

Tableau de bord de la grande prématurité en Languedoc-Roussillon : 2002 à 2007

JC Picaud, JB Mariette, P Thevenot, C. Combe

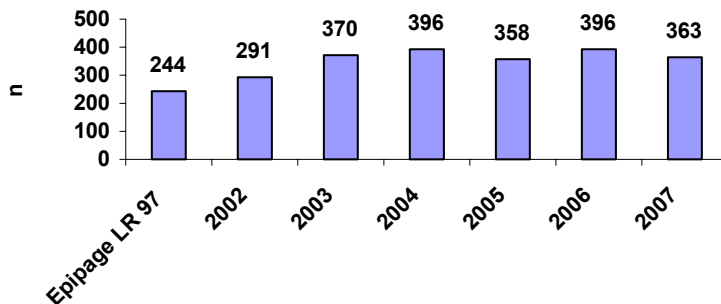
Services de Néonatalogie de Montpellier, Nîmes et Perpignan.

Comme chaque année depuis 2002, nous profitons de la Journée des Actualités Périnatales pour remettre aux professionnels de la Périnatalité des chiffres régionaux concernant l'évolution néonatale des grands prématurés (âge gestationnel \leq 32 SA).

En effet, chaque professionnel 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. Par contre, il ne doit pas être utilisé pour délivrer des chiffres tels quels aux familles, car ces résultats sont ceux d'une population et ne sont pas forcément applicables à chaque individu et à chaque situation.

Cette année nous sommes en mesure de vous présenter les résultats obtenus chez **2174 grands prématurés**, nés dans la région Languedoc-Roussillon entre 2003 et 2007, soit environ 350 par an. Ce chiffre est assez stable depuis 2003 (figure 1).

**Figure 1: 2174 grands prématurés (AG \leq 32 SA)
en LR 2002-2007**



Environ 1/3 de ces enfants sont issus de **grossesses multiples** et ces chiffres restent stables depuis 4 ans, ainsi que le pourcentage d'enfants nés après une **grossesse issue de l'AMP** (environ 1 enfant sur 6).

Environ 2 grands prématurés sur 3 (71%) naissent par césarienne et le taux de corticothérapie anténatale reste supérieur à 85%, ce qui représente une nette amélioration depuis EPIPAGE (figures 2 et 3). Par contre, la proportion de grands prématurés nés dans un établissement adapté (type III) a diminué en 2006-2007 et il faut rester vigilants sur ce point, qui dépend de la qualité de travail en réseau des professionnels (figure 4).

Figure 2 : Grands prématurés nés par césarienne
en LR 2002-2007 ==> 72%

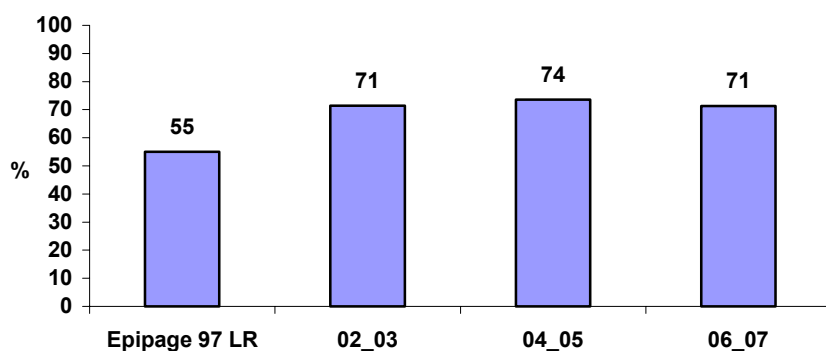


Figure 3 : Grands prématurés nés après une maturation fœtale en
LR 2002-07 ==> 85%

