

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 93 (1995)

Heft: 5

Artikel: La fibronectine onco-fœtale comme prédicteur de l'accouchement prématuré

Autor: Pexieder, T.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951198>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

1re consultation:

- Hématocrite, leucocytes, plaquettes
- Groupe sanguin + Rhésus + anticorps
- Sérologies: toxoplasmose, rubéole, VDRL, HBsAg
- HIV (avec consentement éclairé de la patiente)
- Triple test (selon l'âge de la grossesse et avec le consentement éclairé de la patiente)
- O'Sullivan (selon l'âge de la grossesse)
- Culture d'urine (toujours en début de grossesse, même si pas d'antécédent d'infection urinaire)

Consultations suivantes:

- Hématocrite: 1x/2 mois
- Plaquettes: 1x/2 mois
- Toxoplasmose nég: en début de grossesse, à env. 20 sem. à env. 30 sem. et en fin de grossesse (= à l'accouchement)
- Culture d'urine 1x/trim (si antécédent d'infection urinaire)
- Stick urinaire à chaque contrôle

Poche rompue avant terme (à l'admission):

- Hématocrite, leucocytes et répartition, plaquettes
- Culture de col (aérobie, chlamydiae, gonocoques)
- Culture d'urine
- Stick urinaire

Poche rompue avant terme, hospitalisée pour conservation de grossesse:

- Leucocytes et répartition: 2x/sem.
- Culture de col: 1x/sem. (aérobie)

Poche rompue à terme, avant le travail:

- Hématocrite, leucocytes et répartition: après 12 h de poche rompue ou en début de travail (à répéter au fonction de l'évolution clinique)

Menace d'accouchement prématuré, à l'admission:

- Hématocrite, leucocytes et répartition, plaquettes
- Glycémie: (si mise en place d'une tocolyse iv)
- Culture de col (aérobie, chlamydiae, gonocoques)
- Culture d'urine
- Stick urinaire

L'accouchement prématuré annoncé**La fibronectine onco-fœtale comme prédicteur de l'accouchement prématuré**

Les contractions utérines conduisant à l'accouchement prématuré sont la conséquence d'une cascade d'événements complexes. Bien que l'accouchement prématuré puisse avoir diverses causes, il semble probable qu'il soit précédé par des altérations biologiques de l'interface choriodéciduale. A ce niveau, divers facteurs dont l'infection peuvent stimuler la production de cytokines (interleukine 1, interleukine-6) et de «tumor necrosis factor» (TNF). Ces cytokines vont à leur tour induire la production de collagénases qui vont dégrader la matrice extra-cellulaire choriodéciduale et éventuellement aboutir à la rupture des membranes et à la modification du col. Dans ce contexte, il paraît très intéressant de pouvoir disposer d'un marqueur relâché dans les sécrétions cervico-vaginales en cas de dégradation de la matrice extra-cellulaire choriodéciduale, et ceci d'autant plus que la distinction clinique entre le faux et le vrai travail prématuré est difficile.

La fibronectine appartient à une famille de protéines ubiquitaires de la matrice extra-cellulaire, de haut poids moléculaire (environ 500 kd). Ces protéines jouent un rôle dans l'adhésivité cellulaire. Certaines de ces fibronectines sont actuellement en voie d'évaluation, comme la fibronectine cellulaire qui pourrait témoigner de lésions de l'endothélium dans la prééclampsie. La fibronectine onco fœtale qui nous intéresse ici se distingue par un épitope localisé dans la région variable de la protéine. Cet épitope est reconnu par un anticorps monoclonal FDC6. La fibronectine a été isolée dans des cellules malignes, dans le liquide amniotique, dans des extraits placentaires et dans certains tissus fœtaux. Les études immuno-histochimiques ont montré qu'elle se localisait au contact utéroplacentaire et dans l'espace amnio-chorio-décidual. Dans un premier temps, ce marqueur a été proposé comme test de la rupture des membranes. Cependant, on s'est rapidement aperçu que les patientes en travail avec membranes intactes présentaient des concentrations

élevées de fibronectine cervico-vaginale en raison de la dégradation de la matrice extra-cellulaire, comme nous l'avons vu plus haut. L'intérêt s'est donc porté sur la prédiction du travail, essentiellement du travail prématuré.

Physiologiquement, le chorion et la décidue capsulaire ne fusionnent avec la décidue vraie que vers la 20^e semaine de grossesse. On peut donc attendre une libération de fibronectine onco-fœtale cervico-vaginale dans la première moitié de la grossesse. Ceci a été confirmé par Lockwood et al. (réf. 1): ces auteurs ont mesuré le pourcentage d'échantillons positifs pour la fibronectine dans des grossesses normales qui ont accouché à terme. Avant 22 semaines de grossesse, 24% des échantillons cervicaux se sont montrés positifs. Après 37 semaines, on observe également une forte proportion d'échantillons positifs due à la proximité de l'accouchement. Par contre, entre 21 et 37 semaines, seulement 4% des échantillons cervicaux ont été positifs pour la fibronectine.

