fanly Conte<sup>3</sup>, Ouou Ouou Kolie<sup>4</sup>, Aminata Bangoura<sup>1,3</sup>, Thierno Mamadou Aliou Toure<sup>3</sup>, Mohamed Kassory Poly<sup>6</sup>, Aboubacar Sidiki Magassouba<sup>2,9</sup>, Abdoulaye Oumar Diallo<sup>3</sup>, Camara Facely<sup>2,8</sup>, Sory Diallo<sup>3</sup>, Emmanuel Camara<sup>1,4</sup>, Roth-Kleiner Matthias<sup>5</sup>, Sy Telly<sup>2,7</sup>

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18635016>

### RÉSUMÉ

**Introduction.** L'asphyxie périnatale du nouveau-né à terme reste une cause majeure de mortalité et de handicaps dans les pays à ressources limitées, mais ses caractéristiques cliniques sont peu documentées en Guinée rurale. Cette étude visait à décrire le profil clinique et l'évolution immédiate des nouveau-nés à terme asphyxiés à la maternité de l'hôpital préfectoral de Siguiiri. **Méthodes.** Nous avons mené une étude prospective descriptive de six mois (février à juillet 2025). Étaient inclus tous les nouveau-nés à terme présentant une asphyxie périnatale, définie par un score d'Apgar < 3 à la première minute ou < 7 à la cinquième minute, une réanimation néonatale, ou des signes d'encéphalopathie selon Sarnat dans les premières 48 heures. Les données maternelles, obstétricales et néonatales ont été recueillies et analysées. **Résultats.** Sur 1 260 naissances, 118 nouveau-nés présentaient une asphyxie (fréquence 9,4 %). Les mères étaient jeunes (âge moyen 24,7 ans), ménagères (72,9 %), non scolarisées (61,2 %). Quarante-neuf pour cent avaient effectué moins de trois consultations prénatales. Le paludisme était la pathologie maternelle dominante (74,6 %). L'accouchement était par voie basse dans 63,6 % des cas. Les nouveau-nés étaient majoritairement des garçons (71,2 % ; sex-ratio 2,5). À la cinquième minute, 76,3 % avaient un score d'Apgar < 7. La réanimation était pratiquée dans 94,1 % des cas. Selon la classification de Sarnat, 64,4 % des nouveau-nés présentaient un grade II et 13,6 % un grade III. Une détresse respiratoire était associée chez 72,0 % des enfants, une infection néonatale chez 20,3 %. Cinq pour cent (5,1 %) des nouveau-nés sont décédés ; 10,2 % ont été référés à l'hôpital régional de Kankan. **Conclusion.** L'asphyxie périnatale est fréquente à Siguiiri, touchant près d'une naissance sur dix, avec une prédominance masculine et un lien marqué avec la précarité maternelle. Plus des trois quarts des enfants ont un score d'Apgar bas à cinq minutes et deux tiers une encéphalopathie modérée à sévère. La mortalité de 5 % et le taux de référence de 10 % soulignent la nécessité de renforcer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence en milieu rural.

### ABSTRACT

**Introduction.** Perinatal asphyxia in term newborns remains a leading cause of death and disability in low-resource settings, yet its clinical characteristics are poorly documented in rural Guinea. This study aimed to describe the clinical profile and immediate outcome of asphyxiated term newborns at the maternity unit of Siguiiri District Hospital. **Methods.** We conducted a six-month (February–July 2025) prospective descriptive study. All term newborns with perinatal asphyxia, defined as an Apgar score <3 at one minute or <7 at five minutes, need for resuscitation, or signs of encephalopathy according to Sarnat staging within the first 48 hours, were included. Maternal, obstetric, and neonatal data were collected and analyzed. **Results.** Among 1,260 deliveries, 118 newborns had asphyxia (frequency 9.4%). Mothers were young (mean age 24.7 years), housewives (72.9%), and unschooled (61.2%). Eighty-nine percent had fewer than three antenatal visits. Malaria was the dominant maternal condition (74.6%). Vaginal delivery occurred in 63.6% of cases. Newborns were predominantly male (71.2%; sex ratio 2.5). At five minutes, 76.3% had an Apgar score <7. Resuscitation was performed in 94.1% of cases. According to Sarnat staging, 64.4% had grade II and 13.6% grade III encephalopathy. Respiratory distress was associated in 72.0%, neonatal infection in 20.3%. Five percent (5.1%) of newborns died; 10.2% were referred to Kankan Regional Hospital. **Conclusion.** Perinatal asphyxia is frequent in Siguiiri, affecting nearly one in ten births, with a male predominance and a strong link to maternal vulnerability. Over three-quarters of infants have a low five-minute Apgar score and two-thirds moderate-to-severe encephalopathy. The 5% mortality and 10% referral rate underscore the need to strengthen emergency obstetric and neonatal care in rural settings.

