

Point de vue

Il est très difficile de faire le point scientifique sur toutes les connaissances acquises dans le domaine de la grande prématurité. Dans ce rapport d'expertise, plusieurs points importants faisant l'objet de nombreuses publications récentes ont été analysés et synthétisés, en particulier le rôle de l'infection dans le mécanisme de la prématurité et l'importance des grossesses gémellaires et en général multiples comme étiologie directe de la naissance avant 33 semaines. De même, ont été bien présentées les connaissances nouvelles sur la physiologie de la parturition et les marqueurs locaux de menace d'accouchement prématuré tels que la fibronectine foetale recherchée dans les sécrétions vaginales. L'intérêt de l'échographie endovaginale pour mesurer le risque de prématurité et son avantage par rapport à l'examen clinique ont très bien été analysés. Une synthèse des mécanismes des lésions cérébrales conséquents de la prématurité a été réalisée et elle représente un très bon point de l'information disponible.

Je voudrais préciser mon point de vue sur l'influence de l'hypotrophie foetale dans l'induction de la naissance avant terme, peut-être via une avance maturative chez le fœtus hypotrophe. Ceci, seulement évoqué dans ce rapport, pourrait constituer une voie intéressante de recherche et prévention.

Il me semble important d'insister sur un aspect particulier du rôle de l'infection en relation avec les facteurs prédisposants tels que la modification du col. Le raccourcissement du col et la présence de germes sur un frottis vaginal, l'un et l'autre facteurs de risque de prématurité, présentent en association une valeur prédictive nettement plus élevée, montrant ainsi que l'infection ascendante est favorisée par la faiblesse du col (Chambers et coll., 1991). Ceci est essentiel pour l'organisation de la prévention de la prématurité liée à cette infection ascendante. S'il est très difficile d'agir sur la présence de germes dans un frottis vaginal, il est cependant possible de proposer que le risque d'infection puisse être réduit si l'on prend en compte les mécanismes de raccourcissement et d'ouverture trop précoce du col utérin (Bouyer et coll., 1986) : ceci constitue une voie majeure de prévention.

Deux points de politique de santé et de prévention doivent tout particulièrement être soulignés. Une action de prévention a été menée en France depuis le début du plan de périnatalité en 1971, qui explique pourquoi une nette réduction de la prématurité a pu être observée entre 1971 et 1982. Une quasi stagnation est apparue de 1980 à 1989, suivie d'une lente remontée des chiffres. Il est établi que le changement dans les techniques de consultation prénatale et l'accroissement des prescriptions d'arrêt de travail, qui ont été la base de la stratégie de prévention en France, ont été efficaces. L'investissement majeur que cela a représenté a été utile, puisque les taux de prématurité ont été réduits, et représente un exemple à suivre pour d'autres nations.

Le second point de santé publique sur lequel je souhaite insister est celui de l'organisation des soins. Nous avons montré à quel point le site de naissance peut présenter de l'importance pour le risque de mort per partum ou néonatale des enfants de moins de 33 semaines (Papiernik et Combier, 1996) : le risque relatif de décès ou de handicap est nettement plus élevé pour les grands prématurés (de 30 à 32 semaines) transférés après la naissance (*out born*) lorsqu'ils sont comparés aux enfants nés dans des centres périnataux de niveau 3 (*in born*) (Truffert et coll., 1992).

De ce fait, il semble indispensable d'instaurer en France une politique analogue à celle qui a été appelée dans de nombreux pays « régionalisation des soins périnataux » et qui consiste à mieux adapter le niveau de soins au niveau de risque périnatal. En particulier, cette politique prévoit le transport de la mère vers un centre périnatal de niveau 3 avant un accouchement de grand prématuré, ce qui permet d'éviter celui de l'enfant après sa naissance. L'importance de cette politique est majeure si elle peut, comme cela a été observé ailleurs, réduire de façon significative le risque relatif de décès et de handicap spécifique par groupe de durée de grossesse ou par groupe de poids de naissance (Kollee et coll., 1988).

Une telle action est possible en France : il faut l'organiser, la faire admettre, et mettre en place les outils de son évaluation, car on ne peut oublier le point de vue de l'action de santé collective pour améliorer la sécurité à la naissance des grands prématurés.

Professeur Emile Papiernik

Chef du service de gynécologie-obstétrique 1

Hôpital Cochin

Professeur Université René Descartes, Paris

BOUYER J, PAPIERNIK E, DREYFUS J, COLLIN D, WINISDOERFFER G, GUEGUEN S. Maturation signs of the cervix and prediction of preterm births. *Obstet Gynaecol* 1986, **68** : 209-214

CHAMBERS S, PONS JC, RICHARD A, CHIESA M, BOUYER J, PAPIERNIK E. Vaginal infection, cervical ripening and preterm delivery. *Eur J Obstet Gyn Reprod Biol* 1990, **38** : 103-108

KOLLEE L, VERLOOVE-VANHORICK PP, VERWEY R, BRAND R, RUYSS JH. Maternal and neonatal transport : results of a national collaborative survey of preterm and very low birth weight infants in the Netherlands. *Obstet Gynaecol* 1988, **72** : 729-732

PAPIERNIK E, COMBIER E. Morbidité et mortalité des prématurés de moins de 33 semaines. *Bull Acad Med* 1996, **180** : 1027-1031

TRUFFERT P, GOUJARD J, CROST M, DEHAN M, VODOVAR M, BRÉART G. Perinatal management of premature newborns and survival without handicap in french prospective study. *J Perinat Med* 1992, **20** (suppl.1) : 227