



Paris, le 14 octobre 1997

## **La grande prématurité : dépistage et prévention**

*Une expertise collective de l'Inserm*

**Mieux maîtriser les facteurs de risque en contrôlant davantage les traitements de l'infécondité et en luttant contre l'infection maternelle, renforcer la surveillance et la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré en développant l'échographie endovaginale, améliorer la survie du grand prématuré en appliquant plus largement le traitement corticoïde anténatal, organiser l'orientation des femmes à risque vers des structures spécialisées, dans le cadre de la régionalisation des soins, telles sont les principales conclusions du rapport d'expertise collective sur le dépistage et la prévention de la grande prématurité, réalisé par l'INSERM à la demande de la Direction générale de la Santé.**

### **Un problème de santé publique**

La grande prématurité concerne chaque année en France 9 000 enfants qui naissent avant 33 semaines d'âge gestationnel (entre 5 mois 1/2 et 7 mois de grossesse).

□ Sur 750 000 naissances annuelles, la grande prématurité représente donc 1,2% des naissances et ce pourcentage augmente depuis quelques années avec les modifications des pratiques médicales et l'amélioration du recueil des déclarations de naissances très précoces.

□ Les progrès dans la prise en charge des grands prématurés ont permis d'obtenir une augmentation très importante du nombre d'enfants survivants. Cette augmentation s'accompagne d'un accroissement du nombre d'enfants survivants sans handicap, mais aussi du nombre d'enfants avec handicap. La grande prématurité est à l'origine de 30% des séquelles psychomotrices et sensorielles majeures observées dans la petite enfance.

□ La Direction générale de la Santé (DGS) a demandé une expertise collective à l'INSERM pour mieux cerner les causes de l'augmentation de la grande prématurité et envisager de nouvelles mesures de prévention.

## **Des facteurs de risque à contrôler**

Le groupe d'experts a identifié, parmi les facteurs de risque de grande prématurité, ceux qui, telles les grossesses multiples et les infections maternelles, pourraient faire l'objet d'actions de prévention.

### **LES GROSSESSES MULTIPLES**

Les grossesses multiples (jumeaux, triplés, etc.) augmentent le risque de grande prématurité de 10 à 50 fois. Ces grossesses sont en augmentation depuis quelques années, notamment en raison d'un accroissement des traitements de l'infécondité.

Ainsi, ces traitements pourraient être la cause d'environ 7 % de la grande prématurité. Il semble nécessaire qu'une enquête soit menée pour apprécier la pratique et les résultats des traitements de l'infécondité, en particulier par stimulation ovarienne.

Les experts estiment que le pourcentage de grande prématurité lié à ces traitements pourrait être réduit de moitié. Ils demandent que le nombre d'embryons transférés en cas d'utilisation de la fécondation in vitro (FIV) soit en règle générale limité à deux.

### **LES INFECTIONS MATERNELLES**

Autre cause fréquente des accouchements très prématurés: les infections.

Les infections urinaires asymptomatiques sont présentes chez environ 5% des femmes enceintes et les infections vaginales chez 10 à 15%. Elles peuvent contaminer le liquide amniotique. Elles doublent le risque de prématurité. Les experts recommandent de rechercher une infection vaginale ou urinaire devant toute menace d'accouchement prématuré.

Un traitement antibiotique doit être systématiquement instauré en cas de rupture prématurée des membranes (perte des eaux). Un dépistage systématique des infections chez toutes les femmes enceintes ne peut pas actuellement être préconisé. Des recherches sont nécessaires pour évaluer le bénéfice qu'aurait une telle politique de santé publique.

### **LES AUTRES FACTEURS DE RISQUE**

Sont aussi considérées comme des femmes à risque celles qui ont déjà fait un accouchement prématuré, des fausses couches ou des IVG répétées.

Enfin, 0,2 % des femmes en France n'ont aucun suivi médical pendant leur grossesse, et 1 % n'ont pas les quatre consultations correspondant au suivi normal de la grossesse. Pour ces femmes peu ou pas suivies, le risque de prématurité est multiplié par dix. L'absence de couverture sociale est associée à un risque plus élevé de prématurité.

Les experts recommandent que pour les femmes sans couverture sociale, même en situation irrégulière, un accès à la surveillance de la grossesse soit facilité. Des actions ont déjà eu lieu dans ce sens en Ile-de-France.