### Affiliations

1. Service de Pédiatrie de l'Hôpital ANAIM de Kamsar
2. Faculté de sciences et Technique de la Santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
3. Service de néonatalogie de l'Institut de Nutrition et de Santé de l'enfant
4. Service de pédiatrie du CHU de Donka
5. Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse
6. Service de pédiatrie du CHU Ignace Deen
7. Service de gynéco-obstétrique du CHU Ignace Deen
8. Direction Nationale de santé Familial et de Nutrition, Ministère de la Santé
9. Programme National de Lutte contre la Tuberculose, République de Guinée

### Auteur Correspondant

Macka Diaby ; Pédiatre au Service de Pédiatrie de l'hôpital ANAIM de Kamsar, Assistant à la chaire Mère-Enfant, Faculté de Sciences et Technique de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, République de Guinée,  
Tél : +224622527335  
Email : [diabymd79@gmail.com](mailto:diabymd79@gmail.com)

**Mots clés :** asphyxie périnatale, nouveau-né, devenir immédiat, Siguiiri

**Key Words:** perinatal asphyxia, newborn, immediate outcome, Siguiiri

### Article history

Submitted: 2 December 2025  
Revisions requested: 4 February 2026  
Accepted: 22 February 2026  
Published: 25 February 2026

**POUR LES LECTEURS PRESSÉS**

**Ce qui est connu du sujet.** L'asphyxie périnatale figure parmi les trois premières causes de décès néonatal dans le monde et reste un problème majeur en Afrique subsaharienne. Elle entraîne des encéphalopathies hypoxo-ischémiques responsables de mortalité précoce et de handicaps moteurs ou cognitifs durables.

**L'aspect du sujet abordé dans cette étude.** Cette étude décrit le profil clinique et le devenir immédiat des nouveau-nés à terme asphyxiques dans une maternité de référence de niveau 2 en Guinée rurale (hôpital préfectoral de Siguiri).

**Ce que cette étude apporte de nouveau.** L'asphyxie concerne 9,4 % des naissances – un taux élevé. Les mères sont très jeunes (24,7 ans en moyenne), peu éduquées, avec un suivi prénatal très insuffisant (89 % ont moins de trois CPN). Le paludisme complique trois grossesses sur quatre. Les nouveau-nés sont majoritairement des garçons (71 %). À cinq minutes, 76 % ont encore un score d'Apgar < 7 ; 78 % présentent une encéphalopathie de grade II ou III. La mortalité atteint 5 %, et 10 % des enfants sont référés faute de moyens de réanimation adaptés.

**Les implications.** Ces résultats soutiennent le besoin de renforcer la qualité des consultations prénatales, de mieux prévenir le paludisme et les complications gestationnelles, et d'améliorer les compétences en surveillance intrapartum et en réanimation néonatale à Siguiri. Des études analytiques sont nécessaires pour identifier les facteurs de risque modifiables et guider des interventions ciblées à l'échelle de la Guinée.

**INTRODUCTION**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'asphyxie périnatale (APN) comme l'incapacité d'établir ou d'initier une respiration normale à la naissance [1]. Elle est responsable d'un taux de morbi-mortalité néonatale élevé. Selon l'OMS sur les 130 millions de naissances annuelles dans le monde, 4 millions de nouveau-nés présentent l'asphyxie à la naissance, parmi lesquels un million décèdent et un nombre pratiquement égal survit avec des handicaps sévères [1]. L'APN constitue la troisième cause de mortalité néonatale après la prématurité et les infections néonatales [2]. Elle peut entraîner un large éventail de complications graves associant des anomalies gazométriques, l'encéphalopathie hypoxie-ischémique (EHI) avec atteintes multi organiques qui mettent en jeu le pronostic vital. L'APN représente un facteur de stress pour le nouveau-né, les parents et le personnel de santé surtout lorsqu'elle entraîne des lésions cérébrales invalidantes ou la mort [3,4]. La souffrance cérébrale appelée encéphalopathie hypoxo-ischémique est la plus redoutée en raison du risque des séquelles neurologiques ultérieures [3,4] En France l'hypoxie fœtale touche 2 à 4% des naissances par an [5]. En Afrique la fréquence de l'asphyxie périnatale reste variable, en Ethiopie, selon une étude, 41,2% nouveau-nés hospitalisés ont présenté une asphyxie périnatale [6]. Au Togo 3,37% des nouveau-nés présentaient l'asphyxie périnatale à la maternité [7], au Sénégal l'asphyxie périnatale représente 20,6% des hospitalisations de nouveau-nés à la naissance [8]. Au Mali selon une étude réalisée à Bamako 6, 38% des nouveau-nés ont été

hospitalisés pour asphyxie néonatale [9] En Côte d'Ivoire selon une étude, 16% des nouveau-nés hospitalisés ont présenté l'asphyxie périnatale [10].

