

Définition, repérage, bilan et prise en charge du retard de croissance intra-utérin à La Réunion, selon les niveaux de maternité avec indications d'adressage depuis la ville, modalités de surveillance et critères de naissance.

DÉFINITIONS

PAG : Estimation du poids fœtal entre le 3^{ème} et le 10^{ème} percentile SANS ANOMALIE Doppler/ LA/ croissance/ congénitale

Différencier RCIU précoce (<32 SA) et tardif (>32SA)

RCIU précoce <32 SA <i>En l'absence d'anomalies congénitales</i>	RCIU tardif >32 SA <i>En l'absence d'anomalies congénitales</i>
<ul style="list-style-type: none"> • PA ou EPF < 3^{ème} p ou • Do nulle ou • PA ou EPF < 10^{ème} p avec <ul style="list-style-type: none"> ▪ IP-Au > 95^{ème} p Et/ou <ul style="list-style-type: none"> ▪ IP-Do > 95^{ème} p 	<ul style="list-style-type: none"> • PA ou EPF < 3^{ème} p ou • Au moins 2 des 4 critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ PA ou EPF < 10^{ème} p ▪ Ralentissement de la croissance du PA ou EPF (↓ 50 percentiles) ▪ ICP ▪ IP-Do > 95^{ème} p

PAG : Petit Poids pour l'âge gestationnel, PA : Périmètre abdominale, EPF : estimation du poids foetal, Do : diastole ombilicale, IP : index de pulsatilité, Au : artère utérine, ICP : index cérébro-placentaire)

BILAN INITIAL

- **TA/BU + interrogatoire facteurs de risque**
- **Vérifier la datation de la grossesse sur cliché de LCC (modifier la DGER si besoin)**
- **Vérifier profil marqueurs sériques T21 (cf protocole spécifique)**
- **Évaluation échographique :**

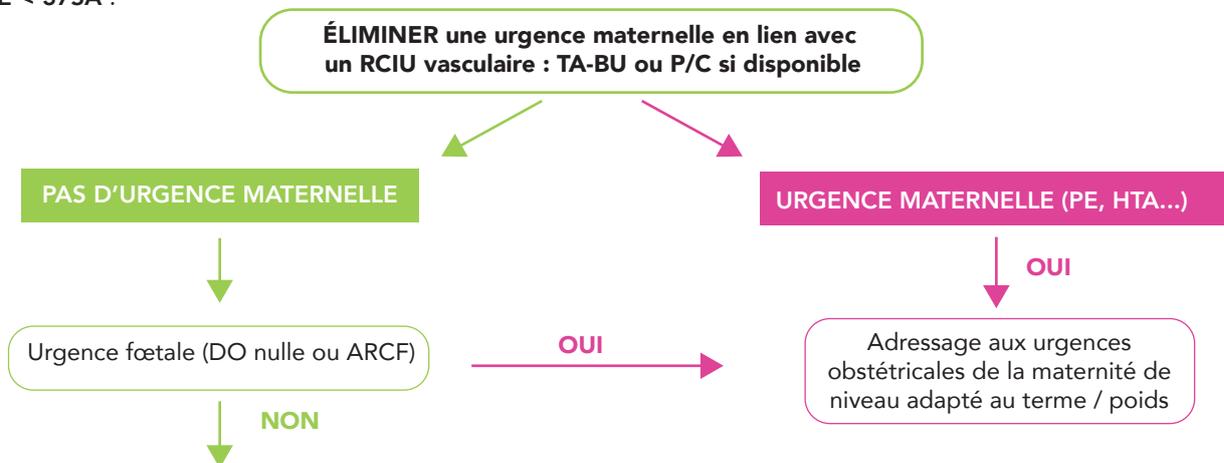
Pour toute patiente qui bénéficie d'une échographie obstétricale pour évaluation du bien être fœtal

- Les mesures biométriques réalisées doivent être reportées sur une courbe de croissance (**courbe intergrowth**) avec intégration des valeurs de PA ET EPF antérieures dès lors qu'elles ont été réalisées à partir de 21SA
- Le groupe de travail préconise, après choix de l'adoption des critères ISUOG, de réaliser un Doppler ombilical systématique lors de l'échographie T2
- Évaluation de la quantité de liquide amniotique (privilégier la mesure de la plus grande citerne)
- Vitalité

ADRESSAGE ET BILAN EN CAS DE RCIU CONFIRMÉ

A l'issue de l'échographie :

- **TERME > 37SA : orientation directe vers les urgences obstétricales**
- **TERME < 37SA :**



Adressage à un échographiste DIAGNOSTIC (cf. annexe 1)

Surveillance ambulatoire à adapter au terme : TA, BU, BDC < 26SA et RCF ≥ 26SA

Cas particuliers : pour les fœtus < 1^{er} p entre 24 et 28SA, adressage au DAN de proximité qui orientera ces cas extrêmes, si confirmation, vers le niveau 3 adapté pour la patiente pour la surveillance.

