

Obstétrique La prise en charge des prématurés exige des moyens pluridisciplinaires.

Des bébés sujets à complications

Martine Lochouarn

Entre 280 et 290 jours, telle est la durée naturelle de la grossesse dans l'espèce humaine. Soit 41 semaines après les dernières règles, ou semaines d'aménorrhée (SA). Toute naissance qui survient avant 37 SA révolues, donc avant le début du neuvième mois de grossesse, est par définition prématurée.

Le nombre de ces naissances prématurées continue d'augmenter en France. Elles représentaient 7,4% des naissances en 2010 (environ 60 000), contre 5,9% en 1995. Trois explications à cette hausse: des grossesses plus tardives, donc aussi plus souvent multiples – or la moitié des jumeaux naissent prématurément –, et plus d'accouchements déclenchés avant terme pour raisons médicales.

«**Progrès sensibles**»

Mais ces chiffres recouvrent des réalités très différentes: 85% sont des prématurés modérés (32-33 SA) ou tardifs (34-36 SA), 10% des grands prématurés (28-31 SA), et 5% seulement d'extrêmes prématurés, nés à moins de 28 SA. Selon la dernière enquête épidémiologique Epipage-2, la survie globale en 2011 des prématurés nés après 32 SA avoisinait 99%, contre 52% pour ceux nés avant 26 SA, et moins de 1% avant 24 SA. Si 98% des prématurés nés après 32 SA n'ont aucune pathologie néonatale grave, ils ne sont que 48% avant 26 SA.

«Plus la prématurité est grande, plus les risques de complications augmentent», explique le professeur Jean-Christophe Rozé, pédiatre néonatalogiste (CHU Nantes). Avec deux périodes charnières: avant 28 semaines, la prise en charge est très lourde, très spécialisée, et le parcours de ces prématurés extrêmes très compliqué.

Et après 32 semaines, car la mortalité et la morbidité lourde baissent alors beaucoup. Cependant, même à 34-35 semaines, la prématurité ne doit pas être banalisée.

Les grands prématurés ont un risque élevé de complications immédiates respiratoires, digestives, et de lésions ou de saignements cérébraux. Pour le Pr Stéphane Marret, neuropédiatre (CHU Rouen et Inserm), «des progrès sensibles ont permis de réduire ces complications très lourdes, en particulier les paralysies cérébrales, notamment en traitant les mères en menace d'accouchement prématuré par les corticoïdes.

Ils favorisent la maturation des poumons du fœtus, l'aident à s'adapter à la respiration extra-utérine et diminuent la fréquence des hémorragies intracrâniennes. Souvent associé, le sulfate de magnésium réduit aussi le risque de paralysie cérébrale.»

Mais les grands prématurés ont également un risque accru de troubles ultérieurs du

développement moteur, neuro-cognitif ou comportemental. «Des facteurs multiples peuvent modifier le programme de développement cérébral d'un enfant prématuré. Mais le simple fait de naître prématuré est un facteur de risque, parce que le cerveau du fœtus se trouve privé de certaines substances apportées par la mère et le placenta pendant la grossesse», explique le médecin.

Comme la prématurité place le cerveau de l'enfant dans un contexte différent, les réseaux cérébraux s'organisent un peu différemment. D'où un risque d'anomalies fonctionnelles, surtout élevé chez les grands prématurés, plus faible pour les prématurés modérés et tardifs, mais qui sont finalement autant touchés car beaucoup plus nombreux.

Parcours scolaire perturbé

Ces troubles peuvent s'exprimer au plan moteur par un retard à l'installation de la marche, qui se normalise ensuite. Mais les plus fréquents sont ceux du développement cognitif: retard à la mise en place du langage oral ou, plus tard, de l'écriture, troubles d'installation des fonctions exécutives ou de l'attention.

Ils se traduiront par une dyslexie, une dysgraphie ou encore une dyscalculie qui perturbent le parcours préscolaire puis scolaire de l'enfant. L'étude Epipage-1, en 1997, avait montré qu'à l'âge de 8 ans, 77% des anciens grands prématurés et 84% des prématurés modérés avaient un niveau scolaire adéquat, contre 94% des enfants nés à terme.

«Parcours du combattant»

Le recul de l'enquête Epipage-2 n'est pas suffisant pour savoir si la réduction de ces séquelles neuro-cognitives de la prématurité a aussi progressé. «Quand elles sont modérées, des stratégies d'accompagnement peuvent aider à compenser en partie ces difficultés. Jusqu'à 5 ans, une certaine plasticité cérébrale persiste, dont il faut tirer partie pour obtenir la meilleure récupération possible», insiste le Pr Marret.