Cliniquement, la fibronectine pourrait donc être utile pour dépister les femmes à risque d'accouchement prématuré, qu'elles se présentent pour des contractions utérines ou qu'elles soient asymptomatiques. Chez les femmes asymptomatiques, Nageotte et al. (réf. 2) et Lockwood et al. (réf. 3) ont tous deux montré une sensibilité de 70 à 80% et une valeur prédictive négative de 95%. Chez les femmes symptomatiques, Lockwood (réf. 1) a trouvé une sensibilité et une spécificité de 82% et Morrison (réf. 4) a montré une sensibilité de 78% et une valeur prédictive négative de 71%. Devant ces résultats prometteurs, il nous a semblé important de vérifier la valeur potentielle de la fibronectine onco-fœtale dans notre population. Nous avons donc conduit une étude visant à évaluer la valeur de la fibronectine dans la prédiction de l'accouchement prématuré chez les patientes se présentant pour suspicion de travail prématuré. Cette étude a été réalisée en collaboration avec le Dr Juan Matute et le Dr Paul Bischof, du Département de Gynécologie et d'Obstétrique de l'HCUG, et de

BEBA alprem* répond aux besoins alimentaires spécifiques du nouveau-né de faible poids

* Informations détaillées au 021/924 13 78

La croissance rapide des nouveau-nés de faible poids de naissance nécessite des apports nutritionnels particuliers. Les Centres de recherche de Nestlé ont élaboré un aliment lacté, **BEBA alprem**, qui permet le bon développement de ces nouveau-nés lorsque le lait maternel n'est pas disponible. Sa composition tient compte de l'utilisation optimale des nutriments, mais aussi des besoins spécifiques en protéines et du rapport calcium-phosphore, pour assurer une excellente absorption et une bonne calcifica-



tion osseuse. La nouvelle formule est enrichie par des TCM et AGP-LC, des acides gras très importants lors du développement du cerveau, du système nerveux et de l'acuité visuelle. **BEBA alprem** est conforme aux exigences de l'ESPGAN et du SCF. Pour les nouveau-nés nourris essentiellement au lait maternel, Nestlé vous conseille **FM-85**, un complément hypoallergénique à ajouter au lait de la mère, afin de l'adapter aux besoins des nourrissons de faible poids.



Madame Bernadette Mermillod du Centre d'informatique hospitalière de l'HCUG.

Méthodologie

Critères d'inclusion:

- grossesse de plus de 23 semaines et de moins de 37 semaines,
- membranes intactes, dilatation inférieure à 2 cm,
- contractions utérines régulières persistantes motivant une hospitalisation,
- suspicion de travail prématuré.

Critères d'exclusion:

- souffrance fœtale,
- accouchement prématuré «iatrogène»,
- rapports sexuels dans les 24 h précédant l'admission.

A l'admission, avant tout traitement, un prélèvement endocervical a été réalisé à l'aide d'un écouvillon de Dacron laissé en place 10 secondes, puis plongé dans un milieu tampon de 750 µl.

Les échantillons ont été réfrigérés puis analysés au Laboratoire d'hormonologie de la Maternité à l'aide d'un immunoassay utilisant l'anticorps monoclonal FDC-6 fourni par ADEZA Biomedical (Medipro AG Teufen). Des valeurs supérieures à 50 ng/ml ont été considérées comme positives. Le laboratoire ne connaissait pas l'histoire clinique des patientes et le résultat du test n'était pas disponible pour les obstétriciens.

En cas d'activité utérine persistante avec modification du co-, une tocolyse par Hexoprenaline i.v. a été instaurée.

Résultats

De septembre 1991 à janvier 1993, 64 femmes ont pu être incluses dans l'étude à un âge gestationnel médian de 31 semaines (23 à 34).

Vingt-deux accouchements prématurés (<37 semaines) ont été enregistrés, représentant 35% du collectif. L'âge gestationnel médian à l'accouchement a été de 33 semaines dans le groupe prématuré (25 à 36) contre 39 semaines dans le groupe des accouchements à terme (37 à 41). La fibronectine a été positive chez 26 des 22 accouchant prématurément et 11 des 42 accouchant à terme. Pour la prédiction de la prématurité par la fibronectine oncofœtale, ces chiffres nous permettent de calculer une sensibilité de 68%, une spécificité de 74%, une valeur

prédictive positive de 58% et une valeur prédictive négative de 82%.

