

Tableau de bord de la grande prématurité en Languedoc-Roussillon : années 2003 à 2006

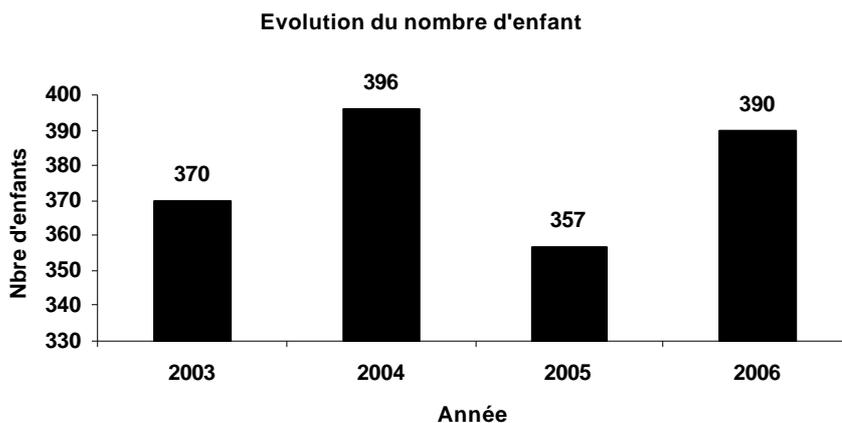
JC Picaud, JB Mariette, P Thevenot

Services de Néonatalogie de niveau III de Montpellier, Nîmes et Perpignan.

*

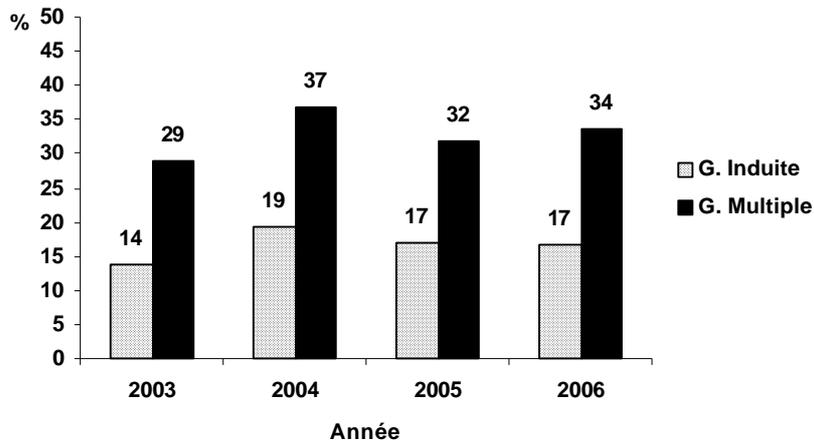
Comme chaque année depuis 2002, nous profitons de la Journées des Actualités Périnatales pour remettre aux professionnels de la Périnatalité des chiffres régionaux concernant l'évolution néonatale immédiate des enfants nés très prématurément (âge gestationnel à la naissance ≤ 32 SA). Ce travail n'a pas pour objectif de transmettre ces données telles quelles aux familles car ces résultats sont ceux d'une population et ne sont pas forcément applicables à chaque individu et à chaque situation. Cependant, chaque professionnel de santé qui prend en charge la mère d'un enfant qui va naître très prématurément ou son enfant doit être parfaitement informé de quelques éléments simples de pronostic néonatal immédiat. C'est l'objectif de ce document. Il ne représente qu'une aide aux professionnels de la périnatalité pour leur permettre d'aborder les patientes et leurs enfants dans de meilleures conditions, puisqu'il a été démontré clairement que le niveau de connaissance du pronostic influence la qualité des soins.

Cette année, nous sommes en mesure de vous présenter les résultats chez **1513 enfants**, grands prématurés, nés dans la région Languedoc-Roussillon entre 2003 et 2006. Au cours de ces 4 dernières années, le **nombre de grands prématurés** nés en Languedoc-Roussillon reste stable (350 à 400 par an).