Des stratégies éducatives adaptées doivent donc être mises en place très tôt. «Mais il faudrait formaliser le parcours de soin de ces enfants, définir à quel âge évaluer quelle difficulté, quels moyens mettre en œuvre...» Un consensus entre spécialistes devient nécessaire sur la meilleure marche à suivre.

«Mais si le repérage précoce de ces difficultés s'améliore, la prise en charge des enfants tient ensuite du parcours du combattant pour les familles: la rééducation psychomotrice n'est pas remboursée, les orthophonistes surbookés...»

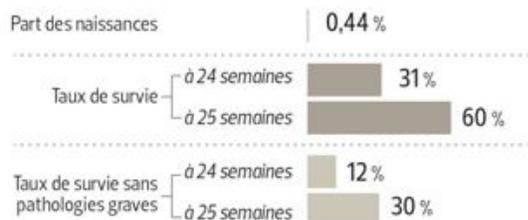
Des interrogations se profilent sur un possible effet de la grande prématurité sur la santé à l'âge adulte, en particulier respiratoire. Quant aux «petits prématurés» qui vont bien, il serait probablement contre-productif de les surprotéger ou de les renvoyer constamment à leur condition d'ancien prématuré, juste parce qu'ils sont nés un petit peu trop tôt... le figaro

120 prématurés naissent par jour

LES RISQUES

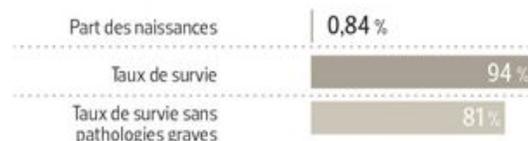
■ Extrêmement prématurés

NAISSANCE ENTRE LA 22^E ET 26^E SEMAINE



■ Grands prématurés

NAISSANCE ENTRE LA 27^E ET 31^E SEMAINE



■ Modérément prématurés

NAISSANCE ENTRE LA 32^E ET 34^E SEMAINE



Système immunitaire défaillant

Séquelles cérébrales

Hémorragies intracérébrales

Système digestif immature

Complications respiratoires

Insuffisance respiratoire

Hypoglycémie

Digestion immature

Séquelles cérébrales

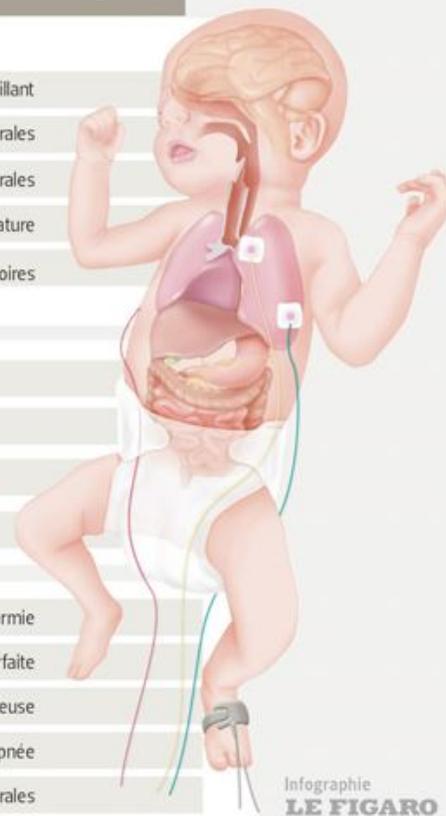
Hypothermie

Déglutition imparfaite

Vulnérabilité infectieuse

Risque d'apnée

Lésions cérébrales



Infographie
LE FIGARO

Source : Epipage 2 Illustrations : Sophie Jacopin

Réduire la prématurité

Le moyen le plus sûr de réduire les complications de la prématurité serait de diminuer celle-ci. Dans l'idéal, il faudrait d'abord que les femmes fassent leurs enfants plus tôt. Autrement, les possibilités d'intervention varient selon la situation. «Une femme qui a déjà accouché prématurément risque de recommencer. S'il s'agit de prématurité spontanée, en cas de béance du col utérin, un cerclage peut réduire le risque de récurrence. Sinon, la femme doit surtout se reposer, éviter le stress au travail et au domicile», indique le Pr Goffinet, obstétricien (maternité Port-Royal, AP-HP, Paris). «Si le premier accouchement prématuré avait été déclenché pour une hypertension maternelle ou pour un retard de croissance intra-utérin menaçant l'enfant, le risque de récurrence peut être réduit par de l'aspirine à petite dose.»