Lorsqu'on s'intéresse aux faux négatifs du test, on constate que ceux-ci s'accompagnent d'un délai médian en jours du prélèvement à l'accouchement significativement plus long (23 jours, 9 à 62) qu'en cas de test réellement positif (5 jours, 0 à 69) ($p = 0.01$ par test de Mann-Whitney). Par contre, le poids de naissance médian ne diffère pas significativement entre les faux négatifs (2160 g, 1040 à 2650) et les vrais positifs (2080 g, 830 à 3250). Si l'on s'intéresse maintenant aux tests faussement positifs, on doit se poser la question d'un biais dû au traitement: il se pourrait en effet que des tests positifs n'aient pas été suivis d'accouchement prématuré en raison du succès du traitement tocolytique. Pour répondre à cette question, nous avons analysé le sous-groupe de femmes tocolysées, c'est-à-dire 33 des 64 femmes de l'étude. Dix-sept des 22 femmes accouchant prématurément (75%) ont été tocolysées contre 16 des 42 qui ont accouché à terme (38%). On constate donc que la tocolyse a été significativement plus fréquente chez des femmes accouchant prématurément. Treize femmes ont été tocolysées parmi les 15 vrais positifs de la fibronectine accouchant prématurément contre 2 des 11 faux positifs (87 vs 18%, $p < 0.01$ d'après le test de Chi carré). La tocolyse n'est donc pas responsable des faux positifs de la fibronectine.

Cependant, ces données nous indiquent qu'en soi, l'indication à la tocolyse est également un bon test pour prédire l'accouchement prématuré avec une sensibilité de 77%, une spécificité de 62%, une valeur prédictive positive de 52% et une valeur prédictive négative de 84%. Puisque la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives de la fibronectine et de la tocolyse sont relativement semblables, nous avons cherché à savoir si la fibronectine gardait une bonne valeur prédictive dans le groupe des femmes tocolysées, à haut risque d'accouchement prématuré. La fibronectine a été positive chez 15 des 33 femmes tocolysées, soit 13 et 17 accouchant prématurément, et 2 des 16 accouchant à terme. Dans le groupe des femmes tocolysées, la fibronectine prédit la prématurité avec une sensibilité de 76%, une spécificité de 87%, une valeur prédictive positive de 87% et une valeur prédictive négative de 78%.

En analysant ces résultats, on pourrait objecter que le critère de prématurité, c'est-à-dire accouchement avant 37 semaines,

Chères collègues,

L'équipe de rédaction souhaite publier un numéro de la «Sage-femme suisse» consacré à des questions et problèmes juridiques, de même qu'à des dossiers ayant fait l'objet d'un procès.

Pour que ce numéro soit vraiment le reflet de la réalité, il faut que vous nous aidiez. Si vous avez vous-même été impliquée dans une situation qui a donné lieu à un procès, nous vous prions de bien vouloir nous la relater. Bien sûr il ne peut s'agir que d'un cas où le procès est déjà achevé.

Nous prévoyons de traiter les cas sans citer de noms afin de préserver votre anonymat.

Nous nous réjouissons d'ores et déjà de recevoir vos messages jusqu'au 31 août 1995

sf □

est quelque peu arbitraire puisque bien des événements peuvent survenir entre le prélèvement endo-cervical et la fin de la période de prématurité. Nous avons donc répété notre analyse en évaluant cette fois-ci la prédiction de l'accouchement dans les 7 jours suivant le prélèvement. La fibronectine a été positive chez les 10 femmes accouchant dans les 7 jours et chez 16 des 54 femmes accouchant à plus de 7 jours du prélèvement. Pour prédire l'accouchement dans la semaine suivant le prélèvement, la sensibilité du test est de 100%, sa spécificité de 70%, sa valeur prédictive positive de 38% et sa valeur prédictive négative de 100%. Dans le collectif à haut risque des femmes tocolysées, la fibronectine est positive chez les 10 femmes accouchant dans la semaine et chez 5 des 23 accouchant à plus de 7 jours, avec une sensibilité de 100%, une spécificité de 78%, une valeur prédictive positive de 67% et une valeur prédictive négative de 100%.

Conclusions

Cette étude a montré qu'une fibronectine onco-fœtale négative a une bonne valeur prédictive pour exclure un accouchement prématuré. Chez les patientes tocolysées, à haut risque d'accouchement prématuré, une fibronectine positive ou négative

prédit adéquatement l'évolution dans environ 80% des cas, ce qui est supérieur à la clinique.