En Guinée, selon une étude réalisée dans un service de maternité de dernier recours 6,78 % des nouveau-nés ont présenté une asphyxie à la naissance [11]. Les facteurs de risque d'asphyxie néonatale incluent le manque de suivi prénatal, la faible scolarisation des mères, le transfert tardif des parturientes issues de zones éloignées, les complications à l'accouchement comme la dystocie, l'infection fœtale ou maternelle, l'âge maternel avancé ou trop jeune, et l'âge gestationnel anormal conduisent à une souffrance fœtale aiguë et à un manque d'oxygène chez le nouveau-né [12,13].

La prise en charge de l'asphyxie périnatale est très difficile dans les pays en voie de développement compte tenu de la faiblesse du plateau technique dans les structures sanitaires et l'insuffisance de formation du personnel médical et paramédical [9,11]. Ainsi, la fréquence élevée de l'asphyxie du nouveau-né, la sévérité des complications et l'absence d'étude antérieure à la maternité de l'hôpital préfectoral de Siguiri ont été les principales motivations pour cette étude dont l'objectif était de décrire le profil clinique et l'évolution immédiate de l'asphyxie périnatale chez les nouveau-nés à terme.

**MÉTHODOLOGIE****Type et durée d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif d'une durée de six (6) mois allant du 1 Février au 31 Juillet 2025 au service de la maternité de l'hôpital préfectoral de Siguiri.

**Cadre d'étude**

Le service de maternité a servi de cadre pour la réalisation de cette étude. Il a une capacité de 14 lits et 1 coin du nouveau-né qui est équipé d'une lampe chauffante avec une table de réanimation, de masque Ambu, de pingouins, d'une balance pèse bébé. C'est un service de référence du niveau 2 de la pyramide sanitaire de la Guinée qui est animé par un gynécologue obstétricien, 3 (trois) médecins généralistes faisant fonction de gynécologue, 6 sage-femmes et 3 infirmières.

**Population d'étude**

Ont été inclus dans notre étude tous les nouveau-nés à terme ayant présenté une asphyxie à la naissance dont les mères ont accepté de participer. N'ont pas été inclus, les cas de mort-nés, les nouveau-nés prématurés et post-terme. Nous avons recruté de façon exhaustive tous les nouveau-nés présentant une asphyxie à la naissance durant la période d'étude. Le diagnostic d'asphyxie a été retenu devant un score d'APGAR < 3 à la 1ère minute et ou < 7 à la 5ème minute, une notion de réanimation ou la présence des signes d'encéphalopathie selon la classification de Sarnat durant les premières 48H de vie.

**Collecte et Traitement des données**

Les paramètres analysés dans cette étude étaient les caractéristiques sociodémographiques chez la mère (âge maternel, profession, situation matrimoniale, niveau d'instruction, provenance, mode d'admission), les antécédents gynécologiques (parité, pathologies

maternelles, CPN) et les informations liées à l'accouchement (mode d'accouchement, type de présentation, motifs de consultation). Chez le nouveau-né, les paramètres étudiés étaient : sexe, âge, poids de naissance, score d'Apgar, notion de réanimation à la naissance, âge gestationnel, saturation en oxygène, score de pronostic selon Sarnat, pathologies du nouveau-né à la naissance, évolution (hospitalisés, référés, décédés). Le carnet de santé, le dossier médical des mères, les registres d'accouchement et du bloc opératoire et une fiche d'enquête ont été les supports de collecte. Les données ont été traitées par le logiciel SPSS version 26 puis saisies à l'aide des logiciels Word et Excel du pack office 2016.

### Considérations éthiques

Le consentement éclairé des parents avait été obtenu. Il n'y a eu aucun bénéfice direct pour ceux qui ont été inclus dans cette étude. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés durant cette étude. Par contre, les résultats obtenus feront l'objet de communications scientifiques auprès des instances de prise de décision afin de contribuer à l'amélioration de la prévention et la prise en charge de l'asphyxie périnatale à l'hôpital préfectoral de Siguiri.

### RÉSULTATS

Sur 1260 naissances à la maternité de l'hôpital préfectoral de Siguiri pendant les 6 mois de l'étude, 118 nouveau-nés présentaient une asphyxie à la naissance soit une fréquence de 9,36%. Parmi eux, 10,2% (12/118) étaient référés à l'hôpital régional de Kankan, près de 85 % (100/118) ont été hospitalisés et 5,1 % (6/118) sont décédés.