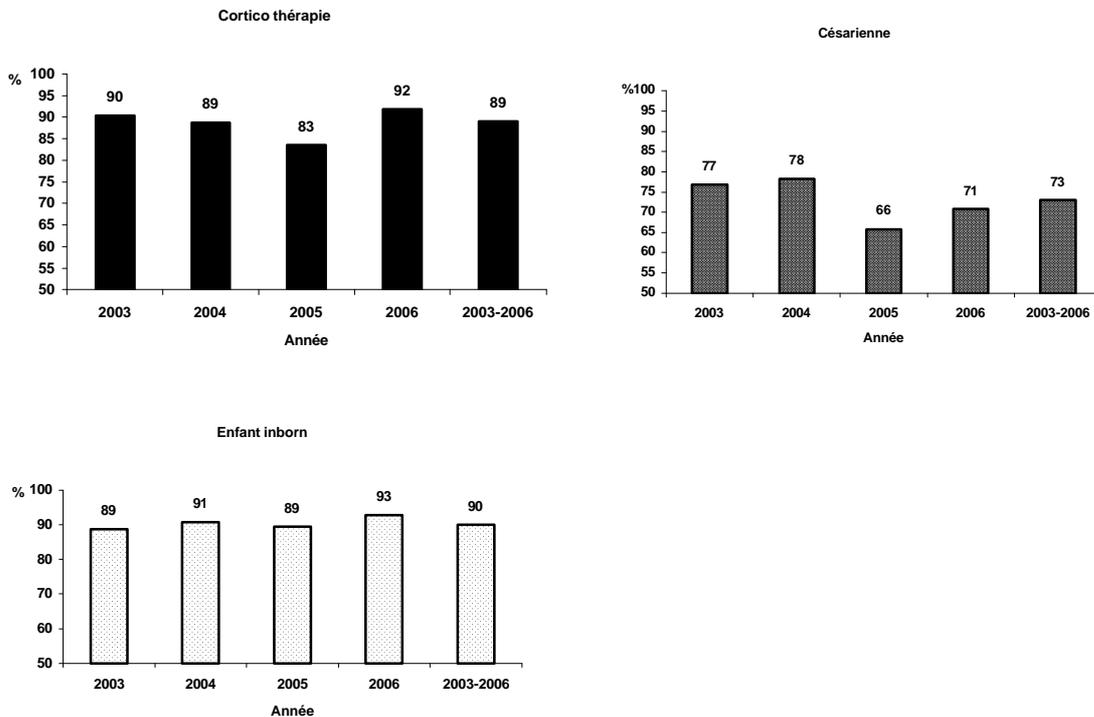


Environ 1/3 de ces enfants sont issus de grossesses multiples et ces chiffres restent stables, ainsi que le pourcentage d'enfants nés après une **grossesse issue de l'AMP ou induite** (environ 1 enfant sur 6).

Enfants issus de grossesses induites et multiples



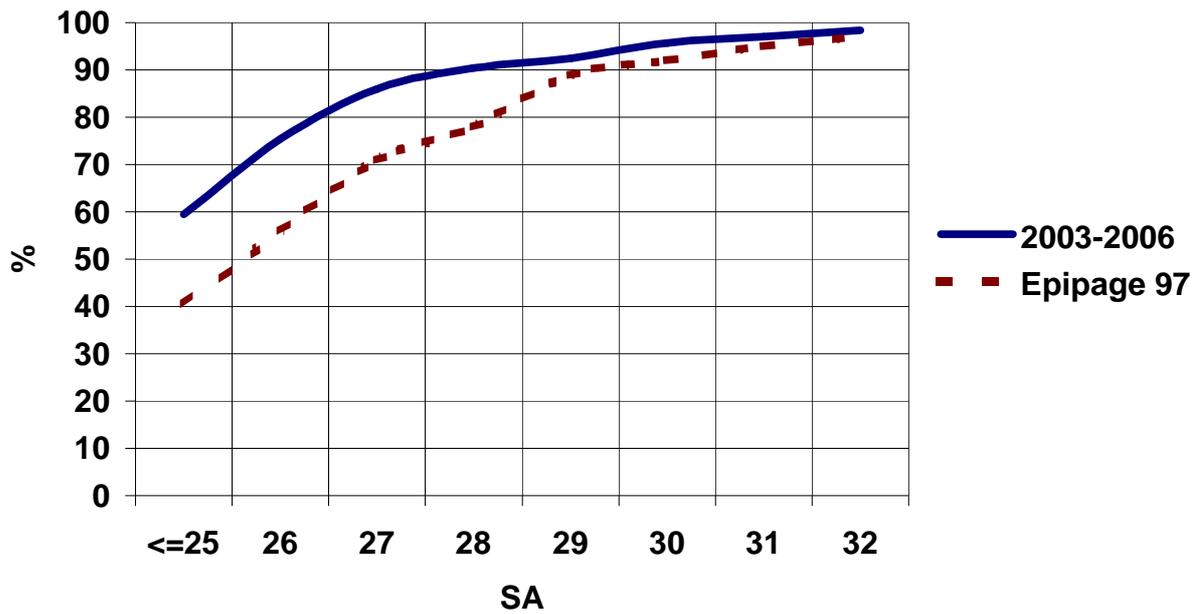
Entre 2003 et 2005 nous avons constaté une diminution de la proportion d'enfants nés par césarienne et après corticothérapie anténatale. Cette tendance n'est pas confirmée puisqu'en 2006, 71% des enfants sont nés par césarienne et 92% ont bénéficié d'une corticothérapie en anténatale, ce qui est un chiffre plus que satisfaisant. D'autant plus que la proportion de grands prématurés nés en dehors d'un niveau III elle aussi à diminuer (7% en 2006).