En cas de résultat faussement négatif, le délai de l'accouchement est prolongé de manière significative.

Pour prédire un accouchement dans la semaine, la fibronectine a une sensibilité et une valeur prédictive négative de 100%. La fibronectine onco-fœtale est donc un test utile pour aider le clinicien à discerner le faux travail du vrai. Elle pourrait permettre:

- de mettre en œuvre une tocolyse sans attendre la modification du col
- d'éviter de prolonger des traitements tocolytiques inutiles ou dangereux (réf. 5).

D'autres études seront cependant nécessaires pour vérifier si l'intégration de la fibronectine dans la prise en charge clinique offre un réel bénéfice pour les patientes et leur nouveau-né.

Docteur O. IRION

Département de gynécologie et d'obstétrique

HCUG

20, rue Alcide-Jentzer

Ch-1211 Genève 14

RÉFÉRENCES

1. Lockwood CJ, Senyei AE, Dische MR, Casal D, SHahKD, Thung SN, Jones L, Deligdisch L, Garite TJ. Fetal fibronectin in cervical and vaginal secretions as a predictor of preterm delivery. N Engl J Med 1991; 325:669-74
2. Nageotte MP, Casal D, Senyei AE. Fetal fibronectin in patients at increased risk for premature birth. Am J Obstet Gynecol 1994; 170:20-5
3. Lockwood CJ, Wein R, Lapinski R, Casal D, Berkowitz G, Alvarez M, Berkowitz RL. The presence of cervical and vaginal fetal fibronectin predicts preterm delivery in an inner-city obstetric population. Am J Obstet Gynecol 1993; 169:798-804
4. Morrison JC, Allbert JR, McLaughlin BN, Whitworth NS, Roberts WE, Martin RW. Onco-fetal fibronectin in patients with false labor as a predictor of preterm delivery. Am J Obstet Gynecol 1993; 168:538-42
5. The Canadian Preterm Labor Investigators Group. Treatment of preterm labor with the beta-adrenergic agonist ritodrine. N Engl J Med 1992; 327:308-12 □

H.N. Guernsey

Homöopathie in Gynäkologie und Geburtshilfe

680 S. Bibliotheksleinen mit Goldprägung. Subskriptionspreis bei Bestellung bis zum 31.5.1995 DM 138,-; danach DM 169,-
Erscheint Ende Mai 95. ISBN 3-930256-05-3

Neu

Vollständig überarbeitete und durch viele Nachträge wesentlich erweiterte Darstellung der homöopathischen Indikationen für gynäkologische Beschwerden; Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

- Abort bzw. Verhütung von drohendem Abort
- Schwangerschaftsbeschwerden (13 verschiedene Kapitel)
- Die Geburtssituation (71 homöopathische „Geburtsmittel“)
- Beschwerden nach der Geburt und im Wochenbett (11 Kapitel)

- Umfangreiches Geburtsrepertorium und vieles mehr
Dieses wohl umfangreichste homöopathisch-gynäkologische Werk sollte jeder Hebamme zur Verfügung stehen.

Eine Leseprobe mit Auszügen aus diesem Werk ist kostenlos bei uns erhältlich. *Beachten Sie bitte die Subskriptionsfrist.*

Zu beziehen bei:

**SIMILIMUM-VERLAG
HOMÖOPATHISCHE LITERATUR
ALEKSANDAR STEFANOVIC**

STOCKUM 8 · D-53809 RUPPICHTEROTH
TEL. 00 49 22 47/8 97 44 FAX 00 49 22 47/1 21 82

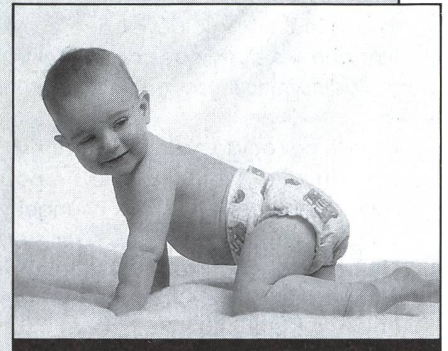


SIMILIMUM

Flauschy's

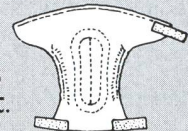
waschecht schweizerisch[®]

**Die saugfähigste
Stoffwindel
macht
Ihr Baby rundum
glücklich.**



Einzigartige Saugfähigkeit.
Dank speziell konzipiertem Ultra-Kern bleibt Ihr Baby Tag und Nacht trocken.

Raffinierte, handliche Verschlussart
«Flauschy's» machen jedes Strampeln mit.



Washbar bis 95°C und tumblerrecht.

Optimales Preis-/Leistungsverhältnis.