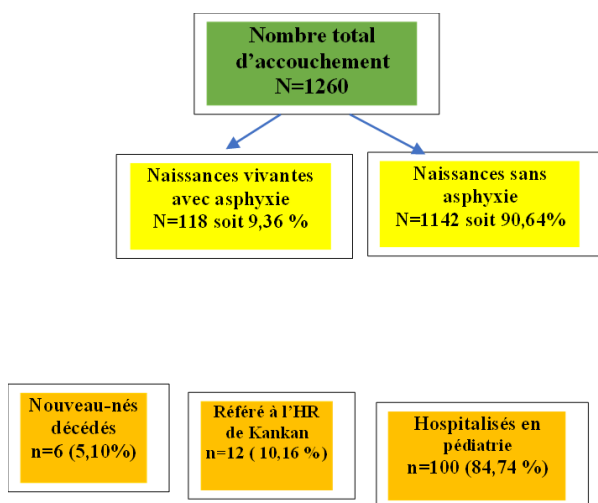


Figure I : Flux des naissances à la maternité de l'hôpital de Siguiri

Tableau I : Répartition des cas d'asphyxie périnatale en fonction des caractéristiques maternelles (n=118)

Caractéristiques maternelles	N	%
Tranche d'âge		
15 - 24	71	60,20
25 - 34	28	23,70
35 - 44	19	16,10
Profession		
Ménagères	86	72,89

Élève/Étudiante	18	15,25
Métier libéral	12	10,17
Fonctionnaire	2	1,69
Niveau d'instruction		
Non scolarisées	72	61,02
Primaire	28	23,73
Secondaire	11	9,32
Supérieur	7	5,93
Statut matrimonial		
Mariées	107	90,68
Célibataires	06	5,08
Divorcées	03	2,55
Veuves	02	1,69
Provenance		
Commune urbaine	83	70,30
Commune rurale	35	29,70
Parité		
Primipares	68	57,63
Paucipares	20	16,95
Multipares	30	25,42

Tout âge confondu, la tranche d'âge de 15-24 ans était la plus représentée avec un âge moyen de 24,5 ans  $\pm 7,44$ . Près de 73% des mères étaient ménagères, 10,17 % avaient un métier libéral, 61,02% étaient non scolarisées, Près de 91 % des mères étaient mariées. Les mères résidaient en majorité en zone urbaine (70,30%). A propos de parité, nous avons recensé 57,63% de primipares, 25,42 % de multipares et 17% de paucipares.

Tableau II : caractéristiques obstétricales (n=118)

Caractéristiques obstétricales	N	%
Mode d'admission		
Venu du domicile	89	75,4
Référé par structure	29	24,6
Lieu de suivi de CPN		
Au Centre de santé	66	55,9
Au Poste de Santé	46	39,0
Aucun lieu	6	5,1
Nombre de CPN		
0	6	5,1
1-2	105	89,0
$\geq 3$ et plus	7	5,9
Motifs de consultation		
Douleurs abdomino-pelviennes	118	100,0
Rupture prématurée des membranes	68	57,63
Métrorragies	45	21,2
Pathologies maternelles		
Paludisme	88	74,58
Hémorragie du 3 <sup>ème</sup> trimestre	67	56,78
Infection urogénitales	55	46,61
Prééclampsie	14	11,9
Eclampsie	5	4,20
HTA	19	16,1
Anémies	45	38,13
Mode d'accouchement		
Voie basse	75	63,60
Césarienne	43	36,4
Type de présentation fœtale		
Céphalique	82	69,50
Siege	36	30,50

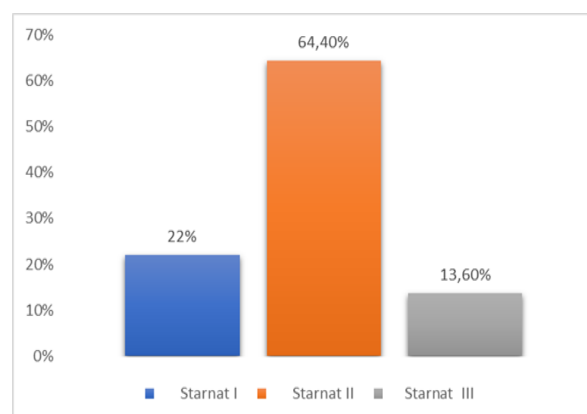
La majorité des femmes (89,0%) avaient effectué moins de trois consultations prénatales. Dans 55,9% des cas, les CPN ont été effectuées au centre de santé. Près de 64% des nouveau-nés sont nés par voie basse contre 36,4% par

césarienne. L'événement obstétrical le plus courant était la présentation céphalique du fœtus (69,5%). Parmi les pathologies maternelles, le paludisme (74,58%) occupe la première place suivie par les hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre (56,78%) et les infections urogénitales (40,7%). Seuls, 24,6% des nouveau-nés ont été référés par un centre de santé ou un poste santé contre 75,40% pour ceux qui ont été orientés à partir du domicile des parents.

