

# Prise en charge des RCIU



Dr Fanny de Marcillac,  
Service de Grossesse à Haut risque,  
Hôpital de Hautepierre  
HUS

# Bilan étiologique

- Bilan vasculorénal
- Sérologie toxoplasmose, rubéole, VIH, CMV
- Electrophorèse de l'hémoglobine (selon origine géographique)
- Bilan auto-immun : Ac antiphospholipide, Ac antinucléaire
- +/- Amniocentèse selon contexte : caryotype, CGH +/- PCR CMV, Parvovirus B19

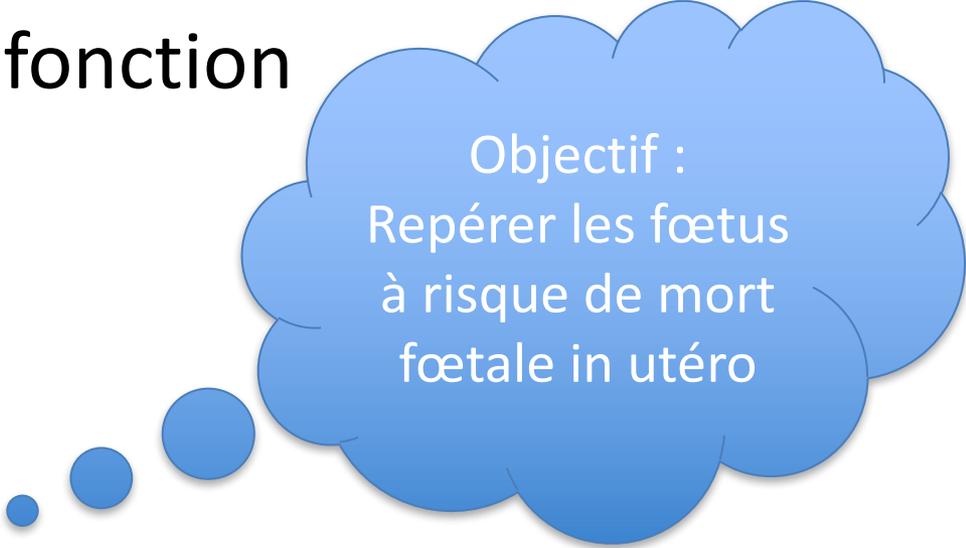
Exhaustivité du bilan selon  
sévérité du RCIU  
Réalisation en milieu hospitalier  
ou ambulatoire selon sévérité

# Modalités de surveillance

# Surveillance anténatale

Modalités à adapter en fonction

- ✓ Sévérité RCIU
- ✓ Age gestationnel
- ✓ Explorations dopplers



Objectif :  
Repérer les fœtus  
à risque de mort  
fœtale in utéro



Danger : Mort  
fœtale in utero

**Peut ne pas être respecté !!!**

↘ O<sub>2</sub> - redistribution

Redistribution +++

Phase tertiaire

Diminution diastole ombilicale

Vasodilatation

Diastole nulle, ARCF

Reverse flow, anomalies ductus, ARCF

Mort in utero ?