Sind Sie spontan, dann rufen Sie uns an:

Argosan

Ihr Qualitäts-Windelhaus
Inh. D. und F. Kessler
Breiternstrasse 33
5107 Schinznach-Dorf
Tel. 064 52 02 10, Fax 064 52 02 15

Ab 4.11.1995:
Tel. 062 892 02 10, Fax 062 892 02 15

Wir beraten und dokumentieren Sie gerne unverbindlich.

Flauschy's

Ihrem Baby und der Umwelt zuliebe.

Epidémiologie des anomalies congénitales

**Surveillance et épidémiologie des anomalies congénitales en Suisse
Bilan de la période 1990-1993**

Introduction

La connaissance de l'incidence des anomalies congénitales et la surveillance de ses variations font partie des indicateurs de base qui caractérisent la santé publique d'un pays développé au même titre que les statistiques de mortalité, des maladies infectieuses ou des mouvements de population.

L'étude de l'épidémiologie des anomalies congénitales est indispensable pour la surveillance des effets des changements de notre environnement ou pour mesurer l'impact des composantes diagnostique et thérapeutique de la médecine fœtale.

Historique

Depuis 1987, avec l'aide d'une commission mixte de l'Académie Suisse des Sciences médicales et de la Société Suisse de Pédiatrie, présidée par le Prof. G. Duc, nous avons progressivement construit un réseau de recensement des anomalies congénitales basé sur les populations résidant dans les différents cantons (1) selon le modèle de l'EUROCAT (European Registry Of Congenital Anomalies and Twins). Si en 1988, 24'279 naissances ont été surveillées, leur nombre a été égal à 66'899 en 1993, c'est-à-dire 79.5% de toutes les naissances dans le pays. Ce pourcentage atteindra 83.9 en 1994 après le démarrage d'EUROCAT (CH) dans les cantons de Soleure et Schaffhouse.

Logistique

Le principe de l'enregistrement des anomalies congénitales est basé sur le devoir d'établir un rapport de toute anomalie, à l'exception des anomalies mineures définies dans une liste d'exclusions, diagnostiquée pendant les 30 premiers jours de la vie d'un enfant. Le signalement des cas détectés dans les avortements spontanés, dans les interruptions de grossesse à la suite d'un diag-

nostic prénatal ainsi qu'au-delà du premier mois de vie est facultatif. Les enfants malformés sont identifiés par les médecins pédiatres et/ou néonatalogues délégués de l'Eurocat dans chaque canton participant (Tab. 1). Après avoir rempli un questionnaire, identique à celui utilisé par 19 régions de divers pays de l'Union

Table 1
Liste des médecins-délégués cantonaux de l'EUROCAT (CH)

Zurich	Prof. G. Duc Prof. A. Schinzel Dr. P. Baeckert Dr. B. Brädle Dr. M. Eicke Dr. B. De Roche Dr. P. Sigg
Bern	Prof. E. Bossi Prof. RP. Zurbrugg Dr. B. Regazzoni Dr. M. Tonz
Vaud	Dr. M.-Cl. Addor
Argovie	Dr. Ch. Hindermann Dr. M. Wopmann
Saint Gall	Dr. Ch. Kind Dr. B. Sulmoni
Lucerne et cantons voisins	Dr. G. Schubiger Dr. J. Spalinger
Valais	Dr. J-P. Marcoz
Fribourg	Dr. Ch. Ruckstuhl
Tessin	Dr. C. Bernasconi
Grisons	Dr. H. Fricker
Neuchâtel	Dr. P. Pilloud
Jura	Dr. G. Nicolet □

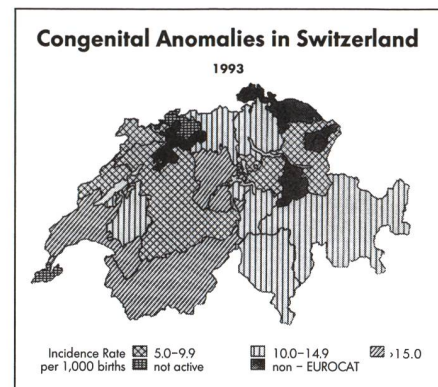


Fig. 01

Européenne, une copie anonyme est transmise au centre de coordination et d'évaluation à Lausanne. Après les vérifications d'usage et le codage des diverses rubriques, ce rapport est saisi dans une base de données relationnelles pour les analyses par canton ou pour l'ensemble du pays et une copie est envoyée à Bruxelles pour être incluse dans le registre européen. A l'heure actuelle, notre base contient des données concernant 7190 enfants atteints d'anomalies congénitales. Si le financement de la détection de cas est la plupart du temps à la charge des cantons, la coordination et l'évaluation sont soutenues par l'Office fédéral de la Santé Publique et l'Office fédéral de statistiques. Le «Swiss Teratogen Information Service» est aussi associé avec Eurocat (CH).

