

	PROPOSITION DE PROCEDURE MEDICALE	
	<b>RESEAU PERINAT GUYANE</b>	PROTOCOLE OBSTETRIQUE N°13
	Domaine d'application : hospitalier	
<b>RETARD DE CROISSANCE INTRA UTERIN (RCIU)</b>		
Rédigée par : Dr LAMBERT Médecin échographiste, CHOG	Rédigée par : Dr CARLES gynécologue, CHOG	Date de diffusion :
approuvé par :	approuvé par :	Version : 1
approuvé par :	Validé par : le conseil scientifique en date du 11/04/2013	Total pages : 4

**Avertissement :** La présente procédure est une proposition du Réseau Périnatal Guyane. Elle ne sera considérée comme effective que lorsqu'elle aura été validée par le ou les responsables médicaux concernés de chaque structure.

#### SITUATION CLINIQUE

Anomalie de croissance de la hauteur utérine

#### DEFINITION

Constataion à l'échographie d'un poids fœtal estimé (PFE) < 5<sup>ème</sup> percentile (p) (calculé par la formule de HADLOCK) et/ou d'un périmètre abdominal (PA) < 10<sup>ème</sup> p (Courbes du collègue français des échographistes fœtaux)

#### CLASSIFICATION

##### DEFINITIONS

RCIU modéré : 5<sup>ème</sup> p < PA < 10<sup>ème</sup> p ou 3<sup>ème</sup> p < PFE < 5<sup>ème</sup> p  
 RCIU sévère : PFE < 3<sup>ème</sup>  
 RCIU dysharmonieux : seul le PA est diminué ou PA + Fémur  
 RCIU harmonieux : toutes les biométries atteintes  
 RCIU précoce : présent dès l'examen échographique de 20-24sa

##### CAUSES DE RCIU

##### RCIU VASCULAIRE :

**Date de revision :**

- Arguments maternels :
  - HTA isolée, pré-éclampsie, antécédent de RCIU ou de MFIU, maladie auto-immune, diabète.
- Arguments échographiques :
  - Oligoamnios, doppler utérins pathologiques, avance de maturation placentaire, RCIU dysharmonieux, grossesse multiple.

#### RCIU NON VASCULAIRE :

- Causes fœtales : infection, malformation, anomalie chromosomique, grossesse multiple
- Causes annexielles et utérine : placenta, cordon, utérus
- Mode de vie : déficit nutritionnel, anémie maternelle, surmenage, tabac, alcool, drogues

Idiopathique et petite taille constitutionnelle : RCIU harmonieux , parents « petits », antécédents de nouveau-nés à terme de petit poids de naissance en bonne santé

#### PRISE EN CHARGE

**Avant toute chose, CONFIRMER le RCIU : recalculer le début de grossesse à partir des clichés du 1<sup>er</sup> compte rendu échographique**

1. Bilan étiologique : vasculaire ou autre
2. Traiter si possible la cause
3. Etablir le protocole de surveillance avec établissement des critères d'intervention et de réorientation de la patiente
4. Orientation de la patiente : IMG et soins palliatifs, Transfert in utero, Déclenchement

**RCIU modéré sans anomalie des dopplers** : contrôle par le même échographiste à 2 semaines + repos et conseils hygiéno-diététiques. Si confirmation au contrôle, appliquer le protocole.

**RCIU sévère** : appliquer le protocole d'emblée.

#### BILAN DE RCIU

##### Examen clinique :

- Signes fonctionnels
- TA- HU- Œdèmes-ROT
- Bandelette urinaire (si Alb = ou > à 1+ : collection des urines pour protéinurie des 24h)
- ERCF + VCT

**Date de revision :**

### Bilan biologique maternel:

- NFS plaquettes schizocytes
- Kleihauer
- RAI
- Recherche d'hématozoaires
- TP-TCA- D dimères- fibrinogène
- ASAT-ALAT- $\gamma$  GT- LDH
- Glycémie ou HGPO (75g) si non fait
- Ionogramme- créatinine- protidémie- haptoglobine
- CRP
- hémoculture (avec recherche listeria) si fièvre
- ECBU
- Sérologies (represcrire les sérologies négatives de plus de 1 mois) : Toxoplasmose, Rubéole, VIH, VHC, VHB, CMV, Parvovirus B19, Dengue, Chagas, Fièvre Q
- Sérologie syphilis systématique
- Plombémie
- TSH
- ferritine
- Autoimmunité : antiphospholipides- Ac antinucléaires
- Thrombophilie : Protéine S antigène

### Echographie détaillée en diagnostic anténatal:

- Sonogramme génétique
- Recherche de malformation
- Examen soigneux du placenta, du cordon
- Doppler artériels maternels et fœtaux

### Examens invasifs fœtaux:

A discuter en staff ou avec le CPDP pour :

- Caryotype fœtal
- Recherche de syndrome microdélétionnel avec RCIU
- Caryotype placentaire
- Histologie placentaire sur biopsie

### TRAITEMENT DE LA CAUSE

Selon les résultats du bilan.

Pour les causes curables :

**Cure de corticoïdes pour maturation pulmonaire entre 26 et 34sa**

### SURVEILLANCE

Date de revision :

### Lieu de surveillance :

- RCIU modéré : par SF libérale ou CS hospitalière
- RCIU sévère et/ou tableau pré-éclamptique et/ou anomalie doppler foetal et/ou aggravation d'un RCIU modéré: en hospitalisation

### Critère de surveillance :

- **Fœtale :**
  - o 2 à 3 RCF/j- VCT
  - o Doppler : 2 à 3 X /semaine, Manning
  - o Estimation pondérale par le même opérateur tous les 15j
  - o HU et périmètre ombilical 1x /semaine
- **Maternelle :**
  - o Signes fonctionnels
  - o TA-Bandelette
  - o Bilan vasculo-rénal 2x /semaine

## ORIENTATION DE LA PATIENTE

Le choix est guidé par la présence ou non d'une pathologie maternelle pré-éclamptique. En dehors des situations d'urgence, il fait l'objet d'une discussion d'information avec le couple.

Il n'existe pas de recommandation nationale sur les critères d'orientation de la patiente dans la filière de soins.

Il est proposé sur le réseau périnatal de Guyane :

- Avant 25 SA ou 650g (en Guyane) expectative ou IMG si signes maternels sévères.
- Entre 25 et 26 SA discussion obstétrico pédiatrique au cas par cas
- Entre 25 et 32-33 SA ou < 1500g pour le CHOG et < 2000g ou 35 SA (voir CMCK) transfert en niveau 3 avec discussion de maturation pulmonaire.
- Au-delà de 34 SA, le seul arrêt de croissance peut justifier une extraction.

Entre 26 et 34 SA, la décision et la voie d'extraction vont reposer sur un faisceau d'arguments associant : l'âge gestationnel, l'arrêt de croissance, les altérations des tracés doppler foetaux, le score de Manning et la VCT, ainsi que le statut cervical pour un éventuel déclenchement.

Les critères majeurs étant la négativation de l'onde a de l'Arantius et une VCT<3. Ces mêmes critères contre-indiquent une tentative de déclenchement.

Après accouchement, demander un examen **anatomopathologique** du placenta.

Prévoir une consultation précoce en grossesse pathologique lors d'une future grossesse (voir fiche pratique réseau : traitements préventifs en obstétrique)

**Date de revision :**