

## TABLEAU DE BORD REGIONAL DE LA GRANDE PREMATURE

Pr Jean-Charles PICAUD (CHU de Montpellier), Dr Jean-Bernard MARIETTE (CHU de Nîmes),

Dr Pierre THEVENOT (CH de Perpignan).

**L**a grande prématurité se définit par un âge gestationnel inférieur ou égal à 32 Semaines d'Aménorrhée (SA). Elle représente 1,1% des naissances (source : EPIPAGE 1997). C'est dans cette population que l'on observe la mortalité et la morbidité les plus importantes.

La prise en charge de ces patients doit être confiée à des professionnels de santé compétents et informés. En effet, la qualité de la prise en charge des mères et des enfants est influencée par la connaissance du pronostic vital et neurologique des enfants nés avant 32 SA.

Or, les seules informations dont nous disposons en France sont fournies par l'analyse des données de l'étude EPIPAGE. Cependant, cette étude a été réalisée au cours de l'année 1997 et l'exploitation des données est longue. Ainsi, les résultats à 5 ans seront présentés aux professionnels de santé au cours de l'année 2005.

Or, il est absolument indispensable de pouvoir disposer de données actualisées concernant le pronostic à court et à moyen terme chez ces enfants. C'est encore plus important pour une région comme le Languedoc-Roussillon, qui avait les plus mauvais résultats en terme de mortalité et morbidité néonatales, parmi les 9 régions ayant participé à l'étude EPIPAGE en 1997.

**D**ans ce contexte, les pédiatres des trois centres de Néonatalogie de niveau III de la région Languedoc-Roussillon ont décidé en 2002, sous l'égide du Service de Néonatalogie de Montpellier (Professeur JC Picaud), de mettre en place un **tableau de bord de la grande prématurité** sur la base d'une dizaine d'indicateurs simples concernant la mère et l'enfant. Cette année, nous disposons des données 2002, 2003 et 2004, qui concerne plus de 1000 enfants. Il est absolument indispensable de diffuser ces informations à tous les professionnels de la Périnatalité en région Languedoc-Roussillon.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 31 décembre 2004, 1061 enfants d'âge gestationnel inférieur ou égal à 32 SA ont été pris en charge dans la région Languedoc-Roussillon.

Un quart d'entre eux (26,4%) avaient un âge gestationnel inférieur ou égal à 28 SA, c'est à dire présentaient un très haut risque de mortalité et de morbidité.

Un peu plus de la moitié (53%) ont été pris en charge au CHU de Montpellier, près d'un tiers (28%) au CHU de

Nîmes et pratiquement un cinquième (19%) au CH de Perpignan.

**E**n 2002, 295 enfants avaient été pris en charge, contre 396 en 2004, ce qui représente une augmentation de 32%. La charge de travail représentée par ces 100 grands prématurés supplémentaires en 2 ans est extrêmement importante. Pour ce qui concerne les enfants à très haut risque ( $AG \leq 28$  SA), on note qu'il y a eu une augmentation, surtout entre l'année 2003 (n=80) et l'année 2004 (n = 116).

**P**armi les grands prématurés, environ 1/3 (31%) sont issus de grossesses multiples. La proportion d'enfants issus de grossesses multiples a augmenté entre 2002 (27%) et 2004 (37%). Cette augmentation est parallèle à une augmentation de la proportion des enfants issus de grossesses induites dans cette population.

Le tableau de bord étant basé sur les indicateurs simples, il ne permet pas de distinguer les grossesses consécutives à une fécondation in vitro et celles qui sont consécutives à une induction de l'ovulation. Cependant, l'analyse des résultats des centres de procréation médicalement assistée suggère que l'augmentation de grossesses induites est plutôt consécutive à des stimulations de l'ovulation qu'à des procréations médicalement assistées par fécondation in vitro.

**L**a très grande majorité (87%) de ces enfants ont bénéficié d'une corticothérapie anténatale à visée maturative. Ce chiffre n'était que de 39% dans la région Languedoc-Roussillon en 1997 (contre 56% dans les 8 autres régions). On note que cette corticothérapie est extrêmement bien réalisée, dès les âges gestationnels les plus précoces, ce qui suggère un investissement beaucoup plus important dans la prise en charge de ces grossesses, par rapport à ce qui avait été observé en 1997.

De plus seulement 12% de ces enfants à très haut risque naissent en dehors d'un établissement niveau III et ce chiffre a diminué entre 2002 (18%) et 2004 (9%).

**L**a courbe de **survie** de ces enfants est représentée dans la figure ci-dessous, en fonction de l'âge gestationnel, et en

comparaison des données observées au cours de l'étude EPIPAGE en 1997.

