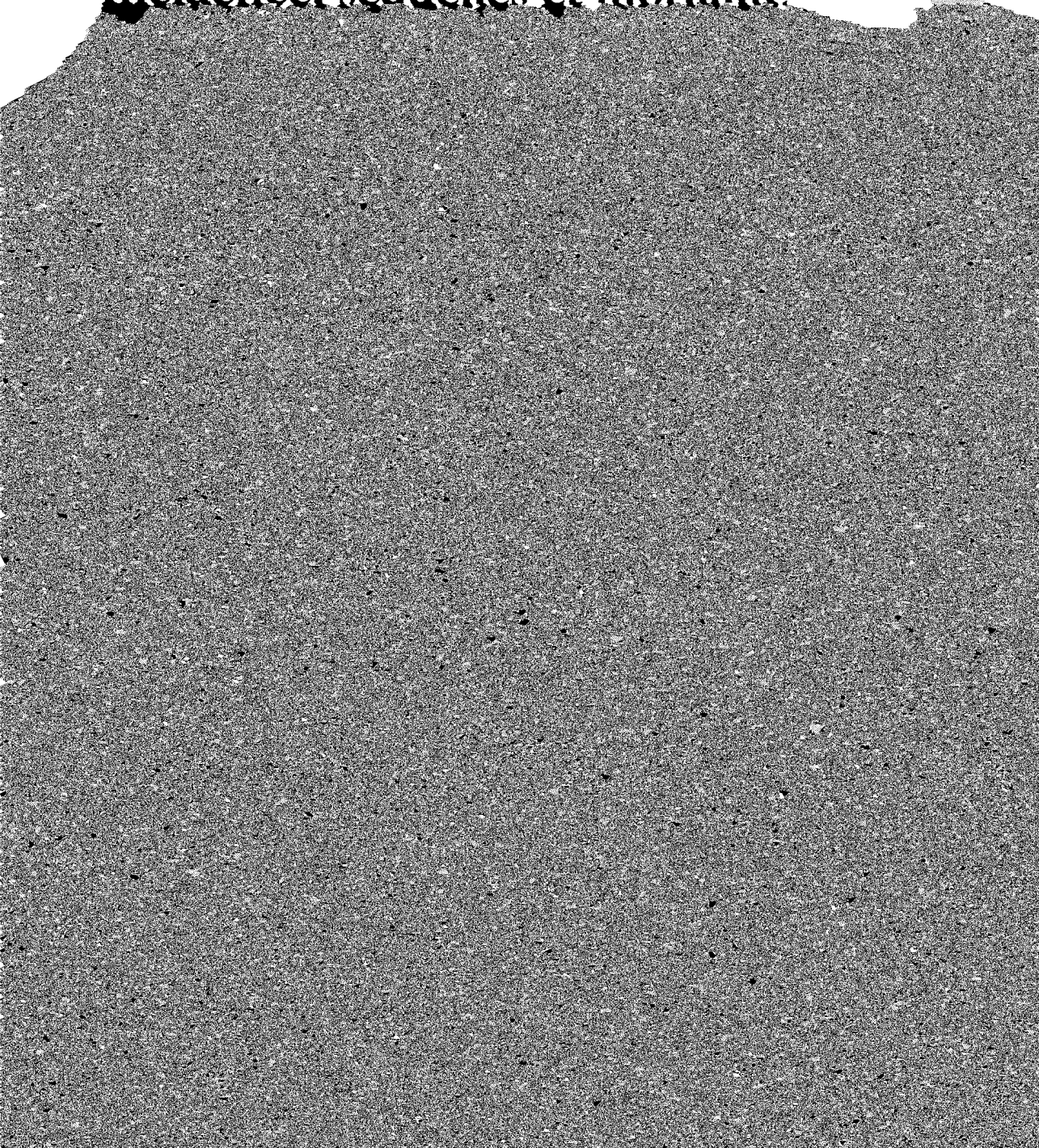
