

Tableau de bord de la grande prématurité en Languedoc Roussillon

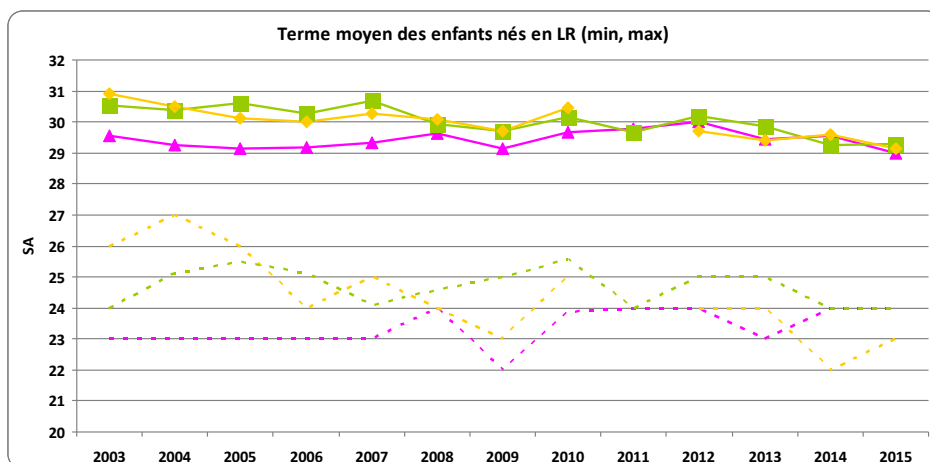
Travail réalisé par G. Cambonie, C. Combes, M. Di Maio, JB. Mariette, AC Menguy, JC Picaud, P. Thevenot.

Depuis l'année 2003 les équipes des trois niveaux III de la région Languedoc Roussillon (LR), Montpellier (MTP), Nîmes (NIM) et Perpignan (PER), alimentent avec leurs données respectives un tableau de bord régional sur la grande prématurité. Ce travail, qui fait l'objet d'une synthèse annuelle à l'occasion de cette journée régionale, va bientôt pouvoir s'enrichir grâce au projet de collaboration mis en place avec le réseau naître et grandir en LR, projet qui devrait permettre d'intégrer les informations sur les devenir immédiat de ces enfants avec les données sur le devenir à plus long terme.

La tentative d'analyse comparative entre les trois centres qui va suivre n'a nullement l'ambition de fournir des données statistiquement significatives mais bien plus simplement de stimuler la réflexion, la discussion et la curiosité à propos de nos pratiques respectives.

Depuis 2003, le nombre total d'enfants nés en LR avec un AG < 33 SA est assez stable avec des fluctuations autour d'une moyenne d'environ 380-390 naissances par an.

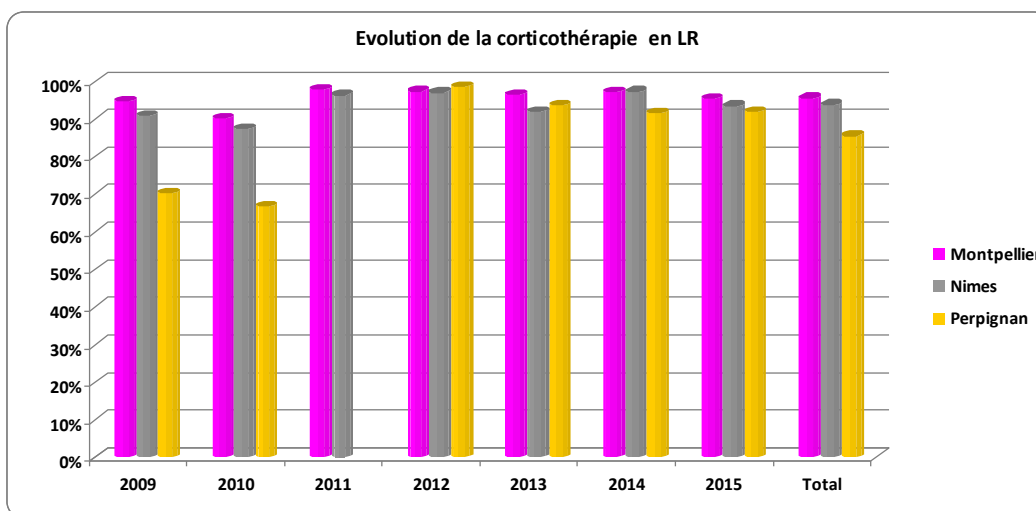
Le terme moyen en 2015 est de 29 SA alors que l'on retrouve une distribution par tranches d'âge gestationnel relativement homogène sur les trois centres. A titre d'exemple, toujours en 2015, à MTP 28% des grands prématurés sont nés avant 28 SA versus 27% à NIM et 25 % à PER. Au total le nombre d'enfants avec un AG < 28 SA est passé de 45 en 2003 à 100 en 2016.