Les nouveau-nés de notre population d'asphyxie étaient de sexe masculin (71,22%) contre 28,81% pour les filles avec un sexe ratio de 2,5. Dans 96,6% des cas, le poids naissance était compris entre 2500 g et 3499 g. Concernant la cotation d'Apgar, 76,27% des nouveau-nés avaient un score < 7 à la 5<sup>ème</sup> minute. Dans la majorité des cas (96,6%), la saturation en oxygène était inférieure à 95%. La réanimation à la naissance a été réalisée chez 94,1% des nouveau-nés. Parmi les comorbidités des nouveau-nés avec une asphyxie périnatale se trouvaient la détresse respiratoire (72%) l'infection néonatale (20,34%) et de macrosomie (3,39%) respectivement (tableau III).

**Tableau III : répartition des cas d'Asphyxie périnatale en fonction des caractéristiques néonatales (n=118)**

Caractéristiques néonatales	N	%
<b>Sexe</b>		
Masculin	84	71,19
Féminin	34	28,81
<b>Poids de naissance</b>		
2500-3999g	114	96,60
≥4000g	4	3,40
<b>Score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute</b>		
≤ 3	63	53,39
4-6	48	40,68
≥ 7	7	5,93
<b>Score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute</b>		
≤ 3	06	5,08
4-6	84	71,19
≥ 7	28	23,73
<b>Saturation en oxygène</b>		
<95%	114	96,61
>95%	4	3,39
<b>Nouveau-né réanimé</b>		
Oui	111	94,07
Non	7	5,9
<b>Pathologies associées à l'asphyxie</b>		
Détresse respiratoire	85	72,03
Infections néonatales	24	20,34
Macrosomie	4	3,39
Cardiopathie congénitales	1	0,85
Autres	4	3,39



**Figure 2 : Répartition des nouveau-nés en fonction de la classification de Sarnat**

L'évaluation de la gravité de l'atteinte cérébrale chez le nouveau-né suite à l'asphyxie périnatale selon la classification de Sarnat était dans 64,40% un grade II et dans 13,60 % de grade III.

## DISCUSSION

L'asphyxie périnatale est une complication sévère, responsable de décès néonataux. Le taux observé à la maternité de l'hôpital de Siguiri est de 9,36 %, nettement supérieur à ceux rapportés (4,5%) par Sidibé et al [14] et par Coulibaly et al à Bamako (6,38 %) [9], par Logbo Akey et al au Togo (3,37%) [7], mais inférieur à ceux rapportés (15,6%) par Okoko AR et al au Congo Brazzaville [15], par Thiam L et al. (12,74%) au Sénégal [16] et à ceux de Workineh Y et al. [17]. Cette variété des taux pourrait s'expliquer par la variabilité des définitions de l'asphyxie, de la sélection des patients selon les hôpitaux et le contexte géographique. La fréquence élevée de l'APN dans cette étude pourrait s'expliquer par le fait que la maternité de l'hôpital de Siguiri est un service de référence pour l'ensemble des structures publiques et privées de Siguiri. Les mères étaient âgées en moyenne de 24,5 ans  $\pm$  7,44 ans avec les extrêmes allant de 15 et 44 ans. Nos observations sont similaires à celles de Okoko AR et al. [15] au Congo Brazzaville qui avaient rapporté un âge moyen maternel de 25,5  $\pm$  6,2 ans avec des extrêmes (14 et 42 ans). Durant cette étude, les pathologies maternelles associées à l'APN étaient le paludisme (74,58%), les Hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre (56,78%), les infections urogénitales (40,70%) et la pré-éclampsie (11,90%). Par contre, à Yaoundé et à Brazzaville, la dystocie dynamique, le travail prolongé et l'éclampsie étaient les pourvoyeuses de l'APN [15,18]. Outre les pathologies citées haut, le paludisme était aussi impliqué dans la genèse de l'APN [18]. La voie basse était le principal mode d'accouchement (63,6%), malgré le contexte d'asphyxie périnatale. [18]. D'autres pays en Afrique montrent un taux élevé similaire des césariennes dans les cas d'APN [6,19,20]. La majorité des femmes (89%) n'avaient effectué que 1 à 2 CPN au maximum, ce qui indique un suivi très limité de grossesse et bien en dessous des recommandations de l'OMS qui propose au moins 4 CPN [21]. Le même constat a été fait par Okoko AR, et al. [15] qui avaient trouvé que 80,8 % de nouveau-nés souffrant de l'APN étaient issus des mères ayant