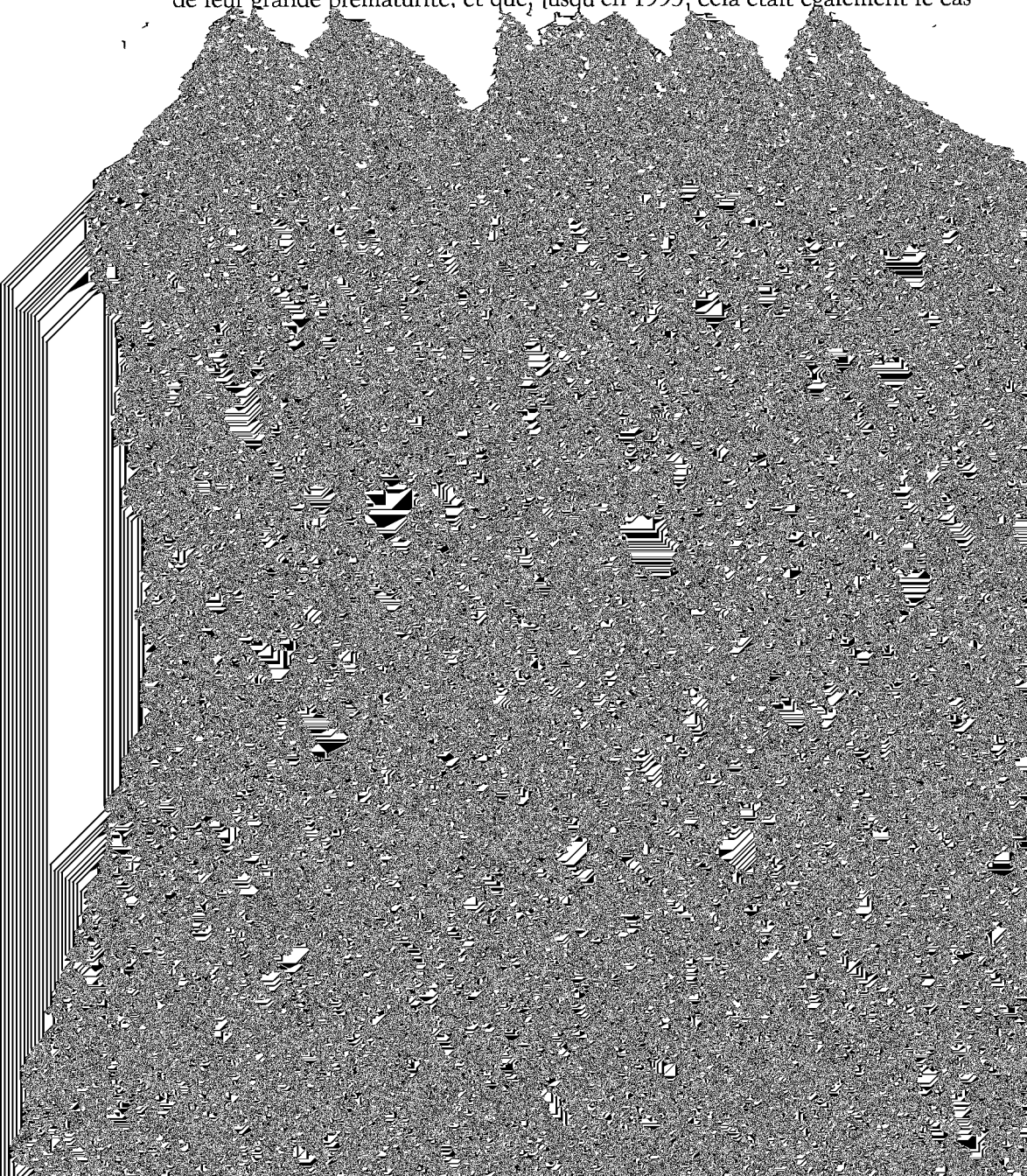


