

# Cas clinique 1

## Présentation du cas

### Description

- Mme G. est une patiente de 33 ans. Elle est G10P6 avec comme antécédent un accouchement prématuré à 26 SA lors de la seconde grossesse, une césarienne lors de sa 4<sup>e</sup> grossesse, 4 accouchements par voie basse à terme, 3 fausses couches spontanées et 1 interruption volontaire de grossesse.
- Le début de cette grossesse est sans particularité. Elle est hospitalisée à 29 SA pour une prééclampsie. L'échographie retrouve la présence de flux Doppler utérins pathologiques avec notchs bilatéraux et un retard de croissance *in utero* sévère (< 3<sup>e</sup> percentile). Une bithérapie antihypertensive est réalisée ainsi qu'une cure de corticothérapie. L'échographie à 31 SA + 3 jours retrouve un fœtus estimé à 1 084 g (< 3<sup>e</sup> percentile) avec une diastole nulle ombilicale.
- À 31 SA + 5 jours, lors d'un monitoring de contrôle en hospitalisation, la sage-femme vous appelle pour ce rythme cardiaque fœtal (Fig 1.1). La tension artérielle est à 140/81 mmHg et la patiente n'a aucun signe fonctionnel.

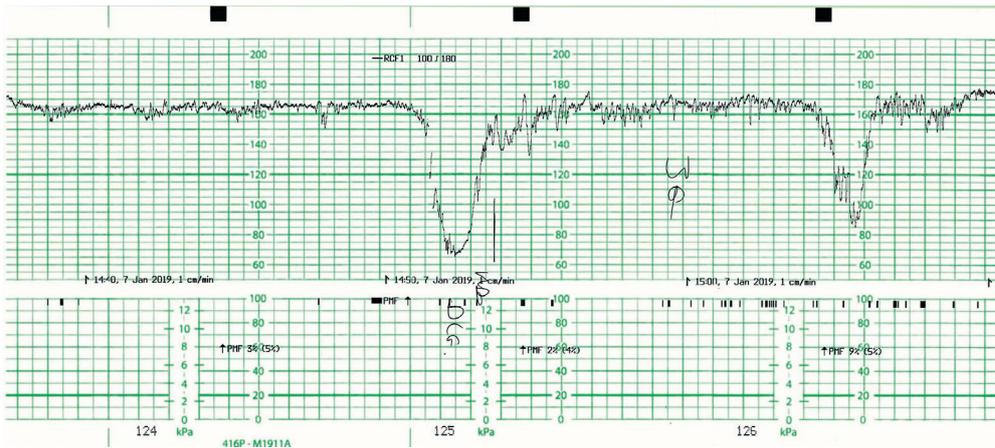


Fig 1.1

### Questions

- Question 1. Comment interprétez-vous ce RCF ?
- Question 2. Les ralentissements sont-ils le reflet du baro- ou chémoréflexe ?
- Question 3. Quelle est votre conduite à tenir ?

## **Interprétation**

---

### **Réponses**

- Réponse 1. « **CONTE de BAVaRDS** ».
  - **CONTE** : fœtus à risque du fait d'un RCIU sévère avec anomalies Doppler à 31 SA + 5 jours.
  - **B** : tachycardie avec RCF entre 165 et 170 bpm.
  - **A** : absence d'accélération.
  - **Va** : conservée.
  - **R** : deux ralentissements profonds avec notamment sur le premier une perte de la variabilité et une récupération lente.
  - **Dynamique utérine** : contractions utérines non enregistrées.
  - **S** : RCF à risque important d'acidose.
- Réponse 2. Il s'agit de ralentissements liés au chémoréflexe.
  - Les ralentissements liés au baroréflexe sont des ralentissements de moins d'une minute, avec une descente et une remontée rapide du rythme de base.
  - Dans ce cas, le premier ralentissement a un retour progressif à la ligne de base et dure plus d'une minute. Pour le second ralentissement, la pente de ralentissement est lente d'environ une minute.
- Réponse 3.
  - Dans ce contexte de prééclampsie, de RCIU sévère avec anomalies Doppler (diastole nulle ombilicale) et d'anomalies du RCF, une indication de césarienne est posée avec perfusion de sulfate de magnésium à visée neuroprotectrice fœtale. Il faut avertir les pédiatres.
  - Il faut prendre la température maternelle pour éliminer une infection devant la tachycardie fœtale. Le RCF doit être prolongé lors de la pose de rachianesthésie et lors de la perfusion de sulfate de magnésium.

### **Commentaires**

- En 2013, le CNGOF a émis des recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant le retard de croissance intra-utérin (RCIU), et en particulier, sa surveillance [1].
- Ainsi, l'enregistrement du RCF et l'étude du flux Doppler ombilical sont les premiers outils de surveillance à mettre en place en cas de diagnostic de RCIU (accord professionnel).
- Même si les limites du RCF sont importantes (notamment sa variabilité interobservateur), le RCF reste un élément crucial de la surveillance des fœtus RCIU/PAG (petit pour l'âge gestationnel).
- La fréquence de surveillance à l'aide du RCF dépend de la sévérité du RCIU et de la diastole ombilicale lors de l'étude Doppler. Cette surveillance peut être hebdomadaire ou plurihebdomadaire si la diastole est encore positive (et à adapter à la sévérité du RCIU) et deviendra quotidienne lors des cas de RCIU associés à une diastole nulle ou *reverse flow*.
- Concernant l'utilisation de l'enregistrement du RCF automatisé (Oxford), il ne semble pas, d'après ces RPC, y avoir d'argument suffisant pour recommander ou non une surveillance par la variabilité à court terme (VCT) en routine et ce, même avant 32 SA. Cependant, devant le caractère objectif et reproductible de la VCT, celle-ci peut être une aide à la décision d'extraction pour les RCIU avant 32 SA.



### **Référence**

---

- [1] Carbonne B, Sentilhes L, Vayssière C. Intra uterine growth retardation: guidelines for clinical practice-Introduction. J Gynecol Obstet Reprod (Paris) 2013;42:868–9.