

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

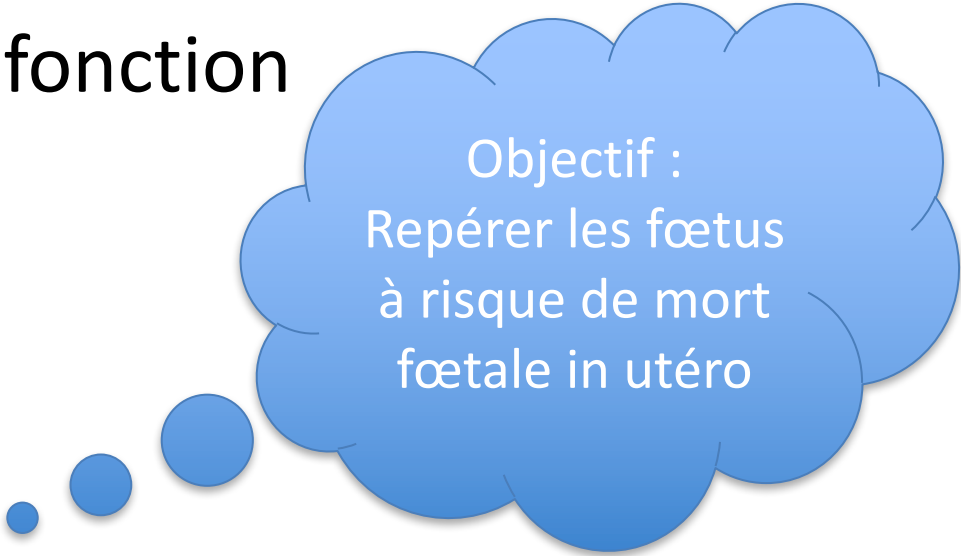
Exhaustivité du bilan selon
sévérité du RCIU
Réalisation en milieu hospitalier
ou ambulatoire selon sévérité

Modalités de surveillance


Surveillance anténatale

Modalités à adapter en fonction

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



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



Danger : Mort
foetale in utero

Peut ne pas être respecté !!!

↘ O₂ - redistribution

Redistribution +++

Phase terminale

Diminution diastole ombilicale

Vasodilatation

diastole nulle, ARCF

Reverse flow, anomalies ductus, ARCF

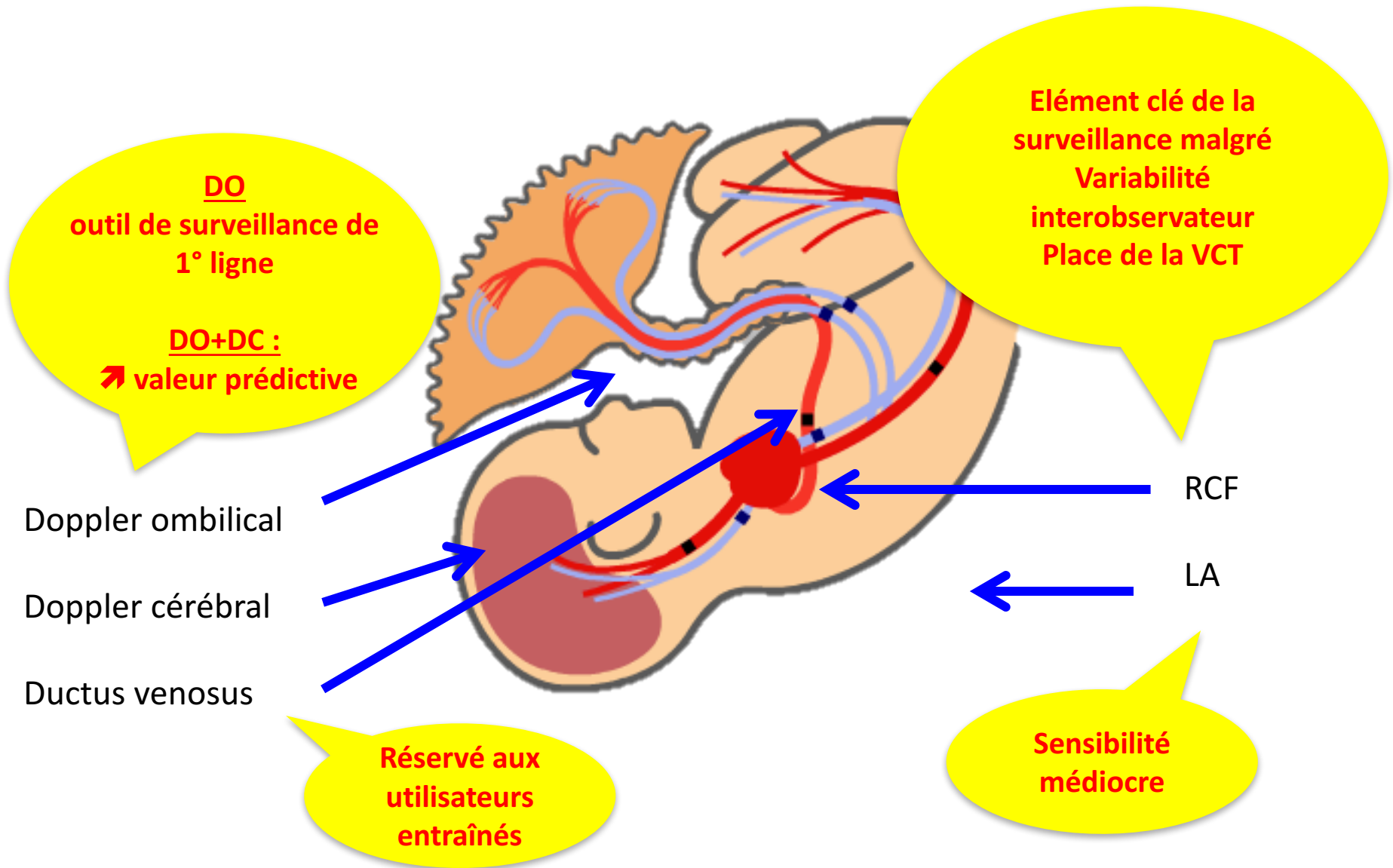
Mort in utero ?

