

## QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE D'UN ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ?

# 1

La prématurité correspond aux naissances avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée (SA). L'accouchement prématuré peut être soit spontané (dans près de deux tiers des cas), soit provoqué à la suite d'une décision médicale. L'accouchement prématuré spontané peut être précédé d'une menace d'accouchement prématurée (MAP) qui se caractérise par l'association de modifications cervicales, de contractions utérines régulières et douloureuses voire d'une perte de liquide amniotique qui conduisent à l'accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale.

Les causes du travail prématuré spontané sont souvent associées entre elles : infection ovulaire, anomalie placentaire, incompétence cervico-isthmique, rupture prématurée des membranes, toxémie gravidique (5-23 %) ou hémorragie (hématome rétro-placentaire, placenta praevia). La fréquence de ces complications varie selon l'âge gestationnel. Certains antécédents obstétricaux, d'interruption volontaire de grossesse, la première grossesse (primiparité), un âge maternel d'au moins 35 ans et une surveillance prénatale insuffisante sont souvent associés à une MAP. Les grossesses multiples entraînent un risque d'accouchement prématuré accru (x 4 environ).

Des facteurs socio-économiques, psychologiques, environnementaux défavorables sont souvent associés à l'accouchement prématuré, pas comme cause unique mais plus comme facteur indirect. La prématurité induite relève soit d'une décision thérapeutique — pour sauvegarder la santé maternelle, dans des cas de pré-éclampsie par exemple ou parfois d'une indication fœtale : arrêt prolongée de la croissance du fœtus et certaines malformations en particulier.

## 2

### OUÛ ET COMMENT SE PASSE LA NAISSANCE D'UN PRÉMATURÉ ?

En cas de menace d'accouchement prématuré (MAP) une réorientation par rapport au lieu de naissance prévu peut être décidée soit pour des raisons maternelles soit pour la prise en charge du futur nouveau-né, dans un centre périnatal dont le type II ou III est fonction de l'encadrement médico-technique.

Avant 33 semaines, les recommandations actuelles impliquent de transférer la future mère dans un centre périnatal dit de type III qui associe une équipe obstétricale habituée à la prise en charge des prématurés et une équipe pédiatrique sur place et qui provient du service de néonatalogie du même établissement avec une unité de réanimation néonatale sur place. Ce transfert dit *in utero* est largement préférable au transfert postnatal, en termes de prise en charge et de pronostic pour le nouveau-né. En effet tous les centres périnatals ne disposent pas, 24 h sur 24, d'équipes soignantes spécialisées dans la gestion de ces accouchements et la prise en charge des prématurés. Ces transferts sont le plusieurs souvent réalisés en SAMU et donc accompagnés par une équipe médicalisée. À partir de 33 semaines, la naissance d'un prématuré peut se dérouler dans un centre périnatal de type II voire un I avec une structure et un encadrement pédiatriques.

Comme pour les naissances à terme, les accouchements prématurés se font le plus souvent par voie basse ; une césarienne peut néanmoins avoir été décidée à l'avance pour des conditions maternelles particulières (utérus multicatriciel par exemple).

En salle de naissance, la prise en charge du prématuré est immédiate pour faciliter l'adaptation cardio-respiratoire, plus difficile qu'à terme en raison de l'immaturité. Des difficultés respiratoires peuvent nécessiter l'instillation dans la trachée de surfactant — qui permet de « stabiliser » ses poumons (fiche 16). Au décours une aide à la ventilation peut être mise en place. Enfin le maintien d'une température normale est primordial pendant toute cette mise en condition. Le nouveau-né est ensuite transféré dans le service de néonatalogie.

S'il est moins facile, dans ce contexte, de réaliser un reportage photo ou vidéo de la naissance, cela reste souvent possible et dépend de la stabilité psychologique du papa.

## QUELLES SONT LES CATÉGORIES DE PRÉMATURÉS ?

# 3

On distingue quatre grandes catégories de prématurés en fonction de l'âge gestationnel. Le principal paramètre est la date du premier jour des dernières règles qui est complété par les premières mensurations échographiques entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée. Ce sont :

- Les faiblement prématurés, nés entre 35 et 36 semaines et 6 jours
- Les moyens prématurés nés entre 32 et 34 semaines + 6 jours
- Les grands prématurés nés entre 27 et 31 semaines et 6 jours
- Les extrêmes prématurés < 27 semaines et les prématurissimes dont le terme est < à 25 semaines

La croissance en taille, en poids et du périmètre crânien augmente avec l'âge gestationnel et est suivie sur des courbes nationales de référence. L'échographie permet de dépister les fœtus dont la croissance correspond au terme de ceux qui ont une croissance insuffisante (=retard de croissance intra-utérin ou RCIU) qui sont donc hypotrophes et ceux dont la croissance est excessive (macrosomes). Un retard sévère peut être à l'origine d'une décision médicale d'accouchement prématuré. À la naissance, le poids moyen est de 3300 g à terme, 1500 g à 32 semaines et 800 g à 28 semaines.

