

RCIU **(item 21)**

Objectifs :

Expliquer les principaux facteurs de risque et les éléments de prévention du retard de croissance intra-utérin.

Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et la prise en charge.

I. Le Retard de Croissance Intra Utérin : de quoi s'agit-il ?

L'hypotrophie foetale ou le Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU) est la 3ème cause de mortalité périnatale après la prématurité et les malformations ; elle est définie par un retard de croissance du poids ou de la taille ou du périmètre crânien ou du périmètre abdominal, dont la valeur est située en dessous du 10ème percentile voire du 3ème percentile pour l'âge gestationnel.

Cette définition implique la détermination de l'âge gestationnel par la connaissance de la date de fécondation et la connaissance des caractéristiques biométriques d'un foetus pour un âge donné.

Définition de l'hypotrophie foetale :

Lorsque la biométrie est inférieure au 10ème percentile :

- < 10ème percentile = hypotrophie,

- < 03ème percentile = hypotrophie sévère.

C'est une définition statistique qui signifie que seuls 10% (ou 3% pour l'hypotrophie sévère) de la population à cet âge gestationnel ont une mesure inférieure,

Cette donnée statistique ne signifie pas obligatoirement " pathologie ".

Nouvelle définition :

Le terme de " dysmaturité " ne doit plus être utilisé car beaucoup trop confus,

Le terme de " Petit Poids de Naissance " pour l'âge gestationnel est une définition beaucoup plus claire,

Une notion nouvelle : la " restriction de croissance " permet de parler de tous les enfants qui sont petits par rapport à ce qui était attendu en fonction de la taille et du poids des parents,

Pour certains enfants il s'agit de Petits Poids de Naissance (PPN) ; dont la plupart sont petits constitutionnellement sans pathologie associée,

Pour d'autres ce sera une restriction de croissance qui est plus souvent pathologique.

Il existe donc des enfants constitutionnellement petits avec un poids de naissance directement en relation avec leur caractéristique génétique et des enfants présentant une restriction de croissance. L'important est d'identifier les foetus présentant un ralentissement, voire un arrêt de croissance témoignant d'un processus pathologique.

II. A la consultation du 8ème mois, la hauteur utérine est de 26cm. Quels éléments sont en faveur du diagnostic de RCIU ? - Diagnostic positif de RCIU.

Interrogatoire :

- Les antécédents,
- Le contexte (cf. bilan RCIU FAQ 5).

L'examen clinique

La mesure de la hauteur utérine (HU) permet d'évaluer la Croissance de l'utérus :

4 cm par mois jusqu'à :

- 4 mois = 16 cm,
- 5 mois = 20 cm,
- 6 mois = 24cm = 28 SA,
- 7 mois = 28 cm = 32 SA,

puis, 2 cm par mois :

- 8 mois = 30 cm = 36,5 SA,
- 9 mois = 32 cm = 41 SA.

Technique de mesure

Dans cette situation, la HU est insuffisante 26cm à la place de 28cm ; on peut suspecter un RCIU => échographie.

Pour faire le diagnostic positif de RCIU, il est nécessaire de faire une échographie foetale.

L'échographie permet :

- De faire le diagnostic positif par :
 - L'étude de la biométrie :
 - * Diamètre BIPariétal,
 - * Périmètre céphalique,
 - * Périmètre abdominal (mesure la plus sensible),
 - * Longueur du fémur.
 - Estimation du poids foetal,
 - Situation par rapport aux courbes de références.
 - Participe au diagnostic étiologique :
 - Etude morphologique foetale complète,
 - Recherche de causes placentaires,
 - Evaluation de la quantité de liquide amniotique,
 - Exploration de la vélocimétrie Doppler :
 - * Doppler des artères utérines maternelles,
 - * Apprécie la vascularisation utero placentaire.
 - Permet d'évaluer le retentissement foetal
 - Cinétique de la croissance,
 - Vitalité foetale :
 - * Baisse des mouvements actifs foetaux,
 - * Baisse des mouvements respiratoires.
 - Vélocimétrie Doppler :
 - * Doppler de l'artère ombilicale : résistance ombilico placentaire augmentée,
 - * Doppler des artères cérébrales :
 - o vasodilatation
 - o inversion du rapport cérébro-placentaire.
 - Quantité de liquide amniotique :
 - * Quantité de liquide amniotique diminuée : oligoamnios,
 - * Aspect placentaire : hypotrophie placentaire, calcifications, avance de maturation.
- => RCIU modéré : RCIU asymétrique (ou segmentaire ou dysharmonieux) et entre le 3ème et le 10ème percentile.
- => RCIU sévère : RCIU symétrique (ou global ou harmonieux) et < 3ème percentile).

III. Devant un H.U. à 22 cm à 30 SA, quels diagnostics évoquez-vous? Comment les confirmer ?

- RCIU,
- Erreur de terme (échographie précoce 12 SA),
- Oligo-amnios (foetus moulé sur l'utérus, échographie),
- Rupture de la poche des eaux (notion de perte de liquide, tests vaginaux identifiant la présence de L.A.),
- Mort in utero (absence de M.A., absence de B.D.C., échographie).

IV. Vous venez de faire le diagnostic de RCIU. Quelles étiologies devez vous rechercher ? - Diagnostic étiologique.

Le RCIU peut être dû à différents processus physiopathologiques :

- Diminution des échanges foeto-maternels par diminution du débit utero placentaire,
- Altérations de la qualité du sang maternel,
- Anomalies foetales.