Pénalité financière

Si une prééclampsie ou un retard de croissance intra-utérin survient pendant la grossesse, il n'existe pas vraiment de moyens pour éviter l'évolution de ces maladies et la prématurité. «Mais l'équipe médicale peut essayer de ne pas se précipiter. C'est plus facile dans les grandes maternités, parce que la maladie continue à évoluer et qu'il faut gérer au plus près la balance bénéfiques/risques pour la mère et pour l'enfant. On peut ainsi gagner des jours, parfois des semaines, pendant lesquels l'enfant continue son développement dans l'utérus.»

Encore faut-il que les petites maternités orientent leurs patientes à hauts risques vers des établissements de niveau 3, avec un service de réanimation néonatale. «Mais le système de tarification à l'activité ne les y encourage pas, car elles sont alors pénalisées financièrement», souligne le Pr Rozé. «Il faudrait faire le contraire, comme aux Pays-Bas où les petites maternités touchent une prime quand elles le font.»

En cas de diabète maternel déséquilibré, les médecins ont parfois tendance à déclencher l'accouchement ou à faire une césarienne vers 35-36 semaines. «Il serait plus souhaitable de bien équilibrer le diabète de la mère avant et de laisser ensuite la grossesse évoluer jusqu'à 37-38 semaines», estime le Pr Goffinet.

Risque accru de problèmes respiratoires

Outre les troubles éventuels touchant le développement cognitif, les enfants prématurés ont aussi un risque accru de problèmes respiratoires. «Nourrissons, ils font plus de bronchiolites que les enfants nés à terme. A l'âge scolaire, ils font aussi plus d'épisodes de sifflements bronchiques, d'asthme, qui se poursuivent parfois à l'adolescence et à l'âge adulte», précise le Pr Christophe Delacourt, pédiatre pneumologue (hôpital Necker-Enfants-Malades, Paris).

Ces épisodes sont évidemment plus fréquents chez les grands prématurés. «Mais il y a un vrai continuum, chaque semaine de grossesse en moins augmentant le risque. Même les prématurés nés à 34-35 semaines d'aménorrhée ont un surrisque significatif par rapport aux nouveau-nés à terme.»

Mauvaise adaptation à l'effort

Parmi les grands prématurés nés à moins de 32 semaines, certains ont à la naissance une insuffisance respiratoire prolongée due à l'immaturation de leurs poumons, la dysplasie broncho-pulmonaire. «Leur poumon a ensuite du mal à se développer correctement, présente moins d'alvéoles, et leurs voies pulmonaires restent probablement trop petites.» A l'âge scolaire, ils ont 2,5 fois plus souvent d'asthme que les autres.

Contrairement aux autres enfants asthmatiques, les prématurés n'ont aucun signe d'allergie et ne présentent aucun des marqueurs biologiques habituels de l'asthme. «Le traitement est le même, par bronchodilatateurs. Mais même ainsi, leur VEMS, qui mesure le calibre des bronches, reste réduite. Ce traitement a donc probablement une efficacité limitée. Les anomalies sous-jacentes à l'asthme des prématurés ne sont pas réversibles. Elles semblent fixées très tôt, de façon définitive, et leurs bronches resteront probablement petites. Mais le traitement améliore les symptômes d'un tiers de ces enfants», précise le médecin.

Processus inflammatoires persistants

Même en l'absence d'asthme, beaucoup d'anciens prématurés ont une mauvaise adaptation à l'effort, qui se traduit à l'âge scolaire par le sentiment d'être moins performant. Cette plainte doit être écoutée, car des séances de réhabilitation à l'exercice avec un kinésithérapeute peuvent améliorer leurs performances. Pour le Pr Delacourt, «il faudrait au moins faire à 4 ans une évaluation respiratoire de tous les enfants nés à moins de 28 semaines, même s'ils ne se plaignent de rien, afin de pouvoir optimiser très tôt leur fonction respiratoire, et les revoir vers 8-9 ans pour

détecter une éventuelle gêne à l'effort».

L'enjeu est d'importance, d'autant que de récentes recherches ont repéré, en analysant l'air expiré par des adolescents anciens grands prématurés, des processus inflammatoires persistants. Cela pourrait témoigner d'un risque d'évolution plus rapide de ces ex-prématurés vers une pathologie bronchique chronique. «On peut donc se demander si des facteurs de susceptibilité acquis lors des premières phases du développement, dans un contexte de grande prématurité, ne constituent pas les racines précoces de pathologies respiratoires chroniques à l'âge adulte», suggère le pneumopédiatre. Raison de plus pour que les anciens prématurés ne fument pas...

© **L'Express**