# 2

## Incidence, séquelles et mortalité



ce qui concerne cet enregistrement à des fins statistiques, en conformité avec les recommandations de l'OMS, une circulaire recommande de considérer comme viable tout enfant né à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids au moins égal à 500 grammes, en dehors de tout autre critère, en particulier de la prise en charge médicale. Le tableau 2.I montre qu'on peut estimer qu'un tiers des mort-nés ne sont pas enregistrés à l'état civil en raison de leur grande prématurité, et que, jusqu'en 1993, cela était également le cas



avant 33 semaines sont mort-nés. Sur la base d'un nombre annuel de 750 000 naissances, ces taux représentent environ 9 000 naissances d'enfants grands prématurés chaque année, dont 6 500 à 7 000 nés vivants.

Les grossesses multiples contribuent largement aux naissances très prématurées.

élevé de séquelles plus ou moins importantes. Compte tenu de leur fréquence et de la gravité de leurs conséquences, les atteintes neurologiques sont particulièrement étudiées.

Les données sur le devenir des grands prématurés en France, y compris la survie, ne peuvent provenir que d'enquêtes ad hoc. On dispose des données de deux populations à base régionale : Paris et sa petite couronne en 1985 (Dehan et coll., 1990) et la Franche-Comté en 1990-92 (Burguet et coll., 1995 ; Burguet et coll., 1996). Ces deux études portent sur les naissances de 25 à 32 semaines, avec sensiblement la même distribution d'âge gestationnel dans les deux populations. Elles ont utilisé les mêmes critères de définition des pathologies au cours du suivi des enfants. La comparaison des deux études (tableau 2.II) fait apparaître une augmentation globale de la survie à 2 ans. Chez les survivants, le pourcentage d'enfants atteints de pathologie psychomotrice ou sensorielle majeure est le même (14 et 13 %, en 1985 et en 1990-92, respectivement), et l'augmentation globale de la survie est donc associée à une augmentation de la survie sans handicap, mais également de la survie avec handicap. Une analyse par âge gestationnel semble montrer que l'augmentation de la survie sans handicap concerne surtout les enfants nés à moins de 28 semaines, mais les effectifs sont très faibles et cette tendance demeure à confirmer.

**Tableau 2.II : Devenir des grands prématurés en France : études régionales « Paris/petite couronne, 1985 » (Dehan et coll., 1990) et « Franche-Comté, 1990-1992 » (Burguet et coll., 1995, 1996).**

	Taux de survie à 2 ans (%) <sup>1</sup>	
	Paris/petite couronne (1985)	Franche-Comté (1990-92)
Global <sup>2</sup>	74	84
Sans handicap majeur	64	71
Avec handicap majeur	10	11

<sup>1</sup> : calculé sur l'ensemble des naissances vivantes ; <sup>2</sup> : y compris les enfants survivants à 2 ans et pour lesquels la présence ou non d'une pathologie majeure n'est pas connue.

Plusieurs synthèses de la littérature internationale sur le devenir de grands prématurés ont fait l'objet de publications récentes (Aylward et coll., 1989 ; Saigal, 1990 ; Escobar et coll., 1991 ; Dehan et Zupan, 1995 ; Truffert, 1996). Ces revues montrent qu'il est difficile d'avoir une vue globale sur le devenir des grands prématurés, sur la survie et les séquelles, ainsi que leur évolution au cours des années. La littérature concerne essentiellement les enfants de très petit poids, population pour une part importante différente de celle des grands prématurés. Par ailleurs, la littérature est souvent en décalage par rapport aux modifications rapides des pratiques médicales évoquées plus haut. Ceci est

d'autant plus vrai que les résultats les plus pertinents ne sont obtenus qu'après un suivi des enfants au moins jusqu'à l'âge de cinq ans (Veen et coll., 1991 ; Escobar et coll., 1991 ; Stanley, 1992 ; Truffert, 1996 ; Hagberg et coll., 1996). De plus, les études publiées posent de sérieux problèmes méthodologiques de comparaison et d'interprétation des résultats (Aylward et coll., 1989 ; Saigal, 1990 ; Escobar et coll., 1991 ; Mc Cormick, 1993 ; Truffert, 1996).