réalisé au moins 4 consultations prénatales. Par contre nos résultats sont nettement supérieurs à ceux enregistrée (35 %) au niveau national [22]. Les CPN sont essentielles pour surveiller la santé de la mère et du bébé, dépister les problèmes de santé et se préparer à l'accouchement [21]. Pour améliorer les taux de CPN dans les structures de santé du district sanitaire de Siguiiri, il faut former les prestataires sur les meilleures pratiques, leur fournir des connaissances à jour sur les interventions préventives de l'APN. Concernant la scolarisation des mères, 61,02% n'ont jamais été scolarisées. Le niveau de formation de la mère à un impact significatif sur la santé de son nouveau-né. Les mères ayant un niveau d'éducation plus élevé sont plus susceptibles de recevoir des soins prénatals et d'avoir les informations pour prendre des décisions éclairées [23,24]. Les nouveau-nés étaient de sexe masculin (71,22%) contre 28,81% pour les filles avec un sexe ratio de 2,5. Notre résultat est similaire à celui de Coulibaly et al., qui avaient rapporté 62,9% de garçons [9] et à celui de Logbo-Akeya au Togo [7]. Concernant la cotation d'Apgar, 5,1% des nouveau-nés avaient un score  $\leq$  à 3 à la 5<sup>ème</sup> minute contre 71,2% pour ceux qui avaient un score compris entre 4 et 6. Nos résultats sont divergents avec ceux d'Okoko AR et al [15] au Congo Brazzaville avaient observé un score d'Apgar inférieur ou égal à 3 à la 5<sup>ème</sup> minute chez 40,6 % et 59,4 % des nouveau-nés avaient un score entre 4 et 6. Par contre, dans l'étude de Ykr Y et al le score d'Apgar était inférieur à 7 chez 39,4% des nouveau-nés [10]. La majorité des nouveau-nés (64,40%) avaient le grade II et 13,6% au grade III de la classification de Sarnat.

Nos observations sont similaires à celles d'Okoko AR, et al.[15] qui avaient rapportés que 16 % des nouveau-nés étaient au grade I ; 62 % au grade II et 22 % au grade III, à celles de Keita K et al., qui ont rapportés 11% de grade I ; 69% de grade II et 20% de Grade III [19] mais contraire à celles de Ykr Y et al en Côte d'Ivoire avaient noté des stades d'EAI variant du Grade I (43,4%), Grade II (23,4%) et Grade III (33,2%) des cas [10], de Coulibaly et al. [9] qui avaient rapporté 64,8% pour le grade I, 15,8% de grade II et 19,4% pour le grade III. Le nombre élevé de nouveau-nés avec APN sévères (taux de Sarnat II et III élevé) pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité du suivi des CPN et de l'accouchement, par le nombre de femmes en travail qui arrivent avec des complications ayant nécessité 94,1% cas de réanimation néonatale à la maternité de l'hôpital préfectoral de Siguiiri. La détresse respiratoire et les infections néonatales étaient les principales pathologies associées à l'asphyxie périnatale (93,2%, et 40,7%) respectivement. Ce résultat confirme ces pathologies comme les principales causes de morbi-mortalité de chez les nouveau-nés [1]. Au cours de l'évolution immédiate des nouveau-nés, nous avons enregistré 10,2% de cas de transfert à l'hôpital régional pour une meilleure prise en charge, et 6 décès sur les 118 soit 5,1%. Ce taux est nettement inférieur à ceux de Keita K et al au Mali [19] et de Kara et al., qui avaient trouvé une létalité de 27,16%. Il est également 6 fois inférieur à celui d'Okoko AR, et al., qui avaient enregistré un taux élevé de décès (30,4 %).[15] La principale limite de cette étude réside dans le fait que le diagnostic de l'asphyxie se

base seulement sur l'évaluation clinique (score d'Apgar ; initiation de réanimation ou un stade Sarnat II ou III à 48h de vie). La non-disponibilité de la mesure pH artériel au cordon ombilical, le dosage des gaz du sang artériel du cordon et l'insuffisance de monitoring fœtale pourraient majorer le nombre de cas d'asphyxie périnatale dans cette étude. Les résultats de cette étude appellent à une amélioration du suivi prénatal et de l'accouchement au service de la maternité de l'hôpital de Siguiiri.

