	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-004
	SUSPICION DE RESTRICTION DE CROISSANCE INTRA-UTERINE A TERME	
	PRISE EN CHARGE AU DELA DE 36 SA	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Gynécologie Obstétrique		Version 02 du 16/10/2012 page 1/7

1. OBJET

Ce document est une aide à la prise en charge des **fœtus suspects de restriction de croissance intra-utérine (RCIU)** au-delà de 36 SA.

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNÉ

Domaine d'application : le pôle Femme-Enfant

Personnel concerné : les médecins et les sages-femmes

3. RESPONSABILITÉS

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

Préambule : Chaque situation clinique doit faire l'objet d'une évaluation précise des différents éléments du pronostic afin de déterminer une **prise en charge adaptée et personnalisée**.

1. **Population concernée :**

1.1 **Dépistage clinique :**

Toute mesure de la **hauteur utérine** anormalement faible pour le terme doit faire l'objet d'une évaluation échographique précise du fœtus (sensibilité = 40-50 %).


Valeur seuil pour 36 SA = 30 cm
--

1.2 **Critères échographiques définissant un fœtus suspect de RCIU :**

- **Mesure du périmètre abdominal (PA) < 10^{ème} percentile** des courbes du Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF).
- **ET estimation du poids fœtal (EPF) < 10^{ème} percentile** de la courbe de poids customisée selon A. EGO (ne pas prendre celle de Viewpoint®).

2. **Pré-requis à la prise en charge :**

- **Datation précise de la grossesse :** revoir l'échographie du 1^{er} trimestre, datation selon la LCC entre 11 et 13 SA+6
- **Techniques de mesure optimales** selon le Comité Technique d'Echographie.

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-004
	SUSPICION DE RESTRICTION DE CROISSANCE INTRA-UTERINE A TERME	
	PRISE EN CHARGE AU DELA DE 36 SA	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Gynécologie Obstétrique		


- **Courbes de croissance adaptées et standardisées** : celles du CFEF.
- **Élimination des étiologies autres que vasculaires** (infectieuses, malformatives, chromosomiques, génétiques) : revoir les marqueurs sériques, les échographies de dépistage, envisager une échographie de référence au moindre doute (RCIU < 28 SA, signe d'appel échographique).

3. **Evaluation du pronostic fœtal :**

- Distinguer :
 - Les fœtus à **haut risque périnatal = restriction de croissance in utero** (perte du potentiel de croissance),
 - Les fœtus à plus faible risque = faible poids constitutionnel (poursuite du potentiel génétique de croissance).
- **Objectifs des examens** :
 - Evaluer l'adaptation hémodynamique fœtale : Doppler fœtal, liquide amniotique
 - Dépister précocement la décompensation fœtale : analyse du RCF
- Chaque examen ne suffit pas à lui seul pour prendre une **décision d'intervention médicale**, en dehors des anomalies évidentes du RCF. Les examens sont utilisés de manière combinée et longitudinale (répétée dans le temps) et interprétés en fonction du terme et du contexte clinique.

3.1 Contexte clinique

En faveur d'un RCIU à haut risque périnatal	En faveur d'un fœtus de faible poids constitutionnel
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents obstétricaux : enfants de poids de naissance < 2500g, pathologie vasculaire placentaire (RCIU vasculaire, prééclampsie, MFIU). - Facteurs de comorbidité: obésité, diabète, HTA chronique, maladie auto-immune ou thrombophilie acquise. - Grossesse actuelle : Doppler utérin pathologique, prééclampsie, diabète gestationnel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de contexte obstétrical à risque. - Antécédents d'enfants de faible poids nés à terme, en bonne santé. - Courbe de poids customisée : courbe de poids individualisée en fonction de la taille et du poids de la mère, de la parité et du sexe fœtal (cf. tableur A. Ego).

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-004
	SUSPICION DE RESTRICTION DE CROISSANCE INTRA-UTERINE A TERME	
	PRISE EN CHARGE AU DELA DE 36 SA	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Gynécologie Obstétrique		Version 02 du 16/10/2012 page 3/7

3.2 Critères de gravité (en faveur d'une restriction de croissance) :

- **EPF et mesure du PA < 3^{ème} percentile**
- **Stagnation de l'EPF et/ou du PA sur au moins 2 semaines d'intervalle**
- **Infléchissement net de l'EPF et/ou du PA sur au moins 4 semaines d'intervalle**
- **Oligoamnios** : Index amniotique (IA) \leq 5 cm, grande citerne (GC) \leq 2 cm
- **Altération de l'hémodynamique fœto-placentaire** : Doppler ombilical (IR > 90^{ème} percentile, flux diastolique nul ou inversé) et cérébral (IR < 10^{ème} percentile).
- **Altération de la vitalité fœtale** : anomalies du RCF, absence de mouvements respiratoires et/ou actifs sur une période d'au moins 20 minutes (répétée au moins une fois en l'absence d'autre critère de gravité).