Plus de 90% de ces enfants grands prématurés survivent en période néonatale et ce chiffre est stable au cours des dernières années. La **courbe de survie** (figure 1) permet d'observer l'amélioration obtenue, notamment pour les enfants les plus prématurés (âge gestationnel < à 29 SA). C'est la conséquence de l'amélioration de la prise en charge périnatale, notamment le recours large au

transfert in utero permettant la naissance en niveau III, l'utilisation large de la corticothérapie anténatale et le recours à la césarienne, même en cas de grande prématurité.

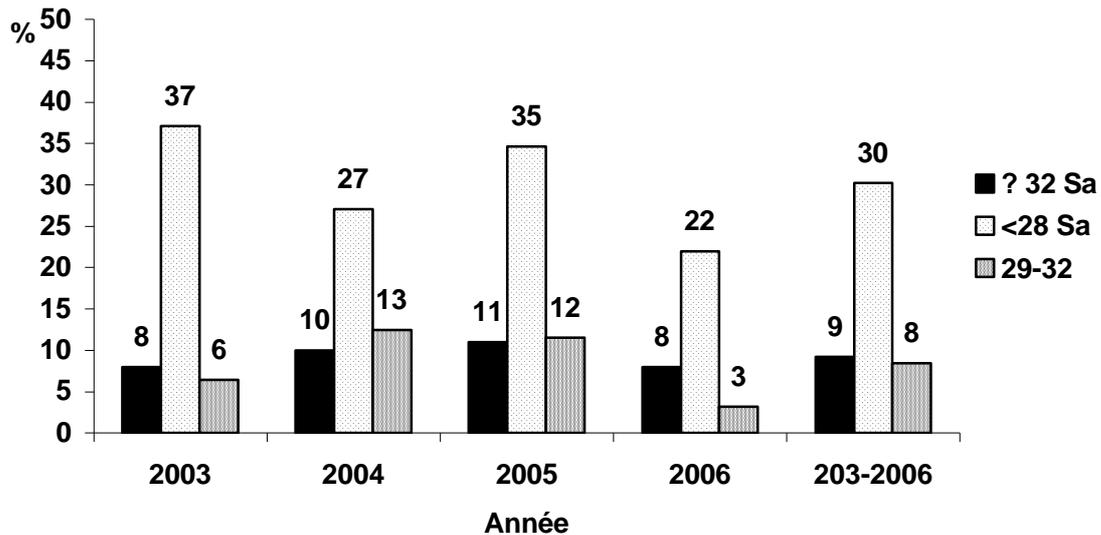
Courbes de survie



Ces courbes suggèrent que l'organisation de la périnatalité en réseau, telle que cela a été effectué en région Languedoc-Roussillon (nette amélioration entre 1997, date d'EPIPAGE et l'année 2006) permet d'améliorer la survie des enfants les plus vulnérables.