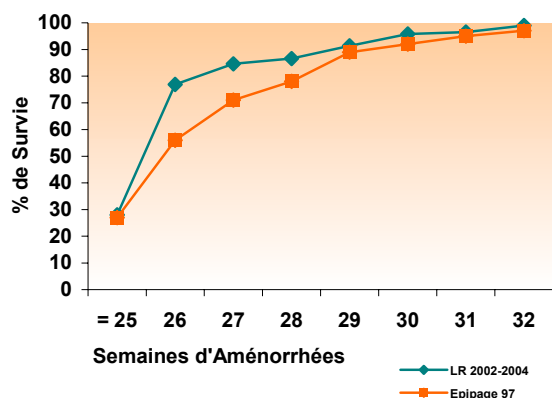


figure 1

On notera que l'amélioration de la survie a été observée principalement pour les enfants de moins de 30 SA, ce qui est extrêmement important et dénote une amélioration de la qualité de la prise en charge globale de ces enfants. Dès 26 SA, environ 80% de ces enfants survivent.

**C**ependant, les données concernant la mortalité ne sont pas suffisantes et il est indispensable d'y associer les données concernant la **morbidité néonatale et à moyen terme**, notamment du point de vue neurologique. Parmi les 1061 grands prématurés inclus dans ce tableau de bord, 19% ont présenté une anomalie de l'aspect échographique cérébral, quelle qu'elle soit, mais l'on sait qu'il existe des anomalies transitoires sans valeur pronostique péjorative. Si l'on considère seulement les lésions échographiques à haut risque d'anomalie neurodéveloppementale (hémorragie intra-ventriculaire de grade III ou IV, leucomalacie péri-ventriculaire quel que soit le grade), on note que seulement 5% de ces enfants présentent ce type de lésions. Ce pourcentage est bien évidemment variable avec l'âge gestationnel, de l'ordre de 20% pour un âge gestationnel inférieur ou égal à 27 SA, puis de l'ordre de 5 à 10% entre 28 et 29 SA, et de l'ordre de 2% au delà de 30 SA.

**L**e tableau de bord de la grande prématurité permet de s'apercevoir que la proportion d'enfants présentant des anomalies majeures à l'échographie trans-fontanelle en période néonatale est significativement diminuée par rapport à ce qui avait été mesuré en 1997 dans la région. En effet, ces chiffres sont de 19% actuellement contre 34% en 1997 entre 26 et 27 SA, de 7% actuellement contre 39% en 1997 entre 28 et 29 SA et enfin 1,7% actuellement contre 15% en 1997 entre 30 et 32 SA.

La figure suivante montre la proportion d'enfants atteints de séquelles motrices graves : infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) à 2 ans en fonction de l'âge gestationnel à la naissance, parmi 1954 enfants de la cohorte EPIPAGE suivis jusqu'à cet âge.

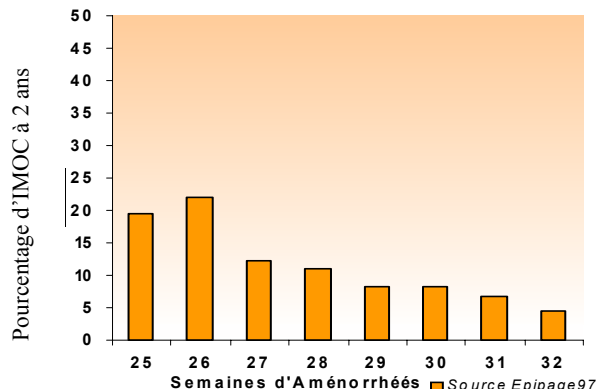


figure 2

**S**i l'on compare la proportion d'enfants atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale à la proportion d'enfants chez lesquels on a détecté des anomalies sévères à l'échographie cérébrale en période néonatale, on note que l'échographie sur-estime le risque d'infirmité motrice d'origine cérébrale. En effet, 21% des enfants présentaient des anomalies échographiques sévères et 8% ont finalement une IMOC à 2 ans. L'analyse de ces données montre aussi que 7% des enfants ne présentant aucune hémorragie intra-ventriculaire présentent une IMOC à l'âge de 2 ans. Ce chiffre est de 5% pour les enfants ne présentant aucune lésion de type leucomalacie péri-ventriculaire en période néonatale. Cette **absence de corrélation absolue entre l'échographie cérébrale en période néonatale et le devenir neuromoteur à deux ans** incite à développer de nouvelles stratégies de diagnostic (IRM ?) et surtout à mettre l'accent sur le **suivi clinique de ces enfants pendant les premières années de vie (réseau de suivi des enfants à risque)**.

**A**u total, ce tableau de bord de la grande prématurité est un outil indispensable de la connaissance de nos pratiques et de l'amélioration de la qualité de l'information à destination des parents. Toutefois, il est important d'insister sur le fait que ces chiffres doivent être utilisés par les professionnels avec prudence car ce sont des chiffres obtenus au niveau d'une population. Chaque cas individuel doit être discuté en fonction du contexte (chorio-amnionite, retard de croissance intra-utérin...). Avec cette réserve, et en les utilisant de façon appropriée, ces chiffres doivent permettre d'améliorer la qualité d'information des professionnels et par voie de conséquence des parents.