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

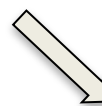
Hospitalisation à
discuter
CTC

Protocole HUS

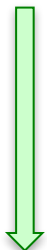
RCIU avant 32 SA



Diastole ombilicale ?



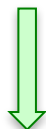
Diastole ombilicale
normale $< 0,8$



Diastole ombilicale
positive mais réduite



D. cérébral
normal



Vasodilatation
cérébrale



Diastole nulle /
Reverse flow



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

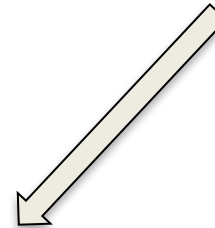
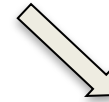
Bilan étiologique en
ambulatoire
EPF-Doppler / 2-3 semaines
CTG/ SF libérale x2/semaine

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

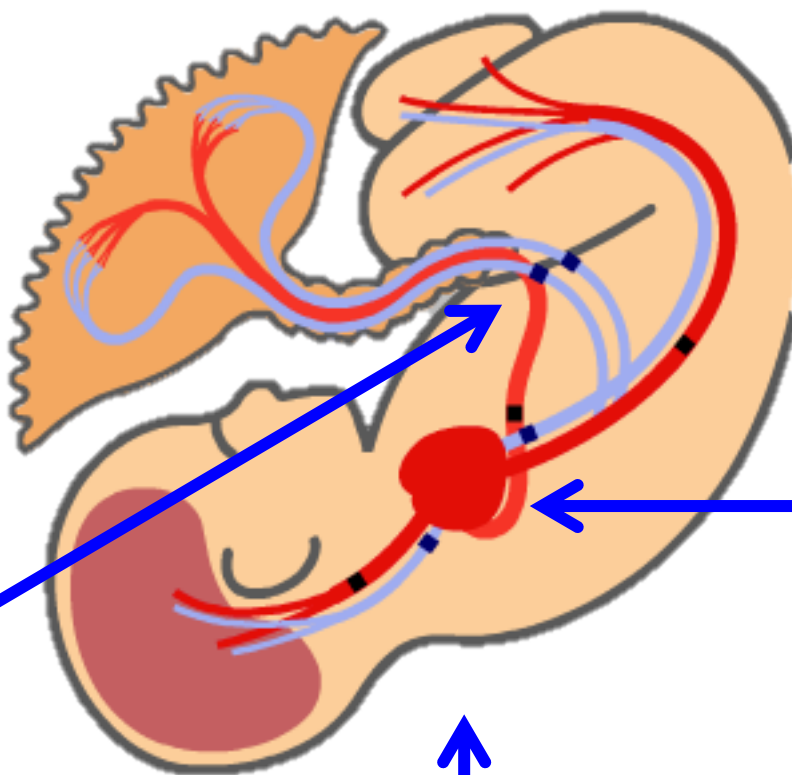
Critères d'extraction

Dynamique de croissance

Ductus venosus

RCF

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