## CONCLUSION

Cette étude révèle un taux d'asphyxie périnatale de 9,4 % à Siguiiri, nettement supérieur aux moyennes internationales. Ce constat alarmant s'inscrit dans un contexte de précarité maternelle marquée : jeunes femmes peu instruites, suivi prénatal insuffisant, et forte prévalence du paludisme gravidique. Plus des trois quarts des nouveau-nés asphyxiques conservent un score d'Apgar bas à cinq minutes, et deux tiers développent une encéphalopathie modérée à sévère, exposant à un risque élevé de séquelles neurologiques.

La mortalité de 5 % et le taux de référence de 10 % traduisent les limites des moyens de réanimation disponibles sur place. Ils soulignent l'urgence d'investir dans la formation des sages-femmes et des médecins à la réanimation néonatale avancée, et d'équiper la maternité en matériel adapté (sources d'oxygène, aspirateurs, masques de tailles pédiatriques).

Sur le plan des politiques de santé, ces résultats plaident pour un renforcement du paquet minimum d'activités en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les hôpitaux préfectoraux. La mise en place d'un système de référence efficace vers l'hôpital régional de Kankan, avec transport médicalisé, est indispensable. Une étude de cohorte longitudinale des enfants ayant survécu à une encéphalopathie permettrait d'évaluer le fardeau réel des séquelles et d'orienter les programmes de réadaptation.

## DÉCLARATIONS

### Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

### Remerciements

Aux autorités de l'hôpital préfectoral de Siguiiri pour nous avoir autorisé la collecte des données. Nos remerciements à toutes les parturientes et leurs familles qui ont participé à cette étude, le personnel du service de la maternité de leur appui pour la réalisation ce travail, particulièrement à Dr Sâa Bernard LENO pour la collecte ; aux auteurs pour la relecture et la correction, enfin au comité scientifique de la revue qui permet la diffusion de nos résultats.

### Contribution des auteurs

Macka Diaby à participer à la conception, la rédaction, la lecture et correction

Sory Diallo, N'Faly Conte : ont participé à la relecture et correction de l'article.

Ouo Ouo Kolié, M'mah Aminata Bangoura, Thierno Mamadou Aliou Toure, Emmanuel Camara, Mohamed Kassory Poly, Aboubacar Sidiki Magassouba, Roth-

Kleiner Matthias, SY Telly ont participé à la relecture de l'article.