En ambulatoire

Surveillance échographique

- Doppler normaux et croissance entre le 3^{ème} et le 10^{ème} percentile : contrôle échographique à 2/3 semaines pour cinétique croissance
- Doppler anormaux à type d'inversion cérébro-placentaire ou IP ombilical >95^{ème} p ou croissance < au 3^{ème} p : surveillance hospitalière
- Diastole ombilicale nulle ou reverse flow : hospitalisation en centre de niveau adapté aux poids et terme

Surveillance par une Sage-femme à domicile 2/ semaine

- TA, BU
- BDC si <26SA ou RCF ≥ 26SA (entre 26 et 28SA et EPF <1^{er} p en fonction de la décision hospitalière en niveau 3) *VCT non préconisée en ville*

En hospitalisation

En cas d'accueil d'un fœtus entre **24 et 28SA et EPF <1^{er} p** en structure hospitalière : **Discussion collégiale en fonction des données du DAN et de l'entretien obstétrico pédiatrique avec le couple d'une corticothérapie en hospitalisation à partir d'un PFE >500g ET si naissance hautement probable dans les 15 jours à venir**

- 2^{ème} cure de corticoïdes exceptionnellement envisageable au cas par cas si 1^{ère} maturation datant de plus de 3 semaines, à discuter avec les pédiatres en centre receveur

Surveillance échographique

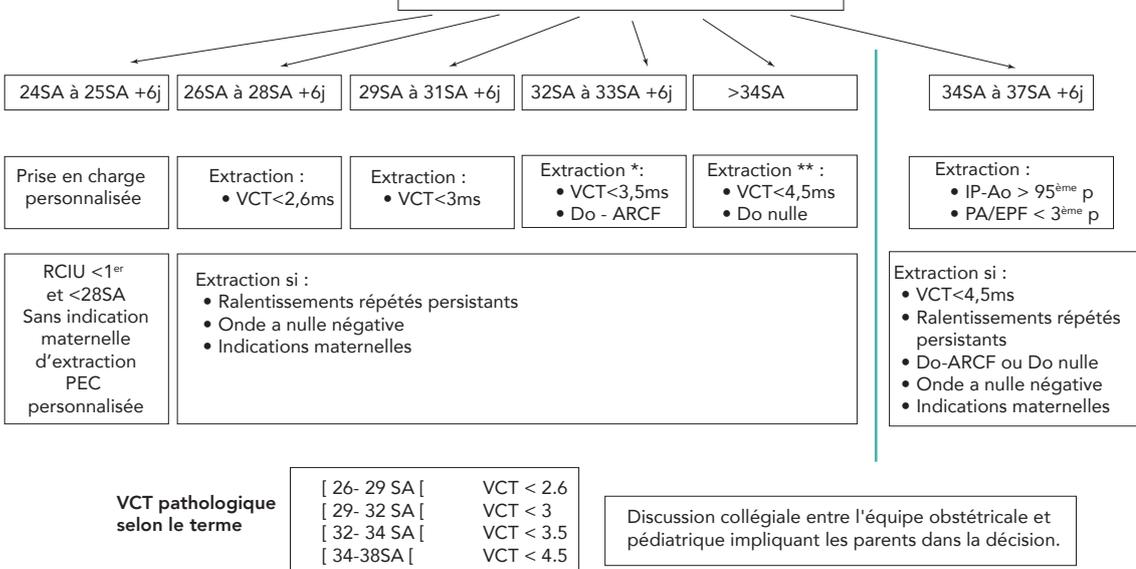
- Diastole ombilicale nulle : toutes les 48h avec Ductus venosus (idéalement 1/j si ressources humaines compétentes)
- Diastole ombilicale en reverse flow : quotidienne avec ductus venosus

Surveillance du RCF

- 1 VCT 1x/j dont 1 de référence à réaliser avant la première injection de corticoïdes (ou dans les 2 heures qui suivent) Et 1RCF
- Attention : VCT ↓ 25% dans les 4 jours qui suivent une cure de corticoïdes

CRITÈRES D'EXTRACTION

Critères d'extraction absolus des RCIU :



Prise en charge des grossesses avec RCIU, basée sur le RCF avec VCT et l'étude Doppler. ISUOG 2020 (4)

(Do : diastole ombilicale, RF : reverse flow, VCT : variabilité à court terme, IP : index de pulsativité, Do : artère ombilicale, PA : Périmètre abdominal, EPF : estimation du poids fœtal, ICP : index cérébro-placentaire)

* critères d'extraction applicables dès 30SA, après cure maturation pulmonaire fœtale complète et efficace (à partir de 48 voire 72h à compter de la première injection), impérative à 32SA

** critères d'extraction applicables dès 32SA, après cure maturation pulmonaire fœtale complète et efficace (à partir de 48 voire 72h à compter de la première injection), impératif à 34SA

VOIE D'ACCOUCHEMENT

A discuter au cas par cas

Voie basse envisageable selon la sévérité du RCIU et ses critères :

- Surtout si >34SA, conditions locales favorables, diastole ombilicale positive, RCF normal, liquide normal, >1500g et présentation céphalique.
- Si déclenchement sur col défavorable : surveillance du RCF pendant 3h après pose de ballonnet intra cervical (méthode de déclenchement mécanique à privilégier).
- **RCF de contrôle dès l'apparition des premières contractions utérines (patiente doit en être informée).**
- RCF de contrôle 4h après remontée dans le service puis toutes les 4h
- APD d'indication médicale.
- En salle de naissance : RCF en continu.

Attention ventouse déconseillée avant 34SA

Si césarienne : induction de la rachianesthésie avec obstétricien sur place.

Clampage tardif du cordon à 1 minute de vie quel que soit le mode d'accouchement à partir de 28 SA si l'état néonatal le permet. En césarienne, nouveau-né maintenu en dessous du niveau placentaire

Envoi du placenta en anatomopathologie systématiquement si poids de naissance inférieur au 3^{ème} p selon AUDIPOG, avec recherche d'intervillite mentionnée (immunomarquage)

POST-PARTUM

- Récupérer examen anatomo-pathologique du placenta si réalisé (poids de naissance < 3^{ème} p)
- Recherche SAPL si poids de naissance < 3^{ème} percentile ET naissance avant 34SA
- Délai entre 2 grossesses : min 18 mois
- Aspirine 160mg/j avant 16SA pour les grossesses suivantes si : PE - RCIU vasculaire - HRP