

ITEM 29 : PREMATURITÉ, RCIU

PREMATURITE

Accouchement prématuré = survenant **< 37 SA** : 6% des naissances vivantes (5,5% des grossesses uniques, 19% des gémellaires), cause la plus importante de morbi-mortalité périnatale (60% des causes de morbi-mortalité proviennent d'enfants nés avant 30 SA, la ½ des séquelles neurologiques sont observés chez les < 32 SA)

vivantes - **Prématurité moyenne** = 32-37 SA (80%), **grande** = 28-32 SA (10%) ou **très grande** = < 28 SA (10%)

- **Prématurité induite** (30%) : extraction fœtale volontaire pour sauvetage maternel et/ou fœtal

- **Prématurité spontanée** = survenue sans intervention médicale : - Après **travail spontané** à membranes intactes (45%)
- Après **rupture prématurée des membranes** (30%)

→ **Viabilité selon l'OMS** : terme ≥ **22 SA** et poids ≥ **500g**

Cause maternelle	FdR	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent d'accouchement prématuré ou d'avortement provoqué ou spontané - Age maternel < 18 ans ou > 35 ans - Surmenage : travail pénible, longs trajets quotidiens, enfant en bas âge à charge, mère célibataire - Grossesses rapprochées = < 1 an entre accouchement et conception, antcd de AP, de FCT - Exposition au Distilbène, FIV, grossesse multiple, IGH - Bas niveau socio-économique, mauvais suivi pré-natal - Tabagisme, toxiques, stress, anxiété, dépression. → Non associés à la prématurité : caféine, parité, antécédents familiaux, rapports sexuels lors de la grossesse
	Causes générales	<ul style="list-style-type: none"> - Infection (à rechercher systématiquement) : infection urinaire, bactériurie asymptomatique, infection cervico-vaginale, chorioamniotite ou toute infection ou fièvre isolée - Pathologies vasculaires gravidiques (HTA gravidique, pré-eclampsie, RCIU...) - Anémie maternelle - Diabète gestationnel : infection intercurrente, macrosomie, hydramnios - Traumatisme abdominal accidentel
	Causes locales	<ul style="list-style-type: none"> - Malformations utérines : utérus bicorne, unicorne, cloisonné, utérus Distilbène® - Béance cervico-isthmique (congénitale ou acquise) : trouble mécanique fonctionnel du col → fausse couche tardive au 2^{ème} trimestre sans contractions utérines ressenties - Antécédent de conisation - Fibrome endo-cavitaire volumineux (rare)
Causes ovulaires	Causes fœtales	= Surdistention utérine : <ul style="list-style-type: none"> - Grossesses multiples : RR = 7 - Hydramnios : diabète, malformation fœtale (atrésie de l'œsophage), anémie fœtale (immunisation Rh, parvovirus B19), pathologie placentaire ou idiopathique
	Causes liées à l'œuf	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture prématurée des membranes (RPM) - Chorioamniotite (généralement après RPM, exceptionnellement à membranes intactes) - Métrorragies du 2^{ème} et 3^{ème} trimestres : ↗ le risque d'accouchement prématuré - Anomalies placentaires : placenta praevia, décollement placentaire
Idiopathique		= Aucune étiologie retrouvée dans 40% des cas
Prévention	Prévention primaire	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter le travail pénible avec des positions debout prolongées > 6h ou de nuit - Alimentation équilibrée - Sevrage tabagique et alcoolique - Diminuer le stress maternel - Limiter le nombre de grossesses multiples en cas de PMA
	Prévention secondaire	<ul style="list-style-type: none"> - Correction d'anomalie utérine : cloison utérine... - Prélèvement vaginal au 1^{er} trimestre ± traitement d'une éventuelle vaginose bactérienne : en cas d'antécédent de prématurité ou fausse couche tardive - Cerclage en cas de suspicion de béance cervicale : antécédent de ≥ 3 fausses couches tardives ou accouchements prématurés, ou à discuter si 1 ou 2 accouchements prématurés avec col court < 25 mm - Progestérone jusqu'à 36 SA : indication à discuter en cas de col court < 20 mm entre 16 et 24 SA pour les grossesses mono-fœtales asymptomatiques et sans antécédent d'accouchement prématuré

RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

- **Petit poids pour l'Age Gestationnel (PAG)** : poids fœtal ou de naissance < **10^{ème} percentile**
- **RCIU** = fœtus de Petit poids pour l'Age Gestationnel dû à un **défait de croissance pathologique** : 3^{ème} cause de mort périnatale, morbidité plus élevée → diagnostic par le poids fœtal estimé à l'échographie (à différencier des fœtus constitutionnellement « petit », sans infléchissement de la courbe de croissance !)
- RCIU évoqué devant un PAG : - Sévère < **3^{ème} percentile** ou **cassure de la courbe de croissance**
 - Avec anomalie échographique : **oligoamnios, anomalies Doppler**
 - Avec **↘ des mouvements actifs fœtaux** ou **anomalies du rythme cardiaque fœtal**
- **Nouveau-né de faible poids de naissance = hypotrophie** : poids de naissance < 2500g quel que soit l'âge gestationnel

Étiologie	Cause maternelle (40%)	<ul style="list-style-type: none"> - FdR - Age < 20 ans ou > 35 ans - Primiparité ou grande multiparité - Milieu socio-économique défavorable - Cause locale : malformation utérine, hypoplasie utérine - Cause vasculaire : HTA chronique, prééclampsie, HTA gravidique, SAPL, lupus, autre maladie auto-immune, diabète - Hypoxie chronique : cardiopathie cyanogène, anémie, hémoglobinopathie... - Antécédent de RCIU - Toxiques : tabac, alcool, autre drogue - Dénutrition, insuffisance pondérale ou obésité
	Cause fœtale (25%)	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse multiple - Anomalies chromosomiques : trisomie 13, 18... - Infections : CMV (RCIU isolé), toxoplasmose, rubéole, varicelle, syphilis... - Malformation - Syndrome génétique (nanisme...)
	Cause placentaire (5%)	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance placentaire, généralement lié à un syndrome prééclampgique : oligoamnios et anomalie du Doppler utérin (précédant le RCIU) associées - Infarctus placentaire - Placenta praevia - Choriangiome (tumeur placentaire à l'origine d'un vol vasculaire) - Pathologie du cordon : insertion vélamenteuse (détecté à l'écho), nœud au cordon
	Idiopathique	= Cause non retrouvée dans 30% des cas
Diagnostic anténatal	Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> - Hauteur utérine insuffisante par rapport à l'âge gestationnel : contrôle échographique si anormal → Entre 20 et 32 SA : La HA correspond au nombre de SA – 4 semaines, après 32 SA, la HU augmente de 1 cm toutes les 2 semaines - Echographie : L'estimation du poids fœtal (EPF) est donnée par la formule de Hadlock en fonction du Périmètre abdominale (PA), la longueur fémorale (LF), et le périmètre crânien (PC) - Si EPF entre le 3^e et le 10^e percentile : Faux positif ou Nainisme, RCIU → contrôle de la croissance fœtale à 3 semaines en dehors d'un contexte évocateur de RCIU (oligoamnios, anomalie du doppler utérin ou ombilical, pré-eclampsie) A noter que dans le RCIU la LF et le PA sont les premiers affectés
	Orientation étiologique selon le terme	<ul style="list-style-type: none"> - Au 1^{er} trimestre (20%) : trisomie 13/18 ou infection (CMV) => précoce, sévère et hydramnios associé - Au 2^{ème} trimestre : anomalie chromosomique, infection, MAI, malformation fœtale - Au 3^{ème} trimestre : insuffisance utéro-placentaire (35 à 50%)
	Confirmation et bilan échographique	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de la biométrie fœtale et estimation du poids fœtal : confirmation - Type : - Harmonieux = ↘ de tous les paramètres (longueur fémorale, diamètre bipariétal) : cause principalement constitutionnelle ou génétique, survenue précoce, de moins bon pronostic - Dysharmonieux = prédominant sur le poids : principalement vasculaire, survenue tardive - Bilan : anomalie morphologique, placentaire, Doppler des artères utérines maternelles - Score de bien-être fœtal de Manning - Quantité de liquide amniotique : recherche d'oligoamnios - Doppler ombilical fœtal : recherche une ↗ des résistances placentaires - Doppler cérébral fœtal : signes d'épargne cérébrale (adaptation à une hypoxie chronique)