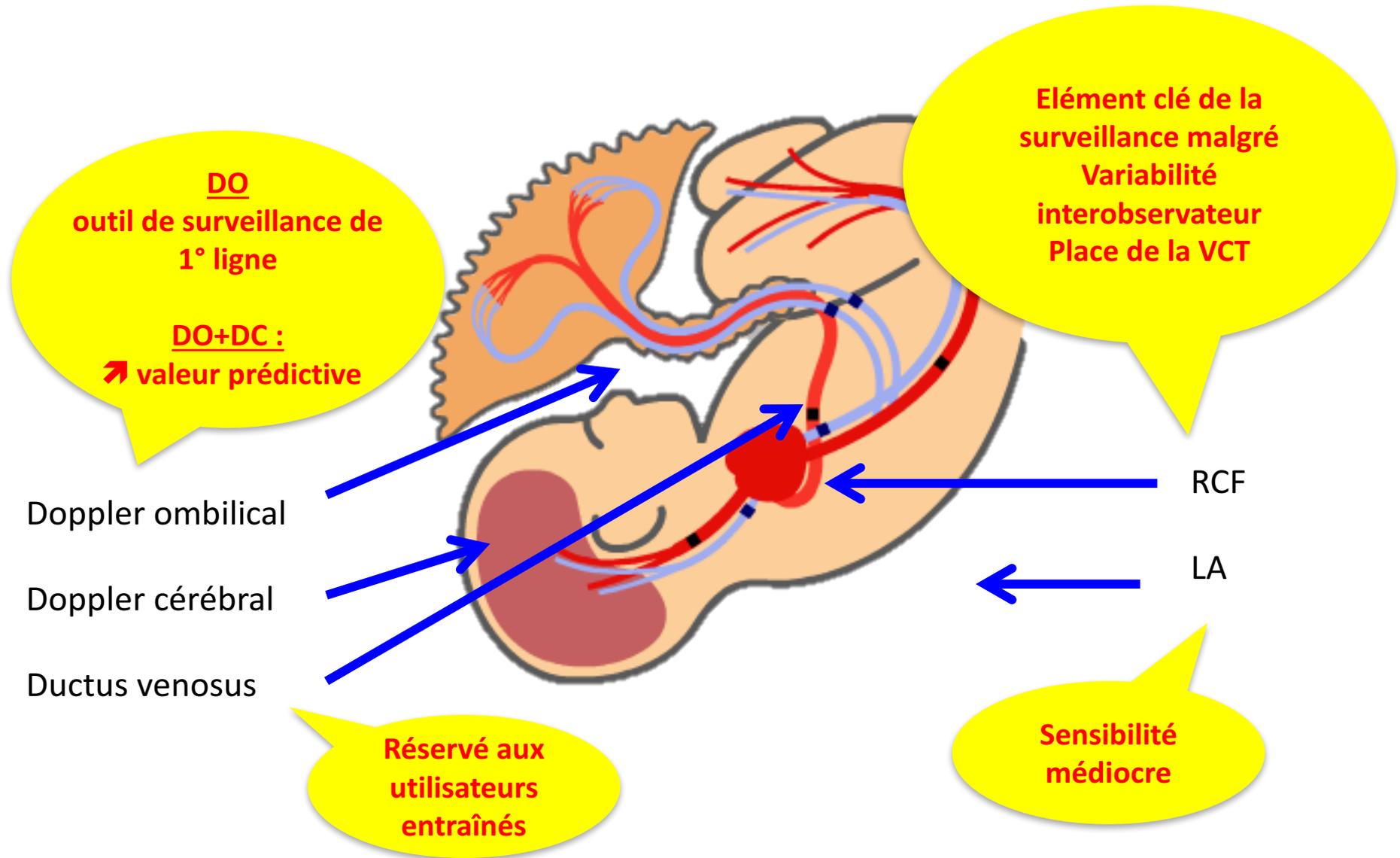
7-21 j

< 15 j

1-2 j



# Paramètres de surveillance



# Paramètres de surveillance

- **Variabilité à court terme (VCT) :**
  - Pas d'argument pour recommander ou non
  - Mais objectif et reproductible
- **Score biophysique de Manning :**
  - Valeur prédictive faible
  - Quantité de LA : valeur prédictive modérée
- **Doppler aortique :**
  - Réalisation délicate, validation par une seule équipe
  - Non recommandé en pratique clinique

RPC 2013

RCIU avant 32 SA

Diastole ombilicale ?

Diastole ombilicale normale

Diastole ombilicale positive mais réduite

Diastole nulle / Reverse flow

D. cérébral normal

Vasodilatation cérébrale

Biométrie/Doppler  
2 à 3 semaines

RCF + doppler  
Hebdomadaire

RCF + doppler  
1 fois ou plus/semaine

Hospitalisation à discuter  
CTC

# Protocole HUS

RCIU avant 32 SA

Diastole ombilicale ?