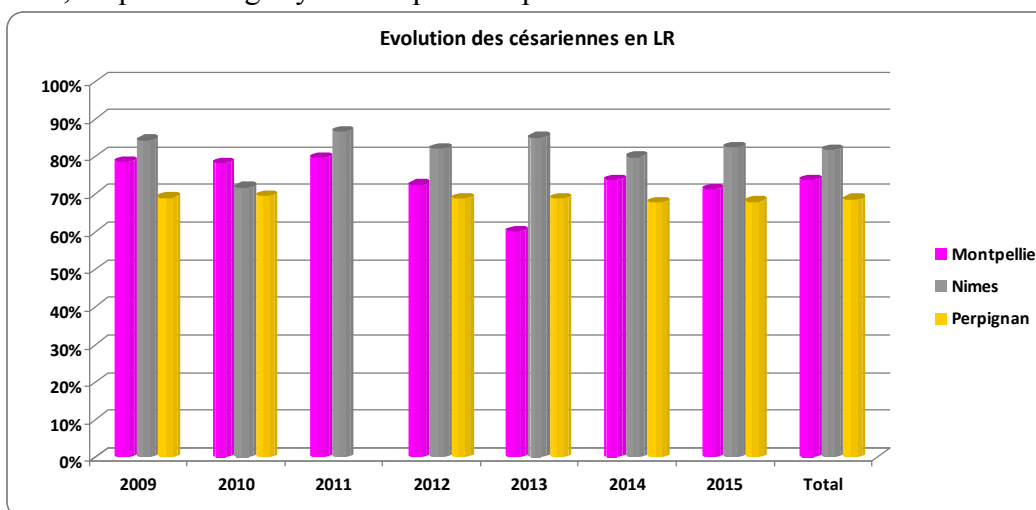
Le pourcentage de grossesses induites est en légère augmentation depuis 2010 (17% vs 22% en 2015) sur l'ensemble des centres avec, par contre, un pourcentage de grossesses multiples relativement stable.

L'évolution des naissances inborn en 2015 est aux alentours de 85 % pour les trois centres, en diminution globale par rapport aux années précédentes.

Une corticothérapie anténatale, qu'elle soit complète, incomplète ou périmée, est pratiquée dans au moins 90 % des cas pour les trois centres depuis 2012.



Le nombre d'accouchements par césarienne est stable en moyenne depuis 2009 avec, pour NIM, un pourcentage systématiquement plus élevé.



Les rapport entre naissance per césarienne et mortalité et HIV sont décrits dans les tableaux suivants :

< 33 SA	Décès		HIV	
	non	oui	non	oui
VB	583	91	447	214
%	24	35	22	32
Césarienne	1885	170	1585	459
%	76	65	78	68
Total	2468	261	2032	673

< 28 SA	Décès		HIV	
	non	oui	non	oui
VB	104	74	67	101
%	26%	42%	23%	39%
Césarienne	297	101	228	161
%	74%	58%	77%	61%
Total	401	175	295	262

La proportion des enfants hypotrophes varie d'une année à l'autre mais reste toujours plus faible pour MTP par rapport aux autres centres.

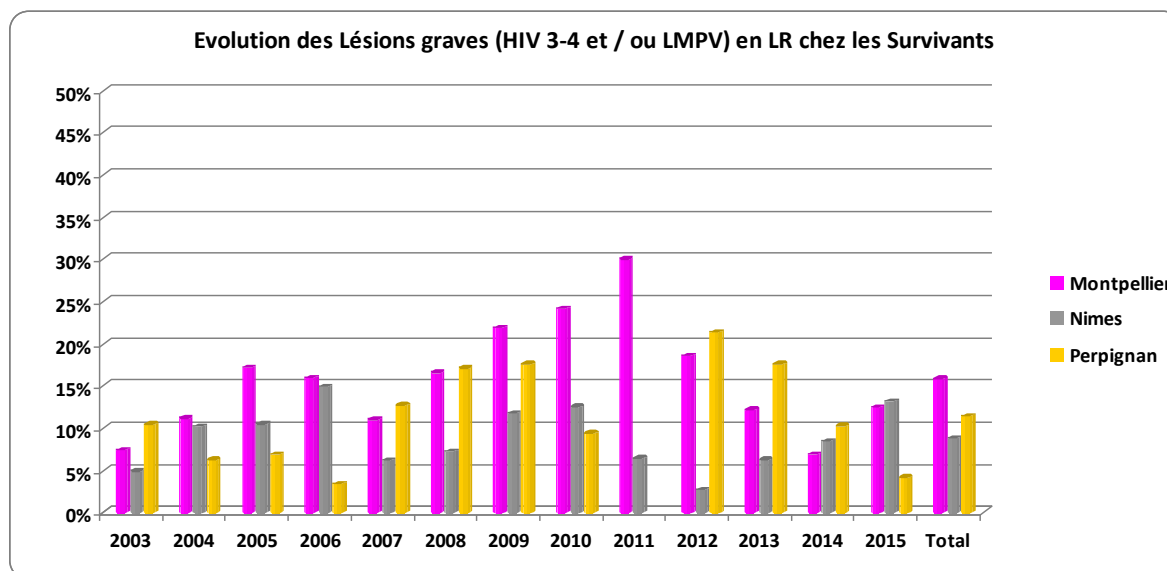
Le poids de naissance moyen en 2015 est de 1241 gr pour MTP, de 1284 gr pour NIM et de 1394 gr pour PER (respectivement 1342 gr, 1531 gr et 1562 gr en 2003).