Comme le montre l'évolution du nombre total d'enfants malformés souffrant de diverses anomalies congénitales (Fig. 1), les années 1987-1990 doivent être considérées comme une période de croissance du système et de son rodage, achevée plus ou moins en 1991. Ce n'est qu'à partir de 1991 que le système a atteint une «vitesse de croisière» et que des comparaisons valables d'une année à l'autre peuvent être faites. L'expérience des années précédentes nous montre qu'à peu près 20% des cas nous sont signalés plus tard. Ce nombre attendu (expected) a été intégré dans les graphiques qui suivent.

Incidence globale

L'incidence globale des anomalies congénitales détectées pendant le premier mois de vie oscille pour la période 1991-1993 entre 11.0 et 13.5 pour mille des enfants nés vivants et des mort-nés. Ces chiffres sont inférieurs à la moyenne européenne qui est de 20.0‰. La

différence est due à deux facteurs: d'une part, certaines anomalies, comme celles du système nerveux central sont effectivement moins fréquentes en Suisse, comme nous le verrons plus loin; d'autre part, le registre européen continue d'enregistrer des cas de malformations jusqu'à la fin de la première année de vie. Une stratification par âge au moment du diagnostic est en préparation dans l'Eurocat (Bruxelles). Son emploi devrait diminuer l'écart entre l'incidence suisse et européenne. D'autre part, l'expérience nous a montré que dans certains cantons les anomalies des extrémités n'ont été recensées que partiellement.

Entre 1990 et 1993, la proportion des cas découverts dans les avortements spontanés a passé de 2.0 à 3.0%, celle dans les interruptions de grossesse de 10.0 à 11.0% et celle chez les mort-nés de 1.0 à 2.0%.

De 1990 à 1993, la part des anomalies détectées avant la naissance a augmenté de 17.0 à 26.0% et celle des cas diagnostiqués pendant la première semaine de vie a passé de 12.0 à 16.0%.

L'analyse statistique des variations annuelles de l'incidence est réalisée à l'aide du test chi-carré. Celle des variations mensuelles par le tracé des sommes cumulatives. Ces analyses montrent une croissance de la ligne de base, qui sans devenir significative pendant les six périodes consécutives requises pour déclencher une alarme, témoigne d'une amélioration de couverture (ascertainment).

La **fig 2** affiche la **distribution géographique** de l'incidence 1993 des anomalies congénitales en Suisse. On est frappé par la similitude des chiffres des cantons voisins, comme par ex. Vaud et Valais ou les cantons de la Suisse centrale. Ceci est en partie dû au fait que par ex. les enfants dont les mères résident à Obwald, Nidwald, Schwyz, Uri et Zoug sont saisis par le registre cantonal lucernois.

Lorsqu'on se penche sur la comparaison entre les cantons, il est nécessaire de tenir compte du fait que les différences inter-cantoniales sont le résultat de combinaison de deux sources de variation, une, méthodologique, l'autre, celle qui nous intéresserait le plus, des différences géographiques. A l'heure actuelle, malgré de nombreuses consultations avec des experts en statistique, nous n'avons pas trouvé de procédé qui permettrait leur séparation. De ce fait, seules les comparaisons à l'intérieur d'un canton, des inci-

EUROCAT-CH- total report received

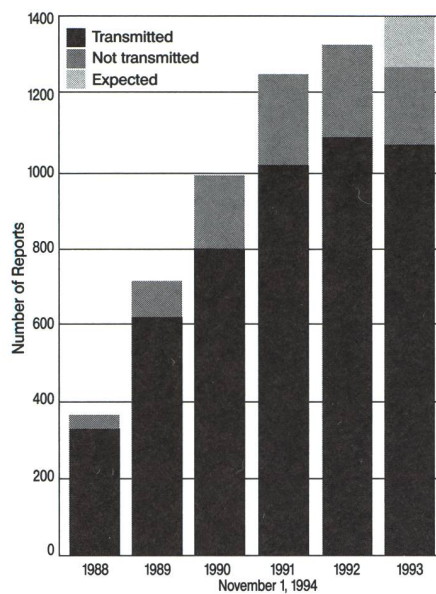


Fig. 2

dences annuelles, restent possibles. Comme illustration de ce problème, prenons deux des plus grands cantons, à savoir Zurich et Vaud.