L'étude de la survie ne pose pas de problème méthodologique majeur dans le choix des indicateurs, car la très grande majorité des décès se produit pendant la période d'hospitalisation. La survie à la sortie du service de réanimation est donc un très bon marqueur. En revanche, il y a une très grande hétérogénéité dans le choix des indicateurs de morbidité ou de handicap retenus, et dans la durée du suivi. De plus, le suivi de cohortes d'enfants grands prématurés couvre rarement la totalité des enfants, et il a été montré que les pathologies pouvaient être plus nombreuses et/ou plus graves chez les enfants « perdus de vue » que chez ceux qui sont suivis (Wariyar et Richmond, 1989 ; Wolke et coll., 1994), ceci pouvant entraîner une sous-estimation de la fréquence des séquelles.

Un problème important tient au fait que la majorité des études porte sur le suivi d'enfants traités dans un même service de réanimation néonatale, et non sur des populations définies sur une base géographique (Truffert, 1996). Les résultats peuvent donc varier selon les caractéristiques de recrutement des centres et selon la sélection faite en amont par les maternités pour leurs décisions de transfert, les pratiques plus ou moins intensives et généralisées de réanimation, et les politiques d'arrêt thérapeutique. Le tableau 2.III montre comment cette sélection faite par les maternités pour transférer ou non les enfants nés à 23 ou 24 semaines entraîne, à ces âges gestationnels, un taux de survie nettement plus élevé pour les enfants transférés que pour ceux nés sur place. Fenton et coll. (1990) ont montré l'existence de politiques différentes dans les maternités vis-à-vis des accouchements survenus avant 28 semaines.

Certaines maternités considèrent ces accouchements comme des fausses-couches et les réalisent en service de gynécologie et non en salle de travail. Cette différence d'attitude influe sur les déclarations de naissances et décès, et donc sur les statistiques de mortalité. Ceci montre pourquoi l'évaluation des réalisations pré-natales ne peut être réalisée valablement que sur l'en-

**Tableau 2.V : Survie à la sortie de l'hôpital des enfants nés entre 22 et 28 semaines. Données nationales ou régionales 1983-1984 (*Working Group on the very low birthweight infant, 1990*).**

	Taux de mort-nés		Taux de survie	
	(/100 naissances totales)	(/100 naissances vivantes)	(/100 naissances totales)	
Ecosse (1988)	39	47	29	
Allemagne (1986)	59	43	18	
Pays-Bas (1983)	45	40	22	
Angleterre (1986)	39	27	22	

et 60 % pour les cohortes d'enfants nés avant 29 semaines. Les chances de survie augmentent avec l'âge gestationnel suivant une courbe exponentielle comme le montrent des données sur les naissances de 1990-1993 d'une région d'Angleterre (Rutter, 1995), ces chances demeurent cependant extrêmement faibles en deçà de 24 semaines. Le risque de mortalité a diminué au cours des années, y compris pour les âges gestationnels et les poids de naissance les plus bas. Les données les plus récentes confirment cette tendance (Fanaroff et coll., 1995).

Concernant les séquelles neurologiques, il y a peu de données concernant les grands prématurés, et le bilan, notamment pour ce qui concerne l'évolution au cours des années, s'appuie surtout sur le devenir des enfants de très petits poids. Le risque de séquelles graves chez les survivants, en particulier le risque d'infirmité motrice cérébrale (IMC), est d'autant plus élevé que l'âge gestationnel est faible (Dehan et Zupan, 1995). Malheureusement les données quantitatives demeurent limitées. Pour les enfants nés en région parisienne en 1985, chez les survivants, le risque de pathologie psychomotrice ou sensorielle