	Bilan étiologique maternel	<ul style="list-style-type: none"> - Taille du père et de la mère - Résultats des tests de dépistage d'une anomalie chromosomique - Courbe de tension artérielle, recherche d'œdème, BU - Bilan infectieux maternel : sérologie CMV, toxoplasmose, rubéole, herpès - NFS, protéinurie des 24h ± électrophorèse de l'Hb - Fibronectine plasmatique maternelle - Doppler des artères utérines : recherche d'anomalie (incisure protodiastolique nette et/ou vitesse très faible en fin de diastole) en faveur d'une insuffisance placentaire - Analyse anatomopathologique du placenta et cordon ombilical (infarctus placentaires = origine vasculaire)
	Bilan étiologique fœtal	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie obstétricale avec doppler ombilical et cérébral ± Amniocentèse : - Indiqué si RCIU précoce, sévère, sans argument pour une cause vasculaire - Caryotype fœtal - Bilan infectieux par PCR ± test d'inoculation : CMV, toxoplasmose, rubéole ± Etude du squelette fœtal par scanner fœtal osseux si suspicion de nanisme
TTT		<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance échographique toute les 2 à 3 semaines : privilégier une prise en charge conservatrice jusqu'à > 32 SA → Risque de mort fœtal rapide en cas de diastole nulle à l'artère ombilicale
	RCIU à risque	<ul style="list-style-type: none"> = Si RCIU sévère avec risque de prématurité induite ou diastole nulle à l'artère ombilicale : - Hospitalisation systématique pour surveillance ± corticothérapie prénatale < 34 SA - Extraction : - Systématique > 32 SA - < 32 SA si : variabilité à court terme (VCT) du RCF < 3 ms, onde α négative ou nulle au Doppler du canal d'Arantius ou anomalie du RCF
Prévention primaire	Avant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Objectif d'IMC pré-conceptionnel (entre 18 et 30) - Sevrage tabagique, alcoolique et toxicomanie - Lutte contre les infections materno-fœtales : vaccination pré-conceptionnelle contre la rubéole et la varicelle, conseils hygiéno-diététiques si sérologie toxoplasmose négative - Si pathologie chronique (diabète, lupus, HTA) : consultation pré-conceptionnelle multidisciplinaire pour adaptation du traitement et programmation de la grossesse
	Pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des objectifs de prise de poids, sevrage tabagique/toxique - Eviter les hypoglycémies en cas de diabète - HTA chronique : objectif tensionnel de PAS = 140-160 mmHg et PAD = 90-110 mmHg - SAPL : aspirine (100-160 mg) + HBPM
Prévention 2 nd		<ul style="list-style-type: none"> = En cas d'antécédent de RCIU : - Pour une nouvelle grossesse : respecter un délai de 18 mois à 2 ans après une grossesse compliquée d'un RCIU - Recherche de SAPL si RCIU sévère < 3^e percentile ayant entraîné une naissance < 34 SA - Surveillance rapprochée par échographie mensuelle - Aspirine à faible dose (100 à 160 mg/j) débuté au 1^{er} trimestre, jusqu'à 35 SA : si antécédent de RCIU < 5^{ème} percentile présumé d'origine vasculaire ou antécédent de prééclampsie < 34 SA