

## Gynécologie

### Item 21: Prématurité et retard de croissance intra-utérin: facteurs de risque et prévention

Plan		
<a href="#">A. PRÉMATURITÉ</a> <a href="#">B. RCIU</a>		
Objectifs CNCI		
- Expliquer les principaux facteurs de risque et les éléments de prévention de la prématurité et du retard de croissance intra-utérin		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
- Corticothérapie pré-natale: <a href="#">AFSSAPS 10</a> Polycopié national . CNGOF: <a href="#">item 21</a>	- Prématurité: < 37 SA et > 22SA - âge / atcd / précarité / stress / tabac - Inf. / béance / distension / PP / RPM - P° prématurité = PenC FdR + MAP - C°: MMH / IMF / EUN / à distance - RCIU ~ hypotrophie / sévère si < 3e - Causes fréquentes de RCIU (5) - PA / PC / F ; courbe de croissance - Manning / doppler ombilical-cérébral - Sérologies / amniocentèse / NFS / Ac	- RCIU = biométries < 10e - Doppler des a. utérine: notch - Corticothérapie de maturation - Arrêt totale du tabac / alcool

#### A. PRÉMATURITÉ

##### - Généralités

- Définitions
  - Accouchement prématuré (OMS)
    - = accouchement avant **37 SA** (et après 22SA +++). On distingue
      - **Prématurité induite**: extraction foetale volontaire (ex: HRP)
      - **Prématurité spontanée**: par voie basse sans pathologie
  - Niveaux de prématurité
    - moyenne (32-37SA) / grande (28-32SA) / très grande (< 28SA)
    - → transfert en maternité de niveau II (37-32SA) ou **III** (si < **32SA**)
  - Seuil de viabilité (OMS) +++
    - Terme ≥ 22 SA **ou** poids foetal ≥ 500g
- Epidémiologie
  - 6% des naissances sont des accouchements prématurés
  - 1ère cause de morbi-mortalité périnatale (60% des décès périnataux)
  - Facteurs de risque de prématurité spontanée
    - Age maternel: < 18ans ou > 35ans
    - Atcd d'accouchement prématuré +++ / multiparité
    - Atcd d'avortement provoqués ou spontanés
    - Précarité socio-économique / travail pénible / stress
    - Tabagisme / prise de toxiques / alcool
    - Complications de la grossesse: HTAG / DG
    - **Et toutes les étiologies spécifiques**: cf infra

##### - Etiologies

- **Prématurité spontanée (5)**
  - **Infections +++** : chorioamniotite / PNA / cervicite / toute autres cause de fièvre
  - **Malformations utérines**: béance cervico-isthmique / congénitales / « utérus Distilbène »
  - **Surdistension utérine**: grossesse multiple / hydramnios (sur diabète, atrésie oeso, etc)
  - **Rupture prématurée des membranes**
  - **Anomalies placentaires**: placenta praevia +++
- **Prématurité induite**
  - **Infections +++** : chorioamniotite / IU / cervicite / toute autres cause de fièvre
  - **Causes maternelles**: pré-éclampsie / HRP / décompensation de pathologie sous-jacente
  - **Causes foetales**: souffrance foetale / auto-immunisation / RCIU sévère

#### - Prévention de la prématurité

- **Prise en charge des FdR de prématurité +++**
  - Repos précoce des grossesses à risque / aide ménagère / arrêt travail
  - Tt des pathologies maternelles (infection / diabète / HTA)
  - Tt des malformations: cerclage à 15SA si béance du col
- **Prise en charge appropriée de la grossesse / des MAP**
  - Suivi rigoureux avec consultations anténatales obligatoires (cf [item 16](#))
  - Tt précoce de toute menace d'accouchement prématuré (cf [item 17](#))
  - En cas de MAP: **corticothérapie** pour maturation pulmonaire
  - Transfert en maternité de **niveau III** si grossesse à risque < **32SA**

#### - Complications de la prématurité

- **Complications néonatales (aiguës)**
  - **Infectieuses**: susceptibilité aux infections (**IMF**) +++
  - **Respiratoires**: maladie des membranes hyalines (**MMH**) +++ / apnées / PTx
  - **Digestives**: entérocolite ulcéro-nécrosante +++ (+/- pneumopéritoine)
  - **Neurologiques**: hémorragie péri- et intra-ventriculaire
  - **Métaboliques**: hypoglycémie / hypocalcémie (si diabète ++)
  - **Hématologique**: ictère / anémie et hémolyse
  - **Cardiaques**: HTAP (par persistance du canal artériel) / hémodynamiques
- **Complications à distance (chroniques)**
  - **Séquelles pulmonaires**: **bronchodysplasie** / infections
  - **Séquelles neurologiques**: cognitives / motrices
  - **Séquelles sensorielles**: myopie / surdité
  - **Séquelles métaboliques**: rachitisme / RGO sévère
- **Facteurs pronostiques en cas de prématurité**
  - Terme et poids de naissance +++
  - Corticothérapie maturative faite ou non
  - Complications néonatales (IMF ++)
  - Prise en charge et maternité de niveau adapté

