

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<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> 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"> <li>• PA ou EPF &lt; 3<sup>ème</sup> p</li> <li>ou</li> <li>• Do nulle</li> <li>ou</li> <li>• PA ou EPF &lt; 10<sup>ème</sup> p avec                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IP-Au &gt; 95<sup>ème</sup> p</li> </ul> </li> <li>Et/ou                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IP-Do &gt; 95<sup>ème</sup> p</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PA ou EPF &lt; 3<sup>ème</sup> p</li> <li>ou</li> <li>• Au moins 2 des 4 critères suivants :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PA ou EPF &lt; 10<sup>ème</sup> p</li> <li>▪ Ralentissement de la croissance du PA ou EPF (↓ 50 percentiles)</li> <li>▪ Inversion de l'ICP</li> <li>▪ IP-Do &gt; 95<sup>ème</sup> p</li> </ul> </li> </ul>

*PAG : Petit Poids pour l'Âge Gestationnel, PA : Périmètre Abdominal, EPF : Estimation du Poids Fœtal, 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 le profil des marqueurs sériques T21 (cf protocole spécifique)**
- **Évaluation échographique :**

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

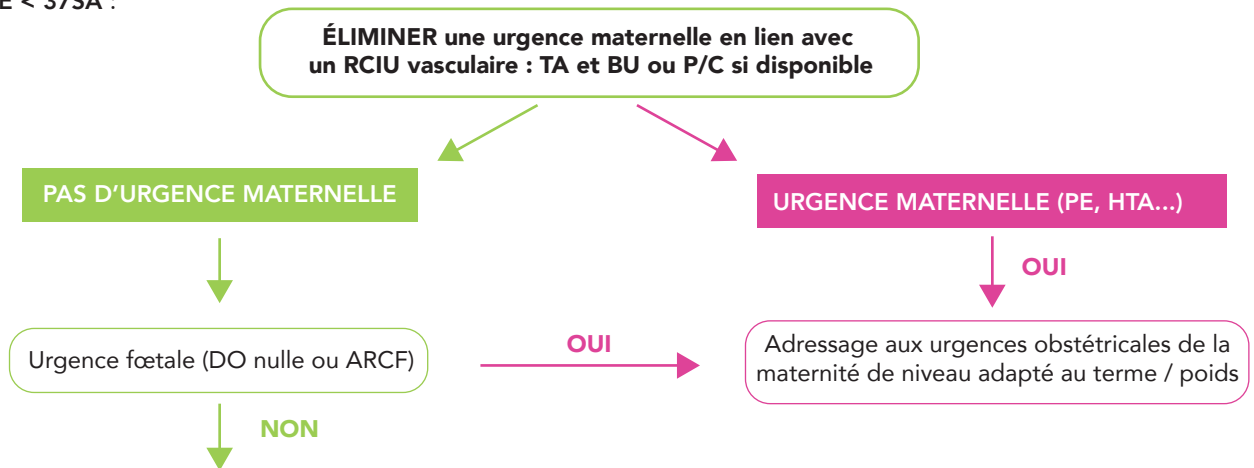
- Les mesures biométriques réalisées doivent être reportées sur une courbe de croissance (**courbe Intergrowth**) avec intégration des valeurs de PA et EPF antérieures dès lors qu'elles ont été réalisées à partir de 21SA,
- Le groupe de travail préconise, après choix de l'adoption des critères ISUOG, 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.

\* DGER = Date de Début de Grossesse Échographique de Référence

## 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> percentile : contrôle échographique à 2/3 semaines pour cinétique croissance.
- Doppler anormaux à type d'inversion cérébro-placentaire ou IP ombilical > 95<sup>ème</sup> p ou croissance < au 3<sup>ème</sup> 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 fois / semaine

- TA, BU
- BDC si <26SA ou RCF ≥ 26SA (entre 26 et 28SA et EPF <1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> cure de corticoïdes exceptionnellement envisageable au cas par cas si 1<sup>ère</sup> maturation datant de plus de 3 semaines, à discuter avec les pédiatres en centre receveur.

### Surveillance échographique

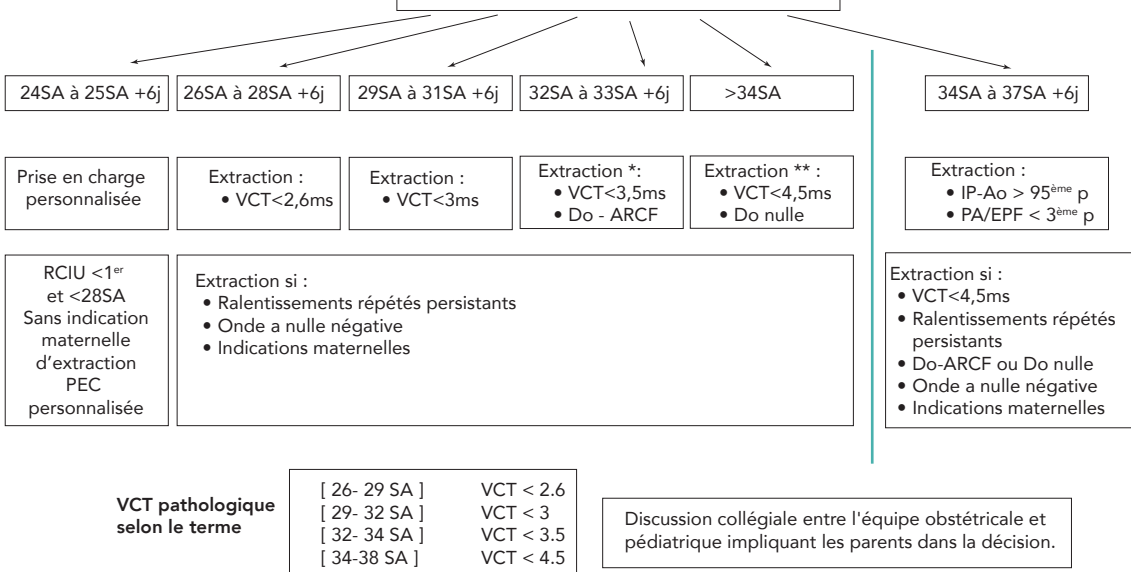
- Diastole ombilicale nulle : toutes les 48h avec ductus venosus (idéalement 1/j si ressources humaines compétentes)
- Diastole ombilicale en reverse flow : quotidienne avec ductus venosus.

### 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 1<sup>ère</sup> 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 1<sup>ère</sup> 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 34 SA

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<sup>ème</sup> p selon AUDIPOG, avec recherche d'intervillite mentionnée (immunomarquée).

## POST-PARTUM

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