Ces différents degrés de prématurité sont corrélés aux risques de complications immédiates et à moyen/long terme : plus l'âge gestationnel est faible et plus le risque de complications est élevé.

Deux notions sont importantes

- la limite de viabilité, telle que définie par l'OMS, est de 22 semaines avec un poids  $\geq 500$  g. Elle est différente de
- la limite de prise en charge active d'un prématurissime qui n'est pas la même selon les pays et les équipes : 24, plus souvent 25 et, pour certaines équipes, 26 semaines. Ce seuil est lié à la prise en considération du risque neurologique à moyen/long terme, un taux statistique de séquelles sévères élevé (20 à 30 %) paraissant pour la plupart des équipes correspondre à une limite à ne pas franchir. La décision est évidemment partagée

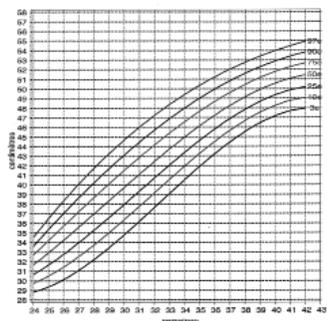
avec les parents et prend en compte non seulement le degré de prématurité mais aussi les facteurs associés fœtaux et maternels. Cette attitude a été validée par les sociétés savantes et le conseil national d'éthique.

## Courbes de croissance des garçons

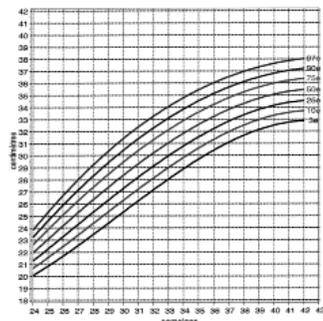
Reproduit avec l'autorisation d'AUDIPOG - septembre 2011



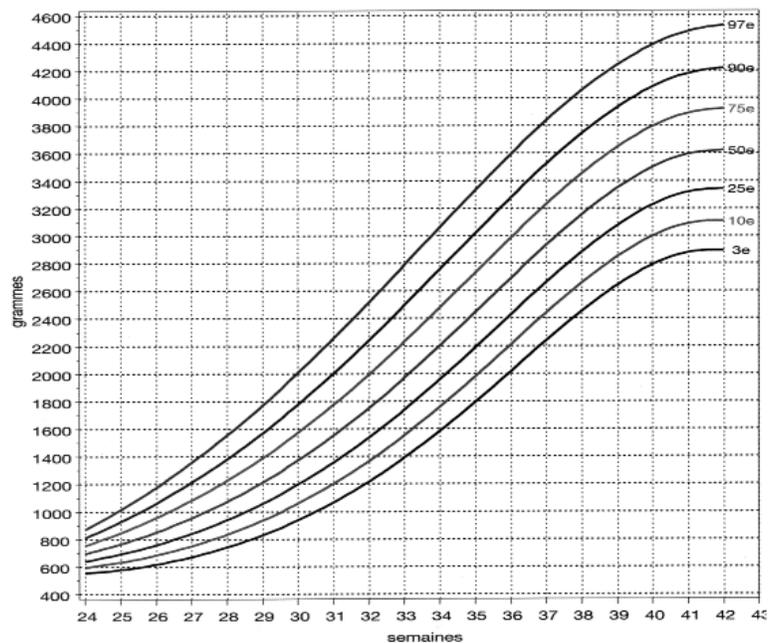
### Taille



### Périmètre crânien



### Poids



## TOUS LES PRÉMATURÉS SONT-ILS TRANSFÉRÉS EN NÉONATOLOGIE ?

# 4

Tous les bébés nés avant terme justifient une surveillance spécifique. Le lieu et l'équipe qui en assure la prise en charge dépendent du terme, du poids de naissance et de l'existence ou non de complications immédiates.

À partir de 34-35 semaines, les prématurés sans problème sont habituellement gardés dans l'unité de néonatalogie de la maternité. En deçà ou si des problèmes précoces sont apparus, les prématurés sont transférés en néonatalogie.

La conséquence immédiate est la séparation du bébé et de sa maman, ce qui renforce le concept de transfert *in utero* pour les menaces d'accouchement prématuré avant 33 semaines.

Très souvent des photos sont prises avant le départ et les coordonnées du service de néonatalogie sont données aux parents.

Ce transfert a des conséquences psychologiques liées à la séparation mais aussi à un sentiment fréquent de culpabilité (« *c'est de ma faute si je ne l'ai pas gardé jusqu'au terme* »), à la peur de problème immédiat surtout s'il a eu besoin d'une réanimation en salle de naissance et, rapidement, à l'incertitude sur son avenir.