## **□Que faire en cas de menace d'accouchement prématuré ?**

Il faut confirmer le diagnostic de menace d'accouchement prématuré. Les experts recommandent l'utilisation de l'échographie endovaginale. Certains marqueurs biologiques peuvent aider au diagnostic. Mais on ne dispose pas encore de marqueurs biologiques prédictifs de l'accouchement avant l'apparition des signes cliniques.

Le traitement visant à retarder l'accouchement chez les femmes en menace d'accouchement prématuré permet la mise en place d'une corticothérapie anténatale utile à la survie de l'enfant.

### **L'ÉCHOGRAPHIE ENDOVAGINALE**

Les experts recommandent l'utilisation de l'échographie endovaginale lorsque la fréquence des contractions utérines fait craindre une menace d'accouchement prématuré.

C'est un examen plus sensible que le simple toucher vaginal, car il met en évidence les dilatations

de l'orifice interne du col de l'utérus, alors que l'orifice externe accessible au toucher vaginal n'est pas encore modifié.

Son utilisation plus systématique pour confirmer ou infirmer le diagnostic de menace d'accouchement prématuré, avant tout traitement, épargnerait de nombreuses hospitalisations inutiles.

Elle permettrait aussi de mieux prendre en charge les vraies menaces d'accouchement prématuré et d'orienter rapidement la femme vers un centre spécialisé équipé d'un service de réanimation néonatale .

#### L'ORIENTATION DES FEMMES À RISQUE VERS LES CENTRES SPECIALISES

Le risque de mortalité et de séquelles graves diminue lorsque le grand prématuré naît dans une maternité équipée d'un service de néonatalogie avec réanimation.

Les experts recommandent que les naissances avant 33 semaines aient lieu dans de tels centres.

Pour les femmes à risque, l'accouchement doit être prévu à l'avance dans un de ces centres. Les experts insistent pour que les femmes ayant une grossesse multiple, y compris gémellaire, soit considérées comme étant à risque.

#### LES TRAITEMENTS DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Les traitements et la prévention pharmacologique de la menace d'accouchement prématuré sont aujourd'hui limités et décevants. Le meilleur traitement demeure l'administration parentérale de B-mimétiques dont l'efficacité est toutefois limitée aux premières 48 heures. Les traitements préventifs de type progestatif pour les femmes ayant des facteurs de risque de prématurité s'avèrent inefficaces, alors qu'ils sont largement utilisés.

Cette situation justifie un effort particulier de recherche, qui doit passer par une meilleure compréhension des mécanismes qui président au déclenchement de l'accouchement, aussi bien à terme qu' avant terme.

#### LA PRISE EN CHARGE DU GRAND PREMATURE IN UTERO

Depuis le début des années 80, le traitement anténatal du fœtus par les corticoïdes a fait la preuve de son efficacité, mais il reste encore insuffisamment utilisé. En quelques heures, et surtout s'il a pu être commencé 24 heures avant l'accouchement, il augmente la viabilité du fœtus en accélérant sa maturation. Ce traitement de 48 heures peut être répété tous les 7 à 10 jours jusqu'à 33-34 semaines de gestation. Au-delà, son utilité reste discutée.

En accélérant la maturation pulmonaire, il diminue les détresses respiratoires et les taux de mortalité. Il diminue également le risque d'hémorragies cérébrales, notamment chez les très grands prématurés et donc la fréquence de certaines séquelles neurologiques.

Les experts plaident pour un plus large recours à ce traitement "grâce à une meilleure coordination obstétrico-pédiatrique et à une diffusion plus large de l'information . "

Le taux de handicaps augmente avec la prématurité.

Différentes études, dans des pays médicalement bien équipés, ont montré que le taux moyen de handicap se situe à 30-50% à 25 semaines.

Le taux de handicap diminue de 30 à 10 % entre 27 et 30 semaines.

Il n'est plus que de 6 à 8 % à 32 semaines. La moitié de ces handicaps sont sévères et essentiellement moteurs et intellectuels.

Ce point représente le problème de santé publique et d'éthique médicale le plus préoccupant.

#### ● Les principales recommandations des experts

- Diminuer la fréquence des grossesses multiples: mettre en place une réglementation sur les pratiques de stimulation ovarienne et de transfert d'embryons. Et promouvoir une enquête française sur la pratique et les résultats des traitements de la stérilité.

- En cas de menace d'accouchement prématuré, rechercher et traiter les infections urinaires et vaginales. En cas de rupture prématurée des membranes, mettre en place une antibiothérapie.