de très petit poids montrent que chez les survivants, le risque de séquelles graves, en particulier d'IMC augmente, ou au mieux stagne, selon les études (Stanley, 1992 ; Mc Cormick, 1993 ; Truffert, 1996 ; Hagberg et coll., 1996). L'augmentation de la survie notamment aux âges gestationnels les plus faibles, associée à la stagnation ou l'augmentation du risque de séquelles chez les survivants fait que l'on observe chez les grands prématurés à la fois une augmentation du nombre d'enfants survivant sans séquelles et une augmentation du nombre d'enfants survivants atteints de séquelles graves, en particulier d'IMC (Stanley, 1992 ; Nicholson et Alberman, 1992 ; Bhushan et coll., 1993 ; Mc Cormick, 1993 ; Truffert, 1996 ; Hagberg et coll., 1996).

Les modifications de pratique vont vers une prise en charge active de plus en plus précoce dans la grossesse. Il est donc indispensable de savoir quelles en sont les conséquences. Plusieurs études américaines, une étude australienne et une étude anglaise récente (Allen et coll., 1993 ; Whyte et coll., 1993 ; Holtrop et coll., 1994 ; Synnes et coll., 1994 ; Rutter, 1995 ; Hagan et coll., 1996-2), incluant des naissances de 23 à 25 semaines (naissances de la deuxième moitié des années 80 et du début des années 90), provenant de services de réanimation, dont les limites d'interprétation sont discutées plus haut, fournissent des éléments de réponse. Les taux de survie à la sortie du service sont compris entre 15 et 25 % à 23 semaines, entre 40 et 60 % à 24 semaines, entre 55 et 80 % à 25 semaines. Les pourcentages de handicaps à 18 mois ou 2 ans chez les survivants varient de 50 à 70 % à 23 semaines, de 40 à 60 % à 24 semaines, et de 30 à 40 % à 25 semaines. Ces derniers chiffres proviennent seulement de deux études (Whyte et coll., 1993 ; Synnes et coll., 1994), mais ils montrent la nécessité d'évaluations rigoureuses.

**En conclusion**, le nombre d'enfants concernés chaque année, la gravité des conséquences de la grande prématurité, les changements rapides dans les moyens d'intervention disponibles et dans les pratiques de prise en charge montrent l'importance d'une surveillance épidémiologique régulière. Ceci suppose un enregistrement de toutes les naissances, y compris les mort-nés à partir de 22 semaines de gestation, la généralisation du certificat de cause de décès néonatal aux mort-nés et l'enregistrement de l'âge gestationnel et du poids de naissance pour toutes les naissances. Les données exhaustives enregistrées par l'état civil devront toutefois être complétées par des études spécifiques de suivi, à moyen et long terme, de cohortes d'enfants grands prématurés.

## BIBLIOGRAPHIE

- 30 ADAMS MM, SARNO AP, HARLASS FE, RAWLINGS JS, READ JA. Risk factors for preterm delivery in a healthy cohort. *Epidemiology* 1995, 6 : 525-532



ALLEN MC, DONOHUE PK, DUSMAN AE. The limit of viability - neonatal  
outcomes of infants born at 22 to 25 weeks gestation. N Engl J Med. 1992

COPPER RL, GOLDENBERG RL, CREASY RK, DUBARD MB, DAVIS R, ENT-MAN SS, IAMS JD, CLIVER SP. A multicenter study of preterm birth weight and gestational age-specific neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1993, 168 : 78-84

Davis R, Entman SS, Cliver SP, Iams JD, Creasy RK, Dubard MB, Goldenberg RL, Copper RL

HOLTROP PC, ERTZBISCHOFF LM, ROBERTS CL, BATTON DG, LORENZ RP.  
Survival and short-term outcomes in patients with acute myeloid leukemia: a population-based study.

VEEN S, ENS DOKKUM MH, SCHREUDER A, VERLOOVE-VANHORICK SP,