4. Conduite à tenir en fonction des situations cliniques :

- En cas de suspicion de RCIU au-delà de 36 SA, les pronostics périnatal (morbidity et mortalité périnatales) et obstétrical (taux de césarienne et d'extraction instrumentale) sont équivalents entre le **déclenchement du travail** et la **surveillance obstétricale rapprochée** (deux fois par semaine)².
- La **décision obstétricale** doit tenir compte du **contexte clinique** (cf 3.1), des **critères échographiques** (cf. 3.2), des **conditions obstétricales** (score de Bishop, utérus cicatriciel, présentation) et du **choix de la patiente**.
- Le déclenchement du travail doit toujours être proposé en cas de conditions cervicales favorables (score de Bishop \geq 6).
- Le **tableau décisionnel** suivant est une aide à la **prise de décision obstétricale** en fonction des situations cliniques.
- La **surveillance ambulatoire** est effectuée en hôpital de jour : elle est **maternelle** (TA, BU) et **fœtale** (analyse du RCF, échographie). Une surveillance à domicile peut être effectuée en cas de nécessité d'une fréquence d'au moins 3 fois par semaine (HAD).

Tableau d'aide décisionnelle en cas de RCIU au-delà de 36 SA


	Situation clinique	Rythme de surveillance Décision obstétricale
Situations de gravité moindre	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du PA vers le 10^{ème} p, poursuite du potentiel de croissance fœtale - et LA et Doppler ombilical normaux - et absence de contexte clinique à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les 2 semaines - Pas de déclenchement systématique
	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du PA entre 3^{ème} et 10^{ème} p, poursuite du potentiel de croissance fœtale - et LA normal - et absence de contexte clinique à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les semaines - Accouchement discuté à partir de 39-40 SA
	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du PA entre 3^{ème} et 10^{ème} p, - et/ou poursuite du potentiel de croissance fœtale incertain - et/ou LA limite (IA entre 5 et 7 cm, GC entre 2 et 3 cm) - et/ou IR ombilical > 90^{ème} p - et/ou contexte clinique à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Deux fois par semaine - Accouchement discuté à partir de 37-38 SA
Critères de gravité	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du PA < 3^{ème} p - Stagnation de l'EPF et/ou du PA sur au moins 2 semaines d'intervalle - Inflexion nette de l'EPF et/ou du PA sur au moins 4 semaines d'intervalle - Oligoamnios : IA < 5 cm et/ou GC < 2 cm - Altération de l'hémodynamique fœto-placentaire (Doppler ombilical et/ou cérébral) - Altération de la vitalité fœtale (RCF et/ou Manning) 	<p>Accouchement impératif si au moins 1 critère de gravité</p>

5. Modalités de l'accouchement

- Si absence d'anomalies du RCF et présentation céphalique : **maturation cervicale** par Propess[®] le matin en salle de naissance avec surveillance prolongée du RCF pendant au moins 3 heures.
- Pas de corticothérapie prénatale SAUF SI césarienne avant travail avant 37 SA (cf. protocole).
- Surveillance rapprochée du travail.

6. Après l'accouchement

- Examen histologique du placenta
- Consultation du post-partum avec médecin

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-004
	SUSPICION DE RESTRICTION DE CROISSANCE INTRA-UTERINE A TERME	
	PRISE EN CHARGE AU DELA DE 36 SA	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Gynécologie Obstétrique		Version 02 du 16/10/2012 page 5/7

5. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Courbe de poids customisée : tableur A. Ego

Annexe 2 : Fiche technique aide décisionnelle en cas de suspicion de RCIU au-delà de 36 SA

6. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

Références internes :

1. Déclenchement artificiel du travail. Février 2009
2. Protocole corticothérapie prénatale. Janvier 2011.
3. Fiche technique aide décisionnelle en cas de suspicion de RCIU au-delà de 36 SA.

Références externes :

1. Kayem G et al. Faut-il déclencher de manière systématique avant 37 semaines d'aménorrhée en cas de suspicion d'hypotrophie fœtale ? Gynecol Obstet Fertil 2010 ; 38 : 496-9.
2. Boers KE et al. Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term: randomised equivalence trial (DIGITAT). BMJ 2010; 341: c 7087.