MATERNELLES	MATERNO FOETALES	FOETO-ANNEXIELLES
Syndrome vasculo-rénal	Rubéole	Foetus : - Malformations - Trisomie 18, 13 - Gémellaire
Tabagisme	Cytomégalovirus	Cordon : - Insertion vélamenteuse
Eléments prédisposant : - Primiparité - Malformation utérine - Fibrome - Petite taille (< 1,50 m) - Age < 20 ans et > 40 ans - Maladie cardiovasculaire - Maladie chronique	Infection chronique	Placenta : - Infarctus - Sclérose vasculaire - Pathologie dysimmunitaire

V. Quelle attitude thérapeutique proposez-vous en cas de découverte d'une hypotrophie foetale ?

L'attitude thérapeutique dépendra de l'évolution de la croissance foetale, de l'apparition d'une souffrance foetale et la prise en compte des risques de prématurité et des antécédents maternels.

Transfert in utero :

Nécessité de rapprocher le couple mère enfant d'une structure disposant d'une réanimation néonatale si risque de prématurité. Le pronostic des enfants nés prématurés dans une maternité disposant d'une réanimation néonatale (maternité de niveau III) est meilleur que celui des nouveaux nés prématurés transférés après la naissance.

Extraction foetale

Sera discutée en fonction :

- De la pathologie maternelle,
- Du terme,
- Du poids foetal estimé. L'extraction ne doit pas être trop précoce pour éviter une trop grande prématurité, ni trop tardive pour éviter une souffrance chronique trop marquée.

Toute aggravation de la souffrance foetale ou altération de la pathologie maternelle incitera à terminer le plus rapidement possible de la grossesse par voie basse si les conditions obstétricales et foetales le permettent sinon par césarienne.

VI. Cette grossesse évolue vers le décès *in utero* du fœtus. Après l'interruption médicale de grossesse la patiente retourne à domicile. Il s'agissait d'un RCIU d'origine vasculaire. Lors de la visite post natale vous évoquez une prochaine grossesse. Quels conseils donnez vous à cette patiente, pour une éventuelle prochaine grossesse ?

La prochaine grossesse sera considérée comme une grossesse à haut risque d'où :

- Nécessité d'une surveillance précoce rapprochée dans une structure obstétricale adaptée, dès le diagnostic de grossesse posé, dès le premier trimestre :
 - Datation précise échographique,
 - Biométrie, morphologie, Doppler par un échographiste expérimenté.
- Nécessité d'un suivi spécialisé en obstétrique pour discuter d'éventuels traitements préventifs, pour tenter d'éviter la récurrence :
 - Repos,
 - Arrêt de travail,
 - Aspirine à faible dose : 100 mg par jour en cas de RCIU vasculaire.
- Nécessité de discuter le diagnostic anténatal en cas de RCIU dyschromosomique :
 - Associé à un conseil génétique,
 - A discuter de façon collégiale dans un centre multidisciplinaire de diagnostic anténatal.

VII. Quelles mesures préventives sont envisageables en fonction des autres étiologies ?

Origine infectieuse, on réalise :

Pour la rubéole, une vaccination préventive si possible à la puberté sinon après l'accident,

Pour l'hépatite, une vaccination peut être envisagée à titre systématique ; il n'y a pas de recommandations officielles,

Pour la toxoplasmose, la surveillance mensuelle des sérologies, des mesures d'hygiène alimentaire,

Pour le CMV, éviter les contacts avec les jeunes enfants.

Origine toxique (tabac, alcool, drogues, médicaments, ...), on recommande :

Suppression de leur usage (peu probable),

Prise en compte des effets tératogènes.

Origine utérine :

Traitement chirurgical de fibrome, synéchies, cloison utérine.

Origine nutritionnelle et hypoxie :

Equilibre alimentaire,

Correction de carence en fer, folates.

Origine ovulaire :

Prévenir la survenue de grossesses multiples dans le cadre des techniques d'A.M.P.,

Conseil génétique en cas d'anomalies génétiques.

Points essentiels

L'hypotrophie (RCIU) fait partie des principales causes de morbidité et de mortalité périnatale.

La fréquence du RCIU est de 3 à 5% des naissances.

Les principales conséquences sont liées à la souffrance foetale chronique et à la prématurité induite (fréquente).

Les éléments de surveillance du bien être foetal sont : les mouvements actifs, l'enregistrement du RCF et l'échographie.

Le bilan étiologique comporte la recherche de causes maternelles générales (HTA, infections, thrombophilies) ou locales (DES, malformations utérines, fibrome), de causes ovulaires (grossesse multiple, malformations, anomalies génétiques) et de facteurs favorisants (nutritionnels). Cependant près de 30% des RCIU sont idiopathiques.

En cas de RCIU, le seul " traitement " comporte est l'extraction foetale lorsque la croissance ne se poursuit plus et si le terme est suffisamment avancé. Un transfert en maternité niveau 2 ou 3 sera envisagé en fonction du terme.

En cas d'extraction prématurée, une corticothérapie est réalisée.

Le traitement préventif nécessite l'identification de l'étiologie ; certaines attitudes préventives sont parfois envisageables (vaccination, supplémentation, arrêt de travail, aspirine, éviter les transferts de plus de 2 embryons dans les FIV,···).