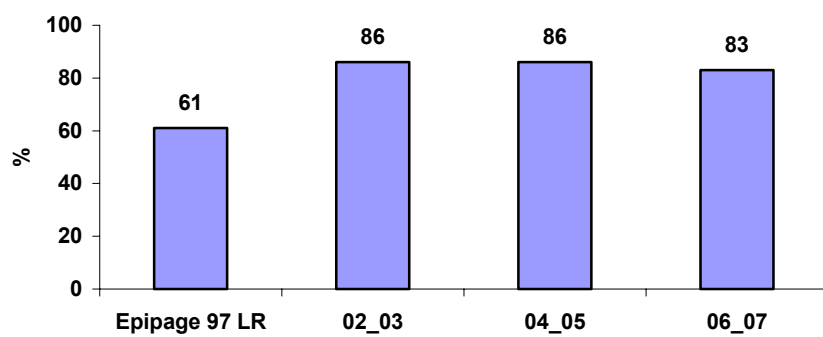
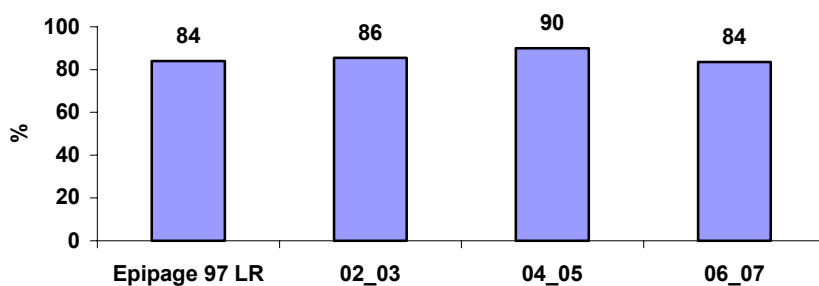
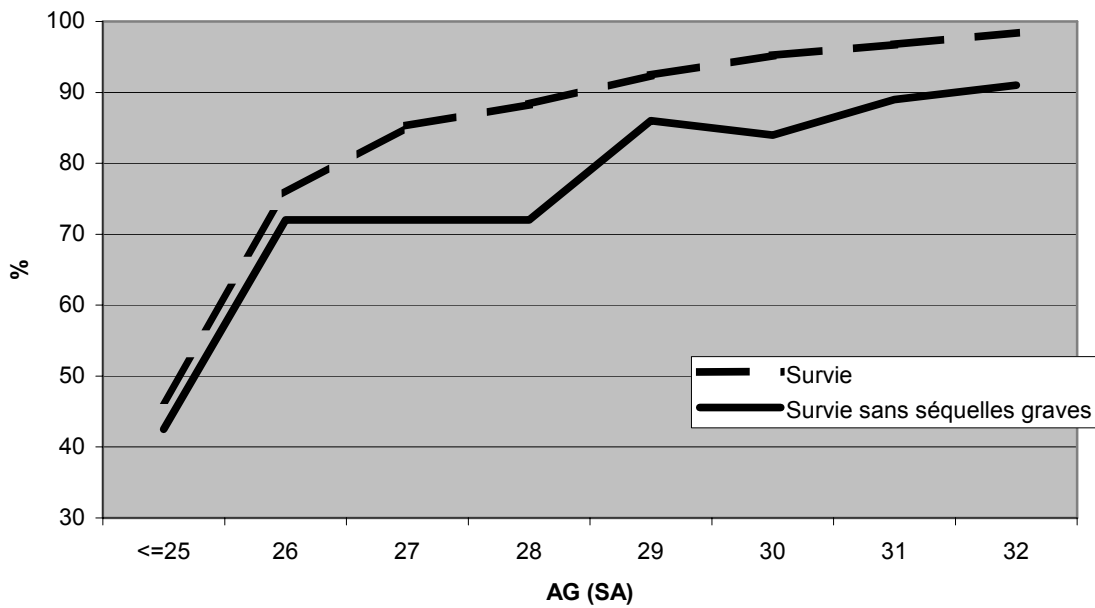


Figure 4 : Grands prématurés "inborns" (nés en établissement
de type III), en LR 2002-2007 ==> 86 %



Concernant le **risque de décès**, on observe que ces plus 9 grands prématurés sur 10 survivent en période néonatale (1982/2174, 91.2 %), chiffre est stable au cours des dernières années. La courbe de survie (figure 5) permet d'observer que le bénéfice par rapport à 1997 a été obtenu surtout chez les enfants les plus immatures (AG<28 SA). C'est probablement en rapport avec l'amélioration de l'organisation des soins en périnatalité en LR depuis 2000-2001 (Veit et al. Archives de Pédiatrie 2008).

Figure 5 : Tableau de bord 2002-2007 (n=2174)



Au delà de la mortalité il est impératif d'évaluer la **morbidité néonatale**. Ainsi, parmi les 1394 enfants survivants, l'incidence de la dysplasie broncho-pulmonaire (oxygénodépendance à 36 SA) a significativement diminué depuis EPIPAGE, même chez les enfants prématurissimes (AG < 28 SA) (figures 6a et 6b).