Dans le **canton de Zurich**, plusieurs responsables collectent les données et les adressent au Prof. Schinzel qui fait de l'enregistrement secondaire, avant la transmission à Lausanne. Ce canton a fait un énorme effort pour améliorer le degré de recouvrement comme en témoigne l'évolution de l'incidence entre 1989 et 1993. Pourtant, en utilisant le test du tracé des sommes cumulatives, cette croissance n'est pas une augmentation significative de l'incidence.

En revanche, dans le **canton de Vaud**, une seule personne, le Dr. M.-Cl. Addor, a la charge de dépistage active des cas de malformations. De plus, un registre cantonal existait déjà avant la mise en place du système Eurocat (CH). Ceci se reflète dans une stabilité relative des chiffres annuels et dans une incidence globale plus élevée.

Une analyse plus détaillée nous montre qu'elle est due surtout à un meilleur recensement des anomalies mineures.

Les malformations du système cardiovasculaire étaient les plus fréquentes, suivies des anomalies des extrémités. Les écarts majeurs entre la Suisse et le reste de l'Europe concernent les cardiopathies, qui sont probablement mieux diagnostiquées en Suisse, le recouvrement insuffisant des anomalies des extrémités en Suisse et une incidence très basse des malformations

du système nerveux central, peut-être grâce au meilleur diagnostic prénatal.

Anomalies sentinelles

Pour diminuer l'hétérogénéité des incidences cantonales dues aux variations dans le recouvrement des anomalies mineures, nous avons analysé séparément une dizaine d'anomalies dites sentinelles dont la liste se trouve dans la **Table 2**.

Elles ont été choisies à cause de l'absence de toute ambiguïté diagnostique, d'un diagnostic précoce après la naissance et de la comparabilité avec les autres systèmes internationaux. Leur nombre absolu varie pour la période 1990-1993 entre 60 et 70 par an. Tandis que la fourchette de variation de l'incidence globale se situait entre 5 et 15 ‰, son étendue diminuait à 2 et 10 ‰ dans le cas de l'incidence des anomalies sentinelles. Leur

Table 2

liste des anomalies sentinelles

Système nerveux central
Anencéphalie
Spina bifida
Hydrocéphalie

Région craniofaciale
Anotie
Microtie
Fente palatine
Bec-de-lièvre

Système gastrointestinal
Atrésie/Sténose oesophagienne
Atrésie/Sténose rectale
Omphalocèle
Gastroschise

Système cardiovasculaire
Hypoplasie du coeur gauche
Transposition des gros vaisseaux
Persistence du tronc artériel

Système urogénital
Agénésie rénale
Rein polykystique
Hypospadié

Système locomoteur
Extrémités supérieures
Extrémités inférieures

Aberrations chromosomiques
Polymalformations □

emploi diminue également l'écart des incidences vaudoises par rapport aux moyennes suisses de 40 à 12%.

Parmi les 303 cas de trisomie 21 présents dans notre base de données, 30.7% souffrent d'une cardiopathie congénitale. Dans une moindre mesure, les malformations du tube digestif (6.6%) et des extrémités (3.0%) accompagnaient également ce syndrome.

La limitation des moyens disponibles tant au niveau cantonal qu'au niveau fédéral ne permet pas encore de progresser de l'épidémiologie descriptive, telle que présentée ici, à l'épidémiologie analytique. Cette progression est aussi limitée par l'absence de descriptions plus détaillées, comme par exemple l'âge gestationnel, de la population des mères ayant accouché d'enfants normaux. La Fig. 12 montre un exemple d'une telle approche en comparant la distribution des classes d'âge maternel de la population suisse en général, avec la cohorte des mères des enfants souffrant d'une anomalie congénitale. En 1993 comme en 1994, cette cohorte est caractérisée par un déplacement à droite, vers l'âge

maternel plus avancé. Avec les données déjà collectionnées, il sera possible d'examiner le rôle des facteurs liés à l'occupation des parents, à la morbidité chronique et aiguë pendant la grossesse ainsi qu'aux thérapeutiques associées.

Conclusion

L'expérience vécue par Eurocat (CH) depuis 1987 montre qu'une surveillance ainsi que l'étude épidémiologique des anomalies congénitales en Suisse est faisable, et qu'en 1993, elle s'est approchée encore davantage de la maturité. Les données des dernières années nous indiquent que dans ce domaine, la situation en Suisse ne diffère pas significativement des autres pays membres de l'Union européenne.

Cette expérience nous rappelle que malgré tous les progrès de la médecine contemporaine, entre 1200 et 1500 enfants naissent chaque année en Suisse avec des degrés variables de handicap. Les 48 nouveaux cas de trisomie 21, enre-

gistrés en 1993, sont la preuve qu'il reste encore beaucoup à faire dans la recherche des moyens de prévention primaire et/ou secondaire.