7. EVALUATION

Néant

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
G BEUCHER Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 14/10/2012 18:26:07	Michel DREYFUS Chef de Service - CHU 15/10/2012 13:37:48	Lara VINAUGER Directeur - CHU\DIRECTION QUALITE EVALUATION ET AFFAIRES JURIDIQUES 15/10/2012 13:57:47

Groupe de lecture :

Dr G Beucher (rédacteur), Dr P Dolley, Dr G Benoist, Pr M Dreyfus, Pr M Herlicoviez

Annexe 1 : Courbe de poids customisée : tableur A. Ego (disponible dans dossiers communs/calculateurs).

MERE	Nom de jeune fille		NOUVEAU-NE	Nom	jjj
	Prénom			Prénom	
	Nom d'épouse				

POUR OBTENIR LA COURBE : rentrez les critères suivants pour la mère et l'enfant en anté ou postnatal

Taille en cm (+/- décimale)	Poids en kg avant grossesse (+/- décimale)	Parité (tapez un chiffre de 0 à 4 pour parité 0, 1, 2, 3, 4+)	Sexe (tapez 1 si garçon, 2 si fille)
160	54	0	1

AG en sem	90e p	50e p	10e p
22	599	529	455
23	651	575	495
24	732	646	556
25	838	740	637
26	968	855	735
27	1119	987	849
28	1288	1137	977
29	1474	1300	1118
30	1673	1475	1269
31	1883	1660	1428
32	2102	1853	1594
33	2327	2051	1764
34	2556	2253	1938
35	2787	2456	2112
36	3016	2657	2286
37	3242	2856	2457
38	3462	3050	2623
39	3673	3236	2783
40	3874	3413	2935
41	4061	3578	3077
42	4232	3729	3207

Poids fœtal estimé ou poids de naissance	10e p	50e p	90e p
22	455	529	599
23	495	575	651
24	556	646	732
25	637	740	838
26	735	855	968
27	849	987	1119
28	977	1137	1288
29	1118	1300	1474
30	1269	1475	1673
31	1428	1660	1883
32	1594	1853	2102
33	1764	2051	2327
34	1938	2253	2556
35	2112	2456	2787
36	2286	2657	3016
37	2457	2856	3242
38	2623	3050	3462
39	2783	3236	3673
40	2935	3413	3874
41	3077	3578	4061
42	3207	3729	4232

D'après : Ego A, Subtil D, Grange G, Thiebaugeorges O, Senat MV, Vayssièrre C, et al. Customized versus population-based birth weight standards for identifying growth restricted infants: a French multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2006; 194: 1042-1049.

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-004
	SUSPICION DE RESTRICTION DE CROISSANCE INTRA-UTERINE A TERME	
	PRISE EN CHARGE AU DELA DE 36 SA	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Gynécologie Obstétrique		Version 02 du 16/10/2012 page 7/7

Annexe 2 : Fiche technique aide décisionnelle en cas de suspicion de RCIU au-delà de 36 SA.

Tableau d'aide décisionnelle en cas de RCIU au-delà de 36 SA		
	Situation clinique	Rythme de surveillance Décision obstétricale
Situations de gravité moindre	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du PA vers le 10^{ème} p, poursuite du potentiel de croissance fœtale - et LA et Doppler ombilical normaux - et absence de contexte clinique à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les 2 semaines - Pas de déclenchement systématique
	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du PA entre 3^{ème} et 10^{ème} p, poursuite du potentiel de croissance fœtale - et LA normal - et absence de contexte clinique à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les semaines - Accouchement discuté à partir de 39-40 SA
	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du PA entre 3^{ème} et 10^{ème} p, - et/ou poursuite du potentiel de croissance fœtale incertain - et/ou LA limite (IA entre 5 et 7 cm, GC entre 2 et 3 cm) - et/ou IR ombilical > 90^{ème} p - et/ou contexte clinique à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Deux fois par semaine - Accouchement discuté à partir de 37-38 SA
Critères de gravité	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du PA < 3^{ème} p - Stagnation de l'EPF et/ou du PA sur au moins 2 semaines d'intervalle - Inflexion nette de l'EPF et/ou du PA sur au moins 4 semaines d'intervalle - Oligoamnios : IA < 5 cm et/ou GC < 2 cm - Altération de l'hémodynamique fœto-placentaire (Doppler ombilical et/ou cérébral) - Altération de la vitalité fœtale (RCF et/ou Manning) 	<p>Accouchement impératif si au moins 1 critère de gravité</p>

PA : périmètre abdominal ; LA : liquide amniotique ; IA : index amniotique, GC : grande citerne ; RCF : rythme cardiaque fœtal