Figure 6a : Dysplasie bronchopulmonaire parmi les grands prématurés (AG <= 32 SA) survivants, en LR 2002-2007 ==> 9 %

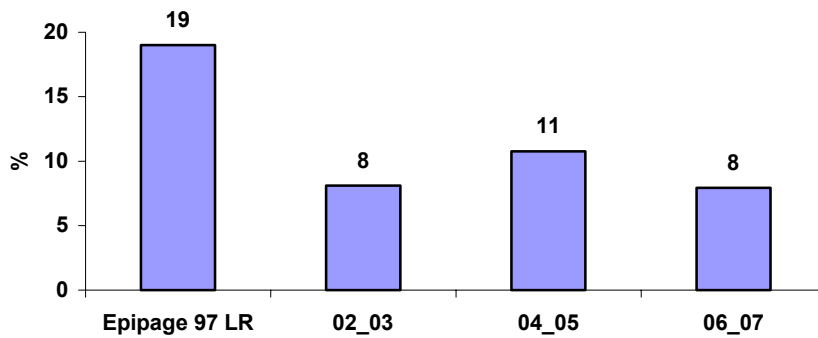
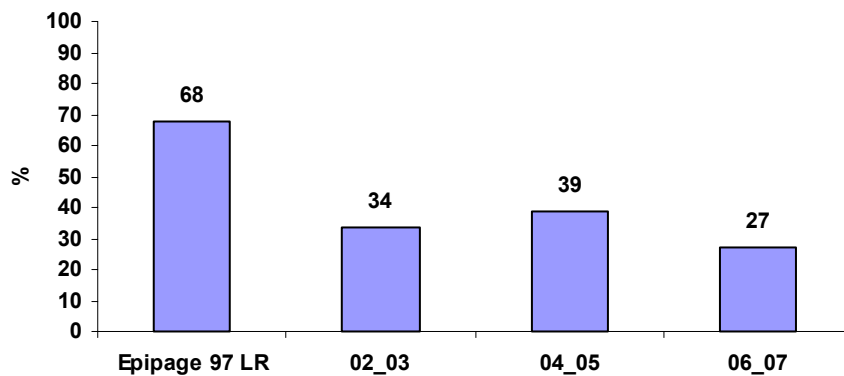
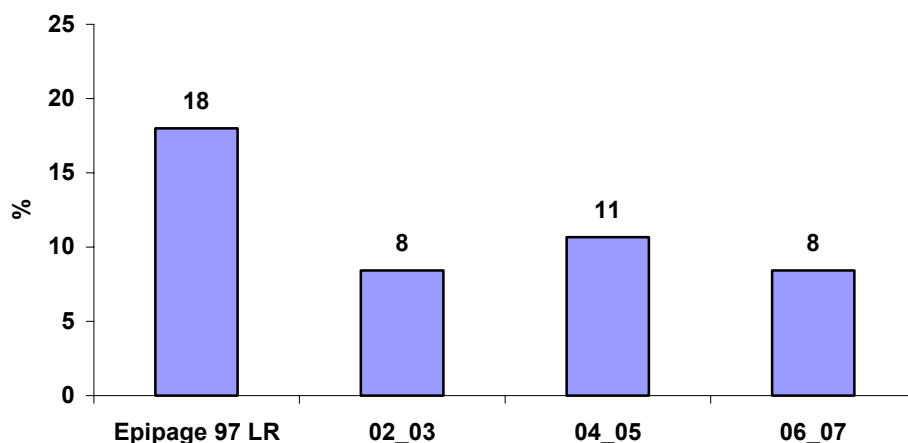


Figure 6b : Dysplasie bronchopulmonaire parmi les grands prématurés (AG <= 28 SA) survivants, en LR 2002-2007 ==> 33%



La même évolution est observée pour les lésions neurologiques graves de type leucomalacie périventriculaire (LMPV) (figure 7).

Figure 7 : Evolution des LMPV chez les grands prématurés survivants, en LR 2002-2007 ==> 9%



Au total, environ 80% de ces enfants (1726/2174, 79.3 %) survivent sans aucune morbidity néonatale sévère (dysplasie broncho-pulmonaire, entérocologie ulcéro-nécrosante ou hémorragie intra-ventriculaire de grade III ou IV / leucomalacie périventriculaire). Cette **survie sans morbidité sévère** augmente avec l'âge gestationnel à la naissance, passant de 70% entre 26 et 28 SA à 90% entre 31 et 32 SA (figure 5). Il faut noter que 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 besoin 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 l'incidence de cette morbidité néonatale qui est considérée comme "sévere" car elle prolonge la durée d'hospitalisation et soumet les parents à rude épreuve.

Au total, ce tableau de bord régional nous permet d'avoir une bonne vision de l'évolution néonatale des grands prématurés nés dans notre région, et de s'assurer que nos résultats sont stables. Il est important de continuer à l'analyser chaque année.

Document disponible sur <http://www.perinat-france.org>