Diastole ombilicale normale  $< 0,8$

Diastole ombilicale positive mais réduite

Diastole nulle / Reverse flow

D. cérébral normal

Vasodilatation cérébrale

Biométrie/Doppler  
2 à 3 semaines

RCF plurihebdomadaire  
SIG hebdomadaire  
Doppler hebdomadaire

Hospitalisation au long  
cours avec RCF  
pluriquotidien

# Protocole HUS

Diastole ombilicale normale ( $IR < 0,8$ ) sans redistribution cérébrale

EPF  $> 10^\circ$  p.  
*sur courbe ajustée*

EPF-Doppler  
2 à 3 semaines

EPF  $3^\circ - 10^\circ$  p  
*sur courbe ajustée*

Bilan étiologique en ambulatoire  
EPF-Doppler / 2-3 semaines  
CTG/ SF libérale x2/semaine

Doppler+SIG / semaine  
CTG/ SF libérale x2/semaine  
EPF / 2-3 semaines

EPF  $< 3^\circ$  percentil  
*sur courbe ajustée*

Hospitalisation 48h pour bilan et CTC

BVR : prééclampsie,  
poursuite hospitalisation

## Protocole HUS

EPF < 10° p. sur courbe ajustée  
Doppler ombilical pathologique  
ICP, Diastole nulle/ Reverse flow



**Hospitalisation**

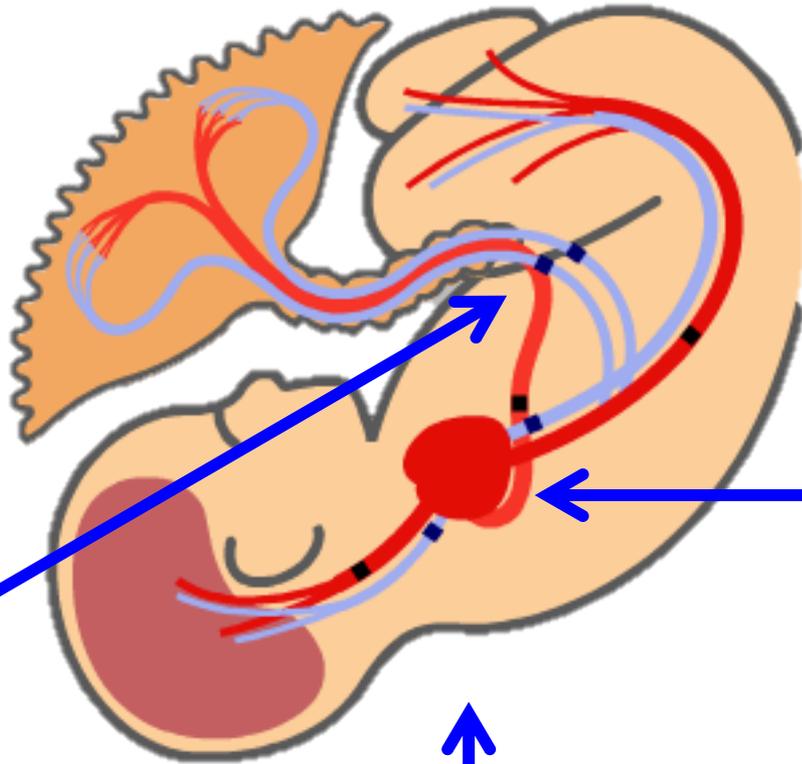
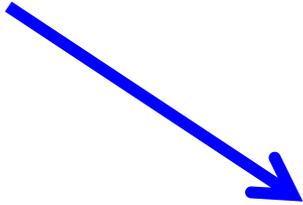


Transfert  
*(selon âge gestationnel, EPF et gravité des dopplers)*  
Hospitalisation  
CTC  
Monitoring x3/jour  
Doppler/semaine  
EPF/2-3 semaine