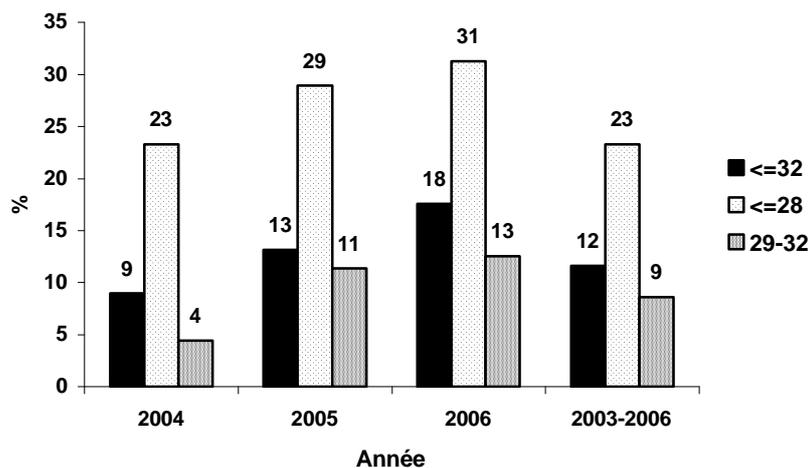
Parmi les 1394 enfants survivants, la morbidité semble avoir très favorablement évolué, notamment pour la **dysplasie broncho-pulmonaire** (oxygénodépendance à 36 SA). Cette diminution est observée pour la population totale, mais aussi pour les enfants prématurissimes (AG < 28 SA).

DBP chez les 1394 survivants



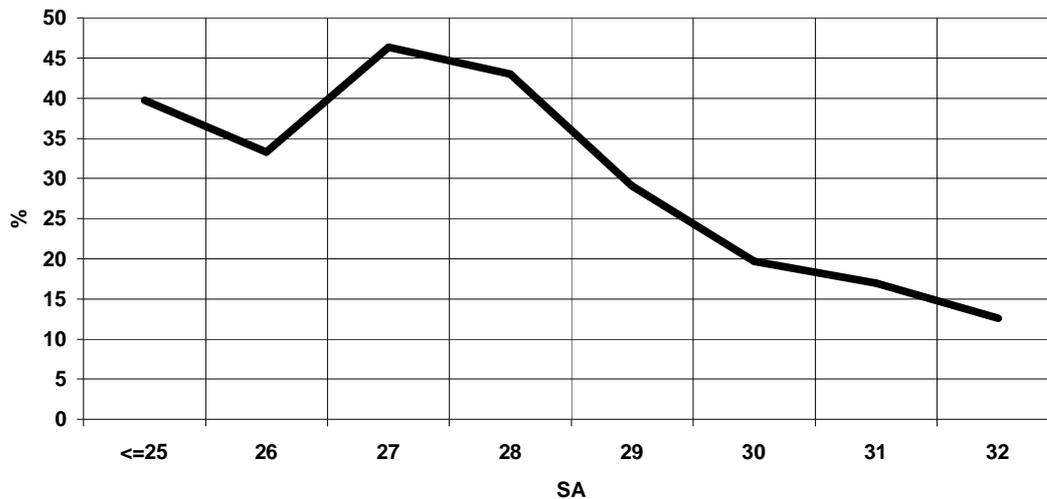
Cette évolution favorable est aussi observée pour l'entérocolite ulcéro-nécrosante et les infections (materno-fœtales ou tardives) et les lésions cérébrales à haut risque (hémorragies intra-ventriculaire, HIV de grade III / IV ou leucomalacie périventriculaire, LMPV) détectées à l'échographie cérébrale durant le séjour hospitalier.

HIV II-IV ou LMPV chez les 1394 survivants



Quand on prend en compte la **morbidité sévère** (dysplasie broncho-pulmonaire, entérocolite ulcéro-nécrosante ou hémorragie intra-ventriculaire de grade III ou IV / leucomalacie périventriculaire, on observe aussi bien évidemment une réduction de la morbidité en fonction de l'âge gestationnel.

