



RESUMES INTERVENTIONS

Après-midi RCIU

Le RCIU concerne aujourd'hui en France plus de 80 000 grossesses soit 10% des naissances (INSERM-EPOPé)

La prise en charge du retard de croissance intra-utérin, challenge majeur en périnatalité, implique tous les professionnels et nécessite une même compréhension des processus en cause ainsi que l'adoption d'un langage commun basé sur des définitions précises. L'information la plus claire possible des parents est indispensable afin de permettre leur implication éclairée dans les décisions médicales avant comme après la naissance.

14h30 RCIU Définition, épidémiologie et étiologies

Pr René GABRIEL gynécologue-obstétricien CHU Reims

Un enfant est dit petit pour l'âge gestationnel (PAG) si son poids de naissance est inférieur au 10^e centile. Ce cas de figure concerne donc 10% des nouveau-nés. Dans 5 à 7% des cas, il correspond à un enfant constitutionnellement petit mais sain : à l'échographie, le périmètre abdominal est inférieur au 10^e centile, mais sa croissance d'un examen à l'autre est parallèle aux courbes de référence. Il s'agit souvent de caractéristiques familiales. Le retard de croissance intra-utérin (RCIU, 3 à 5% des grossesses) est caractérisé par une cassure de la courbe de croissance fœtale aboutissant habituellement à un poids de naissance inférieur au 10^e centile. Il est dit sévère si le poids de naissance est inférieur au 3^e centile. Le diagnostic prénatal de RCIU est difficile en raison de la faible performance de l'échographie fœtale et de l'absence de frontière précise entre le RCIU vrai et les enfants constitutionnellement petits mais sains. Un RCIU est probable d'emblée devant un périmètre abdominal inférieur au 3^e centile, ou inférieur au 10^e centile mais associé à d'autres éléments évocateurs : oligoamnios, prééclampsie, doppler utérin altéré. Dans les autres cas, une échographie de contrôle à deux ou trois semaines d'intervalle est nécessaire pour conclure. Le RCIU sera affirmé devant une cassure de la courbe de croissance.

15h00 RCIU-Quand extraire ?

Pr M-V Sénat gynécologue-obstétricien Hôpital Bicêtre Paris Pr Marie Victoire SENAT

Le Doppler ombilical a une place centrale dans l'évaluation du bien-être des fœtus présentant un RCIU vasculaire. Une diastole nulle ou négative à l'artère ombilicale impose une surveillance intensive basée sur les Doppler cérébral et veineux (canal d'Arantius), le rythme cardiaque fœtal (RCF) et la variabilité à court terme (VCT) du RCF. La prématurité est un élément pronostique majeur du devenir des enfants RCIU. Avant 32 semaines, une prise en charge conservatrice est privilégiée. L'extraction sera envisagée devant la constatation, à plusieurs reprises, d'un Doppler veineux pathologique ou d'anomalies du RCF. Après 32 semaines, la naissance sera envisagée devant un reverse flow ou une diastole nulle à l'artère ombilicale, ou une stagnation de la croissance fœtale. Les RCIU moins sévères avec diastole ombilicale positive et persistance d'une croissance fœtale sont compatibles avec la poursuite de la grossesse jusqu'au 9^e mois. Ces cas font discuter un déclenchement artificiel du travail au début du 9^e mois, mais il n'est pas démontré que cette attitude soit préférable à une simple surveillance. Si les conditions locales sont défavorables, il y a une place pour la poursuite de la surveillance jusqu'au travail spontané.