L'analyse par centre confirme pleinement le caractère épidémique des entérocolites ulcéro-nécrosantes (ECUN) avec des pics d'incidence pour chaque centre mais surtout, de manière intéressante, l'absence d'ECUN à PER entre 2008 et 2012 et un pourcentage comparativement plus faible par rapport aux autres centres sur les années suivantes.

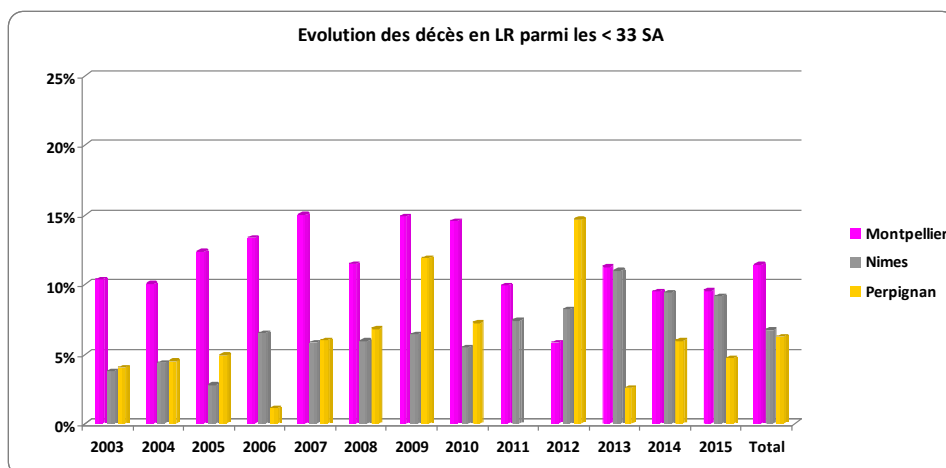
Les nombre total d'infections nosocomiales tend à la baisse avec un pourcentage d'enfants ayant présenté au moins un épisode de 26% en 2009 vs 19% en 2015.

Le pourcentage des HIV tous grades confondus, a connu un pic en 2008 pour PER, en 2011 pour MTP et en 2013 pour NIM avec, ensuite, une tendance progressive à la diminution pour les trois centres.

En ce qui concerne les léucomalacies périventriculaires (LPV) on trouve une distribution très variable. Bien entendu dans l'évaluation de ce paramètre il est essentiel d'apprécier les caractéristiques des patients (MTP à titre d'exemple est le seul centre prenant en charge des patients chirurgicaux et il reçoit donc, entre autres, les ECUN les plus sévères potentiellement pourvoyeuses de LPV).



La présence des patients chirurgicaux et l'organisation régionale qui, jusqu'en 2010-2011 prévoyait la naissance sur MTP en cas de prématurité extrême, contribuent probablement à expliquer le taux de mortalité globalement plus élevé observé jusqu'à cette période pour le centre de MTP. Cette écart se réduit depuis sensiblement notamment avec NIM alors que PER présente sur la période 2013-2015 une mortalité plus faible.



Parmi les enfants sortis à domicile en 2015, 15% avaient un poids à la sortie < -2DS à MTP, 14% à NIM et 10% à PER.

En conclusion, la proportion de naissances à plus faible âge gestationnel tend à augmenter dans la région. Les résultats présentent quelques différences entre les trois centres qui sont probablement fonction du type de patients recrutés, il serait toutefois intéressant de promouvoir des réunions d'échange et de confrontation sur les pratiques obstétrico-pédiatriques.