Bibliographie

1. Pexieder T., Bloch D.: Congenital anomalies in Switzerland: problems and solutions in data collection and their European integration experienced by Eurocat (Switzerland) Soz. Präventivmed. 39: 43, 1994.
2. Eurocat Report No 5 - Surveillance of congenital anomalies 1980-1990. Inst. of Hygiene and Epidemiology Brussels, 1500 pp., 1993.

DR T. PEXIEDER professeur associé
T. HERNANDEZ, M.P.H.

DR. E. SABANI

M. DEVOLZ

EUROCAT (CH)

c/o

Institut d'Histologie et d'Embryologie
Rue du Bugnon 9

1005 Lausanne

Tél. 021 692 5251

Fax. 021 692 5255



Zusammensetzung: 1 Zäpfchen enthält:
Chamomilla D 1 1,1 mg, Belladonna D 4
1,1 mg, Dulcamara D 4 1,1 mg, Plantago major
D 3 1,1 mg, Pulsatilla D 2 2,2 mg, Calcium
carbonicum Hahnemanni D 8 4,4 mg. Excip.

Indikationen: Gemäss homöopathischem
Arzneimittelbild bei körperlichen Unruhezuständen
verbunden mit Weinerlichkeit,
Schlaflosigkeit, wie z.B. bei erschwerten
Zahnung und Blähkoliken. **Anwendungseinschränkungen:** Keine bekannt. **Hinweis:**

Erstverschlimmerungen der Symptome können
auftreten. Bei einer andauernden Verschlechterung
oder fehlenden Besserung ist der Arzt aufzusuchen.
Dosierung: Soweit nicht anders verordnet,
bei akuten Beschwerden mehrere Male jeweils
1 Zäpfchen in den After einführen; nach
Besserung 3 - 2 mal täglich 1 Zäpfchen.
Bei Säuglingen bis 6 Monate höchstens
2 mal täglich 1 Zäpfchen.

Aufbewahrungshinweis: Die Zäpfchen
sollten, auch nicht kurzfristig, oberhalb 30°C
aufbewahrt werden, da sonst die Zäpfchen-
masse erweicht oder schmilzt. **Arzneimittel für
Kinder unzugänglich aufbewahren!**

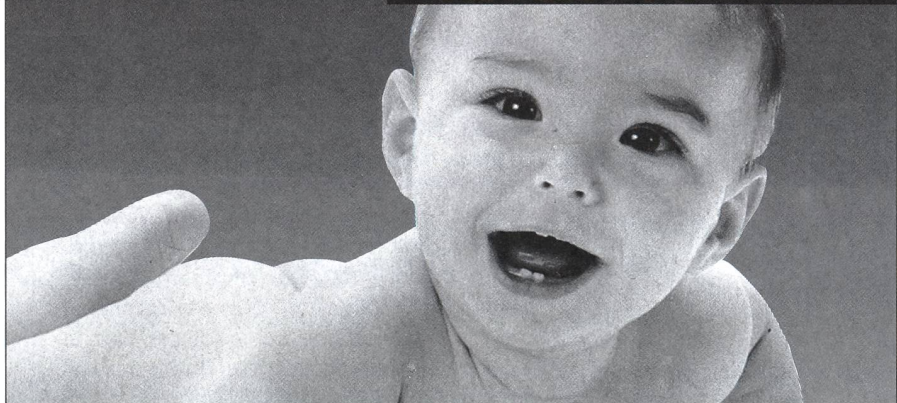
Packungsgrößen: Packungen mit 12, 60 und
120 Zäpfchen zu 1,1 g. IKS-Nr.: 50224

Vertretung für die Schweiz:
HOMÖOMED AG
Lettenstr. 9
CH-6343 Rotkreuz

-Heel

Biologische Heilmittel Heel GmbH
76484 Baden-Baden

Viburcol®



Homöopathische Säuglings- und Kinderzäpfchen ●

Bei Unruhezuständen ● mit und ohne Fieber



Balsam für kleine Fudis.

DG
DOETSCH, GREITHER, BASEL
SPURBACH, BESSER
Weber, Hodel, Schmid,



Kosili Double effect «Schutzbad oder Pflegebalsam», die Intensivpflege mit der doppelten Anwendung für zarte Babyhaut. Zum Vorbeugen von geröteten Stellen ein paar Tropfen zusätzlich zum normalen Badezusatz ins tägliche Bad geben. Oder als Pflegebalsam zur Behandlung bereits gereizter Stellen direkt auf die Haut auftragen. Jetzt im Lebensmittel- und Fachhandel sowie in Warenhäusern erhältlich.

Kosili