# Indications d'extraction

# Critères d'extraction

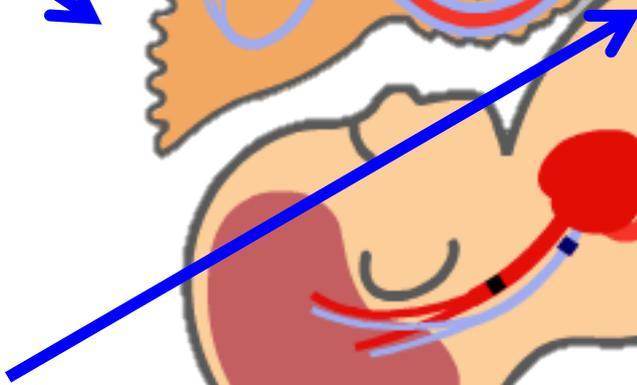
Dynamique de croissance



RCF



Ductus venosus



Terme

<32 <34 <37



RPC 2013

> 32SA

Indication d'extraction

**> 32 SA :**  
***Naissance ou expectative ? 2 options envisageables***

Reverse Flow  
ou  
diastole nulle

Doppler ombilical anormal  
Avec Diastole positive

Doppler ombilical  
Normal

RCF + doppler  
plurihebdomadaire

**Extraction à 34SA  
maximum**

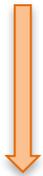
**Extraction à 37SA maximum**

**Extraction à 37SA selon  
contexte**

# Protocole HUS

## Indication d'extraction

Reverse Flow  
ou  
diastole nulle



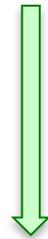
Extraction à 34SA max

Doppler ombilical anormal  
Avec ICP



Extraction à 34SA,  
sauf contexte

Doppler ombilical  
Normal



**Extraction à 34SA**  
*Si prééclampsie surajoutée*  
**Extraction à 37SA**  
*si EPF < 3° per*  
*Ou infléchissement courbe*  
*de croissance*  
**Extraction entre 39-41SA**  
*Si EPF 3°-10°*

RPC 2013

< 32SA

Indication d'extraction

Impact majeur de la prématurité induite

Envisager un traitement conservateur au maximum ...

Même en cas de doppler ombilical pathologique

**Critères indépendants d'extraction <32SA**

IP du DV >95° percentil

OU

ARCF (VCT<3ms ou RCF peu oscillant ou décélérations répétées)

RPC 2013

Diastole nulle /  
Reverse flow

RCF quotidien avec VCT et  
doppler veineux  
plurihebdomadaire

RCF normal  
VCT normale  
Ductus normal

RCF anormal  
<5bpm >40 min ou  
décélération  
répétées

VCT<3ms

Ductus anormal :  
Onde a nulle  
Onde a inversée

Poursuite  
de la grossesse

**Extraction**

# Protocole HUS

Diastole nulle /  
Reverse flow

RCF x3/jour  
Doppler hebdomadaire

RCF normal  
VCT normale  
Ductus normal

RCF anormal  
<5bpm >40 min ou  
décélération  
répétées

VCT<3ms

Ductus anormal :  
Onde a nulle  
Onde a inversée

Rarement  
utilisé/réal  
isé

Poursuite  
de la grossesse

**Extraction**

Voie d'accouchement

- ❖ Pas de césarienne systématique
- ❖ Pas de CI à une voie basse, RCF continu en cas de travail
- ❖ Pas de CI à un déclenchement, quelque soit le mode de déclenchement (ballonet, prostaglandine, ocytocine), y compris avant terme si les conditions locales sont favorables
- ❖ Nécessité de surveillance pendant 2 heures après début du déclenchement
- ❖ Pas d'extraction instrumentale systématique
- ❖ Pas de CI à un accouchement par voie basse en cas de présentation du siège

- ❖ Césarienne avant 34SA
- ❖ Pas de déclenchement en cas de doppler ombilical pathologique
- ❖ Surveillance rapprochée en cours de déclenchement et monitoring continu en cours de travail
- ❖ Accouchement du siège par voie basse en cas de RCIU rarement réalisé ...