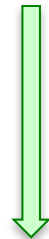
Extraction à 34SA max

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° percentile

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

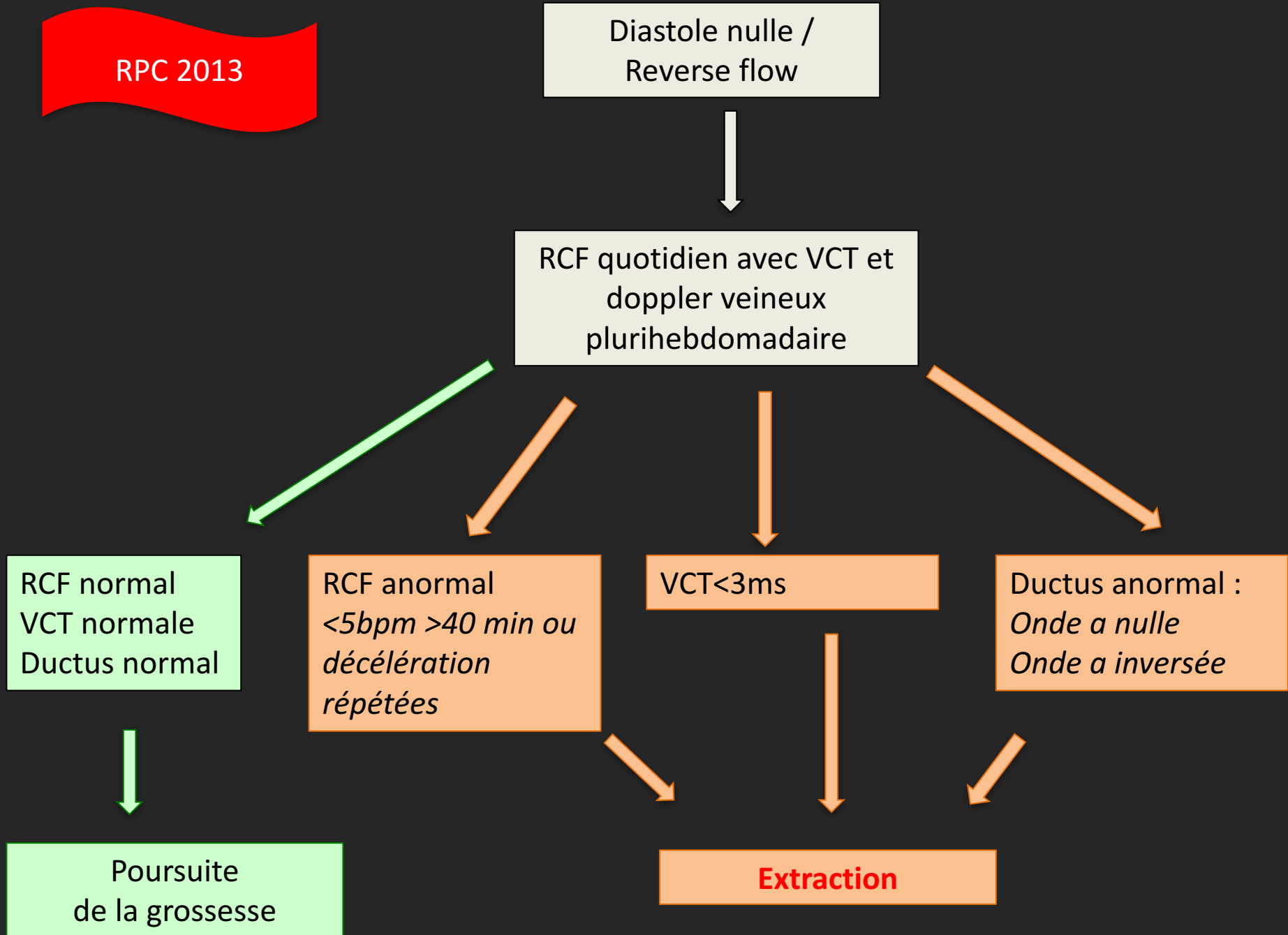
RCF anormal
<5bpm >40 min ou
décélération
répétées

VCT<3ms

Ductus anormal :
Onde a nulle
Onde a inversée

Poursuite
de la grossesse

Extraction

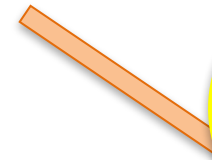
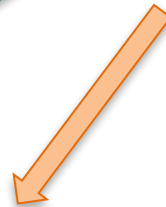
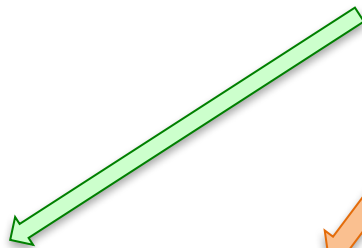


Protocole HUS

Diastole nulle /
Reverse flow



RCF x3/jour
Doppler hebdomadaire



Rarement
utilisé/réal
isé

RCF normal
VCT normale
Ductus normal



Poursuite
de la grossesse

RCF anormal
<5bpm >40 min ou
décélération
répétées



VCT<3ms



Ductus anormal :
Onde a nulle
Onde a inversée



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 ...