#### - Principes de prise en charge (HP)

- **Mise en condition**
  - Hospitalisation en unité spécialisée ou REA néonatale
  - Mise sous incubateur (couveuse): prévention hypothermie
  - Monitoring cardiaque / SpO<sub>2</sub> / température
- **Bilan paraclinique devant un prématuré**
  - Echographie transfontanellaire: hémorragie intra-ventriculaire..
  - Echographie cardiaque: canal artériel persistant, HTAP..
  - PEA (recherche surdité) / FO / EEG / écho abdo (ssi EUN)
- **Tt symptomatique**
  - Stimulation si hyporéactivité (Apgar)
  - Ventilation si détresse respiratoire (Silverman)
  - Caféine pour prévention des apnée si terme < 32 SA
  - Nutrition entérale ou parentérale selon maturité
  - Supplémentations en Vit K / Vit D / collyre ABT
- **Antibiothérapie**
  - Si suspicion d'infection materno-foetale / après prélèvements
  - Tri-ABT: céfotaxime + amoxicilline + aminoside
- **Surveillance +++**
  - Etat hémodynamique / respiratoire
  - Echographies transfontanellaire pour neuro / FO pour rétinopathie

---

## B. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN (RCIU)

### - Généralités

- **Définition**
  - RCIU = biométries foetales < **10ème** percentile
  - RCIU sera dit sévère si biométries < 5e percentile
  - En pratique: RCIU ~ hypotrophie = poids à terme (41SA) < 2500g
- **Facteurs de risque de RCIU**
  - Primiparité / âge maternel: < 20ans ou > 40ans
  - Atcd de RCIU ou de mort foetale in utero
  - Conditions socio-économiques défavorables
  - ...Et toutes les étiologies de RCIU (cf infra)
- **!! Remarque: on distingue**
  - **RCIU harmonieux (symétrique)**
    - global / précoce (T2) / mauvais pronostic
    - → cause chromosomique ou infectieuse ++
  - **RCIU dysharmonieux (asymétrique)**
    - segmentaire (PA) / tardif (T3) / meilleur pronostic
    - → cause vasculaire (insuffisance placentaire) ++

### - Etiologies

- **Pathologies maternelles**
  - **Toxiques** (5%) (alcool / tabac ++ / drogues) et iatrogène (corticoïdes)
  - Malformations utérines (hypoplasie / utérus Distillène®)
  - Hypoxie chronique (anémie / cardiopathie cyanogène)
  - Carence alimentaire maternelle / dénutrition (sévère seulement)
  - Pathologies auto-immunes: SAPL / LED
- **Pathologies foetales**
  - Anomalies **chromosomiques**: trisomie 13 / trisomie 18 (5%)
  - **Infections** foetales: toxoplasmose / rubéole / CMV (5%)
  - Grossesse multiple (+/- syndrome transfuseur-transfusé)
- **Pathologies placentaires**
  - **Insuffisance placentaire** (30%) / infarctus placentaire (**SAPL** ++)
  - Pathologies du cordon (noeud / insertion villanteuse)
- **RCIU idiopathique (30%)**
  - Uniquement un diagnostic d'élimination: petit poids **constitutionnel**
  - **!!** Impose une surveillance de la courbe de croissance: cf [item 36](#)

### - Diagnostic

- **Examen clinique**
    - **Interrogatoire**
      - Rechercher FdR de RCIU: âge / atcd (cf supra) / C° de la grossesse
      - Contexte socio-économique / alimentation / toxiques: **tabac-alcool**
      - **!!** Préciser taille du père et de la mère / vérifier la DDR (erreur de datation)
    - **Examen physique**
      - **Mesure de la hauteur utérine (HU)**
        - = distance entre symphyse pubienne et fond utérin

Terme	4M	5M	6M	7M	8M	9M
HU (cm)	16	20	24	28	30	32
    - **Orientation étiologique**
      - Rechercher HTA: courbe de PA / signes de pré-éclampsie (oedème, etc)
      - **BU** et rechercher signes d'infections maternelles / ex. gynéco complet
- **Examens complémentaires**
  - **Pour diagnostic positif = échographie obstétricale +++**
    - Biométries = périmètre crânien (PC) / abdominal (PA) / diamètre bi-pariétal / fémur
    - RCIU si données biométriques < **10ème percentile** (équivalent à < -2DS) (**PMZ**)
    - Estimation du poids foetal (**EPPF**) et comparaison avec la **courbe de croissance**
  - **Pour évaluation du retentissement foetal (4)**

- Score de Manning: [MAF / tonus / mouvements respiratoires / ILA / RCF]
- Doppler ombilical (recherche une augmentation résistances placentaires)
- Doppler cérébral foetal (recherche une épargne cérébrale: signe d'hypoxie)
- Rythme cardiaque foetal: RCF aréactif (pas d'accélération) → extraction ++
- Pour diagnostic étiologique (5)
  - Recherche d'une insuffisance placentaire
    - Doppler des a. utérines: incisures proto-diastoliques (**notchs**) et IR ↑ (**PMZ**)
    - Bilan d'HTAG/pré-éclampsie: **BU et protéinurie des 24h** (cf [item 17](#))
  - Bilan infectieux +++
    - Sérologies maternelles: toxoplasmose / rubéole / CMV / HSV
    - +/- sérologies foetales sur amniocentèse: si RCIU précoce et sévère
  - Amniocentèse pour caryotype
    - En cas de RCIU précoce (T1): pour caryotype foetal +++
    - Bilan infectieux foetal sur liquide amniotique (PCR CMV / toxo / rubéole)
  - Bilan immunologique (SAPL-LED)
    - Ac anti-phospholipides (anti-cardiolipine / anti-coagulant)
    - Ac anti-nucléaires / Ac anti-DNA natif
  - Bilan vasculaire
    - Hémogramme / TP-TCA / créatinine / LDH-bilirubine-hapto / TA..
- Diagnostics différentiels
  - devant une hauteur utérine insuffisante
    - Erreur de terme +++
    - Oligoamnios
    - