

D'après les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF 2013³⁵.

Définitions

- PAG (petit poids pour l'âge gestationnel) = périmètre abdominal (PA) ou estimation du poids fœtal (EPF) < 10^e percentile des courbes OMS.
- Parmi les PAG, on distingue les fœtus constitutionnellement petits et les RCIU.
- RCIU (retard de croissance intra-utérin) = PAG associé à des arguments en faveur d'un défaut de croissance pathologique, à risque de mort fœtale :
 - EPF < 3^e percentile ;
 - EPF < 10^e percentile associée à des anomalies des spectres Doppler fœtaux ;
 - arrêt ou infléchissement marqué de la croissance (plus de 50 percentiles) de manière longitudinale (à au moins deux mesures à 3 semaines d'intervalle) ;
 - RCIU précoce : présent dès le début du 2^e trimestre.

Étiologie

La grande majorité des RCIU sont la conséquence d'une insuffisance placentaire sur un fœtus par ailleurs constitutionnellement sain. Dans ce cas, le pronostic dépend de la sévérité du RCIU et de l'âge gestationnel de naissance.

Une partie des RCIU est dite constitutionnelle : dans ce cas, le pronostic dépend essentiellement de la pathologie à l'origine du RCIU.

Bilan de première intention en cas de RCIU

1. Contexte général

- Âge, taille, poids, poids de naissance.
- Environnement socioprofessionnel.
- Conduites addictives et prises médicamenteuses.

2. Antécédents

- Familiaux (RCIU, prééclampsie, thrombophilie, maladie génétique, DES).
- Médicaux (HTA, diabète, maladie de système, cardiopathies, néphropathies, thrombophilie).
- Gynécologiques (FC précoces à répétition, malformation utérine).
- Obstétricaux (RCIU, malformations, accouchement prématuré, MFIU, anomalie chromosomique).

3. Déroulement de la grossesse

- Notion d'épisode infectieux.
- Pathologie hypertensive de la grossesse.

³⁵ CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Le retard de croissance intra-utérin. 2013. http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2013_FINAL_RPC_rciu.pdf.

- Marqueurs sériques du 1^{er} ou du 2^e trimestre (des marqueurs atypiques peuvent orienter le diagnostic).
- Vérifier la datation +++ (courbes de LCC selon Robinson).

4. Examen clinique

- Signes fonctionnels d'HTA.
- Examen clinique : TA, poids, œdèmes, BU (protéinurie?).
- Hauteur utérine et évolution depuis la consultation précédente.
- BDC.
- Examen au spéculum (malformation utérine repérée par une traduction cervicale?).

5. Échographie

- Vérification du terme (écho T1 +++).
- Étude morphologique complète du fœtus.
- Biométrie et courbes de croissance : BIP, PC, PA, LF et poids fœtal selon les courbes OMS.
- Quantité de liquide amniotique.
- Position et aspect du placenta.
- Dopplers fœtaux (ombilicale, cérébrale moyenne, $\pm$ Arantius et veine ombilicale) $\pm$ Doppler des artères utérines.
- Vitalité fœtale.

Bilan de deuxième intention

- En l'absence de point d'appel échographique, une ACPA peut être proposée en cas de RCIU sévère et précoce. Beaucoup d'équipes proposent des sérologies virales et parasitaires : la rentabilité de ces examens n'est pas avérée en l'absence de point d'appel échographique.
- En cas de point d'appel, le bilan découlera des signes observés.

Conduite à tenir devant un RCIU d'origine placentaire

1. Prise en charge en fonction du bilan initial

- **Bilan initial** : Doppler ombilical (DO), cérébral (DC) $\pm$ Arantius + LA + RCF.
- **Avant 34 SA** :
 - DO normal : EPF + DO toutes les 2–3 semaines ;
 - DO diastole > 0 , résistance : DO + DC + RCF ;
 - DO diastole nulle ou *reverse flow* ou oligoamnios :
 - hospitalisation en niveau adapté ;
 - corticothérapie ;
 - RCF + VCT ;
 - naissance si ARCF.
- **Après 34 SA** :
 - naissance si :
 - ARCF ;
 - DO diastole nulle ou *reverse flow* ;
 - en l'absence d'anomalies Doppler sévères, la naissance peut être envisagée à partir de 37 SA.

2. Mode d'accouchement

- Si ARCF → le plus souvent césarienne.
- Terme précoce $\pm$ DO = 0 ou *reverse flow* → le plus souvent césarienne, mais pas de données à l'encontre de la tentative de voie basse dans les situations favorables.
- Déclenchement/maturation possible, mais surveillance +++ (> 2 heures après prostaglandines).

3. Interruption médicale de grossesse

Toujours discutée au cas par cas (antécédents, nombre d'enfants, âge de la mère, autre grossesse possible ?).

L'IMG peut être discutée si :

- RCIU sévère et précoce et anomalies hémodynamiques majeures < 25 SA ;
- ARCF majeures au moment du diagnostic et/ou à un terme précoce (RCF plat avec décélérations) ;
- pour sauvetage maternel : prééclampsie sévère.

4. Délai d'altération du bien-être fœtal (gravité croissante)

L'altération du bien-être fœtal correspond à l'apparition d'une acidose fœtale qui conduit aux lésions cérébrales puis au décès en l'absence de naissance.

L'aggravation peut être plus ou moins rapide, sans que cela soit prévisible, ce qui justifie un bilan et une surveillance initiale en hospitalisation lorsque des anomalies Doppler existent.

On observe une dégradation progressive des différents paramètres de surveillance qui survient, le plus souvent, dans l'ordre indiqué ci-dessous (délai avant apparition d'une acidose fœtale) (tableau 45.1).

Tableau 45.1. Délai des altérations avant apparition d'une acidose fœtale.

Doppler	Manning	RCF
• Utérin (mois) • Ombilical (semaines) • Cérébral = vasodilatation (j) • Arantius (j) • Cérébral = disparition vasodilatation (h) • Veine ombilicale (h)	• Oligoamnios (j) • Mouvements respiratoires (j) • Mouvements fœtaux (h) • Perte du tonus fœtal (h)	• RCF aréactif (j) • Variabilité réduite (heures) • Variabilité absente ou VCT < 3 ms (minutes) • Décélérations (minutes)

Visite postnatale avec l'obstétricien

1. Objectifs

- Évaluation du risque de récurrence.
- Mise en place de mesures préventives.

2. En cas de pathologie fœtale

- Conseil génétique.
- Examen anatomopathologique du placenta $\pm$ fœtopsie.

- Recherche de pathologie génétique ou métabolique.
- Grossesse suivante : consultation dans un CPDPN si diagnostic anténatal possible.

3. En cas de pathologie vasculaire placentaire

- Authentifier la nature vasculaire sur l'évolution de la grossesse (prééclampsie, anomalies Doppler) et l'examen anatomopathologique placentaire.
- Recherche d'une pathologie maternelle chronique sous-jacente (si non fait pendant la grossesse ; sauf néphropathie : à refaire) :
 - néphropathie : créatininémie, clairance de la créatinine, protéinurie ;
 - lupus : ACAN, Ac anti-ADN natif ;
 - thrombophilie : SAPL, fibrinogène, protéine C, résistance à la protéine C activée, protéine S, mutation du gène de la prothrombine (G20210A), antithrombine III ;
 - diabète : HGPO à 3 mois.

4. Surveillance et mesures préventives

- Surveillance :
 - échographie de croissance mensuelle dès 18 SA ;
 - Doppler des artères utérines au 1^{er} ou 2^e trimestre ? → discutable, car pas de stratégie de prise en charge à proposer à ce jour.
- Mesures préventives :
 - systématique :
 - aspirine 100 à 160 mg par jour de la fin du 1^{er} semestre jusqu'à 36 SA ;
 - arrêt des toxiques (tabac...) ;
 - si pathologie maternelle chronique : équilibre > 1 an (+++) ;
 - si thrombophilie maternelle : HBPM.