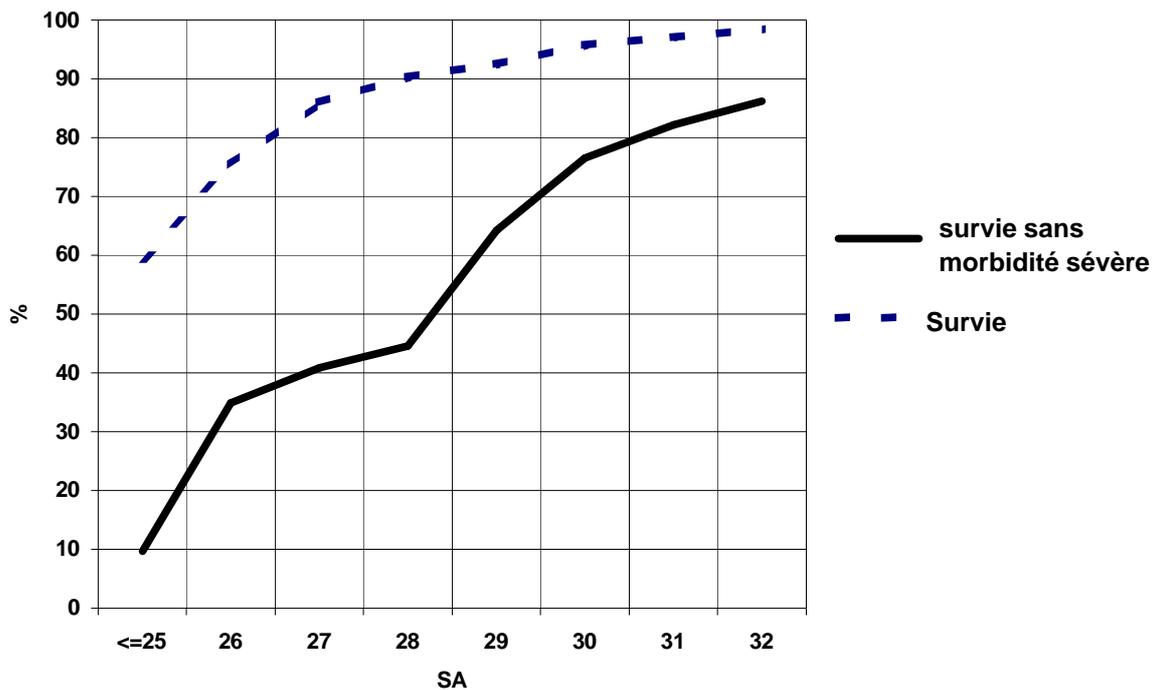
Morbidité sévère chez les 1394 survivants



Il est possible d'agir encore sur ces éléments de morbidité. Il faudrait réduire encore le nombre d'"outborn" (organisation périnatale), poursuivre l'amélioration de la proportion d'enfants bénéficiant d'une corticothérapie anténatale, administrer le surfactant dès les premières minutes de vie chez les plus immatures ($AG \leq 26$ SA, voire ≤ 28 SA si absence de corticothérapie anténatale), limiter le nombre d'hypotrophies, améliorer nos pratiques en terme d'alimentation entérale des grands prématurés..

Enfin, il est finalement possible d'essayer de calculer pour un enfant d'AG donné, quelles sont ses chances de survivre sans aucune des morbidités néonatales sévères telles que définies ci-dessus. Ainsi, à 28 SA 90% des enfants vont survivre et parmi ceux-ci, un peu plus de la moitié 45% ne présenteront aucune morbidité néonatale sévère. A 30 SA ces chiffres sont de 96% et 76%, mais ils sont de 75% et 35% à 26SA. Tous ces éléments de morbidité sévère n'ont pas les mêmes conséquences au delà de la période néonatale. Ainsi, les enfants atteints de DBP sont dépendants de l'oxygène à 36 SA, mais la plupart d'entre eux sortent sans oxygène à la maison. S'ils ont besoins d'O₂ à domicile, cette oxygénothérapie ne dure le plus souvent que quelques semaines à quelques mois. De la même façon l'ECUN, une fois traitée, n'a le plus souvent pas de conséquences à long terme. Cependant, il paraît important de connaître ces morbidités néonatales sont "sévères" car elles prolongent la durée d'hospitalisation et soumettent les parents à rude épreuve.

**Survie et survie sans morbidité sévère
chez les 1513 enfants nés en LR entre 2003 et 2006**



Au total, les chiffres du tableau de bord régional nous permettent maintenant d'avoir une bonne vision de l'**évolution néonatale** de ces enfants très fragiles à la période néonatale dans notre région. Cependant, on sait qu'il n'y a pas de relation absolue entre la présence de lésions cérébrales à l'ETF et le devenir neuromoteur et cognitif. Certains enfants peuvent avoir une évolution néonatale difficile avec des complications multiples et bien se développer ensuite. A contrario, il est possible d'observer un devenir neurodéveloppemental altéré alors que l'enfant n'avait pas présenté de complication importante en période néonatale. Il est donc impératif que le **réseau de suivi** voit le jour en 2007, afin d'améliorer la prise en charge des enfants les plus vulnérables et de leur famille. Seul ce réseau permettra de collecter de façon harmonisée toutes les informations sur le devenir de ces enfants non seulement à 2 ans (évaluation des séquelles neuromotrices), mais aussi à l'âge préscolaire (troubles cognitifs et du comportement). C'est en fonction de ces résultats de la naissance à 6 ans que pourra se décider l'amélioration de la politique périnatale dans notre région.