

Morbi-mortalité néonatale des extrêmes prématurés admis en réanimation sans prise en charge anténatale active

Caroline Diguisto, Laurence Foix L'Helias, Andrei Morgan, Pierre-Yves Ancel, Monique Kaminski, Babak Khoshnood, Francois Goffinet

47^{ème} journée de la Société de Médecine Périnatale
19 octobre 2017

Contexte

- France: 1600 naissances vivantes ont lieu entre 22⁺⁰ et 26⁺⁶ (1)
- Risque important de décès et de séquelles (2)
- Prise en charge pour ces extrêmes prématurés fait débat
- Mesures anténatales visent à réduire la morbi-mortalité chez les < 34 SA
- Extrêmes prématurés ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge anténatale optimale
- Le pronostic des extrêmes prématurés qui n'ont pas bénéficié des mesures anténatales visant à réduire la morbi-mortalité périnatale est mal connu
 - Majorité d'enfants naissent mort-nés ou décèdent en salle de naissance
 - Extrêmes prématurés réanimés, admis en réanimation

=> Peu de données sur ces enfants admis en réanimation sans Prise en Charge active anténatale

(1) Ancel PY et al, *Jama ped* 2015;169 (230-8)

(2) Saigak S et al, *Lancet* 2008;371 (261-9)

Objectif

Etudier la morbi-mortalité néonatale chez les nouveau-nés extrêmes prématurés admis réanimation sans prise en charge anténatale active

Méthodes-population

- Population d'étude
 - Naissances uniques ou multiples
 - < 27 SA
 - Nouveau-nés admis en réanimation
- Exclusion
 - Mort foétale in utero
 - Interruption médicales de grossesse
 - Malformations ou pathologies létales



Méthodes

- Exposition: absence de Prise En Charge Active Anténatale (PEC-AA)

Absence de PEC-AA

- Pas de corticoïdes (cure complète ou non)
- Ni sulfate de magnésium à visée neuroprotectrice
- Ni césarienne d'indication fœtale

- Critère de jugement composite de morbi-mortalité

Décès en néonatalogie ou morbidité néonatale sévère

- Neurologique: HIV stade 3-4, leucomalacie péri ventriculaire
- Pulmonaire: bronchodysplasie sévère
- Digestive: entérocolite ulcéronécrosante stade 2-3
- Rétinienne: rétinopathie sévère

Analyses statistiques

- Taux d'absence de PEC-AA et issues néonatales par âge gestationnel de naissance
- Etude de l'association entre absence de PEC-AA et morti-morbidité néonatale sévère
 - Analyses multivariée, régression logistique
 - Modèles multi-niveaux à 3 niveaux
(individuel/grossesse multiple/maternité d'accouchement)
 - Aucune donnée manquante => Analyses sur cas complets

Résultats

3046 naissances (uniques ou gémellaires) entre 22 et 26 SA incluses dans la cohorte EPIPAGE 2

IMG (n=1035)

MFIU (n=956)

Malformations ou pathologies létales (n=18)

Décès en salle de naissance (n=254)

783 nouveau-nés admis en réanimation néonatale

Résultats

	22 SA	23 SA	24 SA	25 SA	26 SA	Total
	N = 1	N = 6	N = 112	N = 275	N = 389	N = 783
Absence de Prise en charge active anténatale n (% total)	1 (100)	2 (33)	33 (29)	54 (20)	48 (12)	138 (18)
Absence de corticothérapie n (% total)	1 (100)	3 (50)	32 (29)	58 (22)	74 (19)	168 (22)
Absence de Sulfate de magnésium n (% total)	1 (100)	6 (100)	100 (89)	217 (79)	220 (57)	543 (69)
Pas de césarienne (indication fœtale) n (% total)	1(100)	6 (100)	111 (99)	266 (97)	366 (94)	750 (96)
Décès ou morbidité néonatale sévère, n (% total)	1(100)	6(100)	84 (75)	165 (60)	182 (47)	438 (56)
Décès, n (% total)	1 (100)	5 (83)	54 (48)	95 (35)	82 (21)	237 (30)
Morbidité néonatale sévère, n (% total)	0	2(33)	57(51)	123(45)	142(36)	324 (41)
HIV stade 3 ou 4 ou leucomalacie préventriculalire	0	1(17)	34(30)	68(25)	65(17)	168(21)
Bronchodysplasie sévère	0	1(17)	19 (17)	50(18)	67(17)	137(17)
Entérocolite ulcéronécrosante stade 2-3	0	1(17)	4 (4)	14 (5)	20 (5)	39 (5)
Rétinopathie stade 3 ou plus	0	0	9 (8)	15 (5)	5 (1)	29 (4)

Résultats

	Association entre morbi- mortalité néonatale sévère et Absence de PEC-AA OR (IC 95%)
OR brut	2.60 (1.44-4.66)
OR ajusté sur l'âge gestationnel	2.08 (1.19-3.62)
OR ajusté sur l'ensemble des variables*	1.86 (1.09-3.20)
<i>* Age gestationnel de naissance, Z-score du poids de naissance, sexe, caractère multiple de la grossesse, cause de la prématurité, type de maternité</i>	

Discussion

- Forces
 - Liées aux caractéristiques d'EIPAGE2: taille de l'échantillon & étude en population
- Limite
 - Définition de l'absence de PEC-AA

Risque **double** de morbi-mortalité néonatale pour les extrêmes prématurés hospitalisés en réanimation sans PEC-AA

- Il est essentiel que les extrêmes prématurés bénéficient d'une PEC-AA (corticothérapie dès l'admission, sulfate de magnésium)