- Favoriser l'accès à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité.
- Devant toute menace d'accouchement prématuré, généraliser la pratique de l'échographie endovaginale .
- Informer largement les médecins des avantages de la corticothérapie prénatale pour le prématuré.
- Tout faire pour que les accouchements très prématurés aient lieu dans des maternités dotées d'un centre de réanimation néonatale.

#### ●Questions ? réponses...

Comment définir la grande prématurité ?

La prématurité n'est pas définie le poids, mais par la durée de la gestation. Un prématuré est un bébé né avant 37 semaines d'aménorrhée (la période écoulée depuis les dernières règles). Un grand prématuré est un bébé né avant 33 semaines. A moins de 28 semaines, on parle de très grand prématuré. La limite de viabilité se situe à 23-24 semaines.

Dans quelles conditions l'activité professionnelle est-elle un facteur de risque ?

L'activité professionnelle diminue le risque de grande prématurité (par rapport à l'inactivité ou au chômage).

En revanche, certains travaux pénibles l'augmentent (travail debout, port de charges lourdes, ou travail physique intense).

Les experts recommandent donc que les femmes les plus exposées puissent bénéficier de la loi sur l'aménagement du poste de travail, sinon d'un congé prénatal plus précoce.

Quel est le rôle éventuel des facteurs psychologiques ?

Les événements de vie perçus comme stressants pendant la grossesse, de même que les facteurs de stress chronique, ou l'existence de symptômes dépressifs augmentent les risques de prématurité. On connaît toutefois moins bien leurs conséquences sur la grande prématurité.

Les experts estiment que des études en ce sens sont nécessaires. Ils proposent aussi une évaluation des interventions de nature psychologique en cas de menace d'accouchement prématuré.

Quel est le rôle éventuel du tabac et de l'alcool ?

Les consommations de tabac ou d'alcool peuvent avoir des effets néfastes sur le développement du fœtus, mais elle n'apparaissent pas comme des causes de prématurité, pas plus qu'aucun autre facteur nutritionnel.

Quel est, pour le fœtus, le risque cérébral le plus grave induit par la grande prématurité ?

C'est la leucomalacie périventriculaire. Il s'agit d'une nécrose de la substance blanche du cerveau autour des ventricules cérébraux qui atteint environ 10 % des grands prématurés. Les causes de cette affection sont encore mal connues, mais la présence d'une infection materno-fœtale joue un rôle important dans sa survenue. La leucomalacie périventriculaire est responsable de la majorité des séquelles de la prématurité, avec des atteintes neurologiques majeures, motrices et intellectuelles. Une meilleure connaissance de la physiopathologie de la leucomalacie permet aujourd'hui de lancer des recherches capitales pour développer des traitements neuroprotecteurs, tels que le sulfate de magnésium et les anti-radicaux libres.

-

L'expertise collective de l'INSERM est une procédure qui permet de faire le point sur les connaissances scientifiques et médicales à un moment donné.

Pour répondre à une question posée par les pouvoirs publics ou le secteur privé, l'INSERM réunit un groupe pluridisciplinaire composé de scientifiques, médecins et chercheurs hautement compétents dans le domaine concerné.

Ces experts réalisent une analyse critique de la littérature mondiale et une synthèse des points essentiels retenus. Le rapport rend compte de ces deux étapes. Des recommandations destinées plus spécifiquement au demandeur de l'expertise sont élaborées comme support à la décision.

- Pour cette expertise sur la grande prématurité, plus de 1200 articles ont été analysés par huit experts: Michel Dehan (AP-HP, Clamart), Philippe Evrard (AP-HP, Paris), Françoise Ferré (INSERM, Paris), Monique Kaminski (INSERM, Villejuif), Jacques de Mouzon (INSERM, Le Kremlin-Bicêtre), Israel Nisand (Centre Hospitalier de Poissy), Léandre Pourcelot (INSERM, Tours) et Claude Sureau (Paris).

- La coordination scientifique et éditoriale a été assurée par le Service commun 14 de l'INSERM, dirigé par Jeanne Etiemble.

● Le rapport d'expertise est publié sous le titre "Grande prématurité, dépistage et prévention du risque", aux Editions de l'INSERM, collection Expertise collective, 275 pages, 120 F.  
Tél :01 44 23 60 81.

- Contact pour le service de presse de l'INSERM: Tél: 01 44 23 60 84.