### Financement/Partenariat

Le travail a été effectué sur fonds propres

### REFERENCES

- World Health Organization. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2016. Department of Information, Evidence and Research WHO, Geneva 2018. [\\_COD\\_methods.pdf](#), accessed September 27, 2025. <https://terrance.who.int/mediacentre/data/ghe/healthinfo/Deaths/GHE2016>
- Organisation mondiale de la Santé. Mortalité néonatale 2024. Newborn-mortality-illuph-PDF-9075-fr LES Causes De La Mortalité Néonatale <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/newborn-mortality>
- Iribarren I, Hilario E, Álvarez A, Alonso-Alconada D. Neonatal multiple organ failure after perinatal asphyxia. *Anales de Pediatría (English Edition)* 2022 ;97: 280.e1-280.e8. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.08.010>.
- Bitar L, Kota S, Machie M, Mashat S, Liu YL, Chalak LF. Multi-organ involvement in preterm neonatal encephalopathy. *Early Hum Dev* 2025 ;208. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2025.106317>.
- Hauté Autorité de Santé. Recommander Les Bonnes Pratiques n.d.
- Haute Autorité de Santé - Élaboration de recommandations relatives à la bonne pratique : Note de cadrage, Décembre 2014.
- Mamo SA, Teshome GS, Tesfaye T, Goshu AT. Perinatal asphyxia and associated factors among neonates admitted to a specialized public hospital in South Central Ethiopia: A retrospective cross-sectional study. *PLoS One* 2022;17. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0262619>.
- Logbo-Akey KE, Kétévi T, M'Bortché KB, Kambote YP, Patidi NK, Ajavon DR, et al. Asphyxie Périnatale à la Maternité du CHU Kara: Aspects Épidémiologique, Clinique et Pronostique. *European Scientific Journal, ESJ* 2023 ;19:323–323. <https://doi.org/10.19044/ESJ.2023.V19N30P323>.
- L. T, A. D, IZ. C, FN. D, A. S, O. N. Asphyxie Périnatale Au Service De Neonatologie De L'hôpital De La Paix De Ziguinchor (Senegal). *European Scientific Journal, ESJ* 2017;13:217. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n21p217>.
- O C, I K, M K, M T, D S, M H, et al. Aspects Cliniques de l'Asphyxie Périnatale du Nouveau-Né et Devenir Immédiat au Centre Santé de Référence de la Commune V de Bamako HEALTH SCIENCES AND DISEASE 2021;22:32–6. <https://doi.org/10.5281/HSD.V22I8.2905>.
- Ykr Y, Akm O. Asphyxie périnatale du nouveau-né à terme dans l'unité de néonatalogie du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire). *Perinatal asphyxia in full-term infant at the Bouaké teaching hospital (Côte d'Ivoire)* n.d. *J Afr Pediatr Genet Med* 2023 ; N°20 ; 9-14
- Diallo A, Touré AA, Diallo MC. Statut à la naissance et prise en charge des nouveau-nés dans une maternité de dernier recours en Guinée. *Périnatalité* 2022; 14:174–9. <https://doi.org/10.3166/RMP-2022-0151>.
- Alamneh YM, Negesse A, Aynalem YA, Shiferaw WS, Gedefew M, Tilahun M, et al. Risk Factors of Birth Asphyxia among Newborns at Debre Markos Comprehensive Specialized Referral Hospital, Northwest Ethiopia: Unmatched Case-Control Study. *Ethiop J Health Sci* 2022; 32:513–22. <https://doi.org/10.4314/EJHS.V32I3.6>.
- Barry MS, Diallo IS, Bah ML, Sow S, Bangoura MM. Médecine d'Afrique Noire 1ère Revue Médicale Internationale Panafricaine Mortalité néonatale: pourquoi les nouveau-nés meurent-ils dans une structure de santé tertiaire ? 2014.
- Sidibé LN, Diallo H, Konaté D, Coulibaly O, Diakité FL, Sacko K, et al. Epidémiologie-Clinique des Caractéristiques de Périnatal Anoxie et Issue Immédiate des Patients à l'Hôpital d'Enseignement Gabriel Touré de Bamako. *Open J Pediatr* 2019 ;9:326–36. <https://doi.org/10.4236/OJPED.2019.94032>.
- Okoko AR, Ekouya-Bowassa G, Moyen E, Togho-Abessou LC, Atanda HL, Moyen G. Asphyxie périnatale au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. *J Pediatr Pueric* 2016; 29:295–300. <https://doi.org/10.1016/J.JPP.2016.09.003>.
- Mauro L, Fujiwara K, Fujimori Y, Fujito S. A Review of Integrated Clinical Practices in Maternal and Child Health Services. *Clin Mother Child Health* 2024;21:1–4. <https://doi.org/10.35248/2090-7214.24.21.494>.
- Workineh Y, Semachew A, Ayalew E, Animaw W, Tirfie M, Birhanu M. Prevalence of perinatal asphyxia in East and Central Africa: systematic review and meta-analysis. *Heliyon* 2020;6:e03793. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03793>.
- Clautilde Douanla Nodem. Mémoire Online - Facteurs de risques et évolution intrahospitalière de l'asphyxie néonatale à l'hôpital gynécologique, obstétrique et pédiatrique de Yaoundé au Cameroun - Sostenne Clautilde Douanla Nodem. l'hôpital gynécologique, obstétrique et pédiatrique, 2010. [https://www.memoireonline.com/03/14/8779/m\\_Facteurs-de-risques-et-evolution-intrahospitaliere-de-l-asphyxie-neonatale-l-hpital-gynecologique.html](https://www.memoireonline.com/03/14/8779/m_Facteurs-de-risques-et-evolution-intrahospitaliere-de-l-asphyxie-neonatale-l-hpital-gynecologique.html)
- Keita KB, Coulibaly O, Sylla F, Traoré BA, Ouattara K, Diawara S, et al. Perinatal Anoxia: Clinical Aspects and Prognosis at the Commune II Reference Health Centre in Bamako, Mali. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences* 2023;11:1004–7. <https://doi.org/10.36347/sjams.2023.v11i06.004>.
- Aude M Lembet, Edmée Mintsá-Mi-Kama, Mekame A, Raïssa K Maniaga R, Live Kiba, Anna M Koumba Grodet, et al. Asphyxie Périnatale: Épidémiologie et Évolution à Court Terme à Libreville. *HEALTH RESEARCH IN AFRICA* 2025;3:75–81.
- World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 201. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9dcde13-3593-4a22-9237-61abe5a3c6b7/content>.
- Institut National de la Statistique de la Guinée. Enquête Démographique et de Santé. 2018. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR353/FR353.pdf>
- Rogne T, Gill ; Dipender, Liew Z, Shi X, Vilde M, Stensrud H, et al. Mediating Factors in the Association of Maternal Educational Level With Pregnancy Outcomes A Mendelian Randomization Study + Supplemental content. *JAMA Netw Open* 2024 ;7:2351166. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.51166>.
- Balde MS. Soins Périnataux et Accouchement Assisté en Guinée. *European Scientific Journal, ESJ* 2020 ;16:21. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n16p21>.