Le soutien paternel est essentiel d'autant que papa va être le premier à aller le voir et faire les papiers de déclaration de naissance et l'admission en néonatalogie.

L'environnement familial est, ou non, soutenant et parfois à « cadrer » pour ne pas qu'il majore l'inquiétude.

Une chose est certaine : la naissance d'un bébé prématuré, qu'il soit ou non transféré dans un autre établissement, est une indication renforcée à **mettre en route l'allaitement maternel** avec l'aide des sages-femmes et puéricultrices. L'allaitement au sein est à privilégier pour tous les nouveau-nés et devient quasi impératif pour les prématurés.

# 5

## QUEL EST LE PRONOSTIC DE LA PRÉMATURITÉ EN FRANCE EN 2017 (1)?

Il faut distinguer le pronostic à court terme, ou pronostic vital, du pronostic à moyen et surtout long terme. Les données publiées sont toutes issues de grandes enquêtes rétrospectives ou prospectives aboutissant à des résultats statistiques et donc des pourcentages de survie, de séquelles, d'évolution normale sur des populations d'anciens prématurés. Or ces données « en population » si elles donnent une idée du possible pour un enfant donné ne sont pas directement applicables à un cas particulier.

En outre, les techniques de maturation prénatale, l'amélioration des techniques ventilatoires, la généralisation du transfert *in utero* ont beaucoup contribué à améliorer le pronostic ces dernières années et rendent caduques les statistiques trop anciennes. Enfin une majorité de ces études sont issues de pays étrangers en particulier anglo-saxons dont les résultats, s'ils restent globalement applicables à la France, sont le fait d'organisations de soins un peu différentes des nôtres.

Si l'âge gestationnel est le facteur principal pris en compte, il existe de nombreux autres facteurs à prendre en compte, certains aggravant statistiquement le pronostic (infection, retard de croissance...), d'autres étant au contraire protecteurs (naissance sur place, maturation pulmonaire ante natale...).

Le pronostic immédiat est lié à la qualité de l'adaptation respiratoire, hémodynamique et métabolique dans les premiers jours. Les protocoles actuels, relativement homogènes dans les différents centres, et l'évolution actuelle des techniques permettent cette prise en charge pour des enfants de poids inférieur à 600 g. Les décisions de prise en charge en salle de naissance sont plus le fait de critères pronostiques liés au terme — et donc d'une réflexion éthique — que de problèmes techniques.

La mortalité néonatale — celle des 4 premières semaines de vie — est de 2,3 pour 1000 naissances vivantes chez les nouveau-nés à terme, de # 90 p 1000 pour les prématurés de poids entre 1000 g et 1499 g et un peu inférieure à 400 p 1000 chez les prématurés de poids inférieur à 1000 g. Cette mortalité est la conséquence soit des échecs de

réanimation soit des complications neurologiques précoces que sont les hémorragies et les accidents ischémiques cérébraux (fiche 39). Rapportée à l'âge gestationnel, la mortalité néonatale est 430 à 500 fois supérieure à celle des nouveau-nés à terme avant 28 semaines, x 40 à 70 entre 28 et 31 semaines, x 33 entre 32 et 33 semaines et x 6 à 8 entre 34 et 36 semaines.

# 6

## QUEL EST LE PRONOSTIC DE LA PRÉMATURITÉ EN FRANCE EN 2017 (2) ?

L'interprétation des données statistiques sur le pronostic à moyen et long terme relèvent des mêmes réserves de fond que pour le pronostic à court terme : les données statistiques des cohortes ne sont pas directement applicables à un cas particulier. En particulier l'analyse en termes de pronostic n'est pertinente que lorsque l'évolution permet de distinguer les survies sans séquelle des survies associées à des séquelles entre 2 ans et demi et 6 ans.

Le pronostic à moyen terme couvre la période scolaire. En se focalisant sur les grands prématurés (PN < 1500 g ou AG < 32 semaines), les prévalences des principales déficiences, rapportées à 1000 naissances vivantes, sont de :

- 1,5 à 3 pour les atteintes motrices
- 0,20 à 1,81 pour les déficits visuels
- 1,1 à 1,3 pour les déficits auditifs
- 5 à 80 pour les déficiences intellectuelles
- 2 à 6 pour les troubles psychiatriques, dont les troubles du spectre autistique et les troubles envahissant du développement.

Le pronostic à long terme concerne l'intégration dans la vie professionnelle et la vie sociofamiliale. Elle est conditionnée par la qualité du parcours scolaire et l'impact des prises en charge, lorsqu'elles sont nécessaires, tant au niveau du développement que de l'apprentissage.

Il est admis que la plupart des déficiences doivent être dépistées à la troisième année de vie, ce qui est le but principal du suivi des enfants vulnérables. Ainsi la première année de maternelle et l'entrée en CP sont deux étapes cruciales qui sont intégrées dans le suivi de ces enfants.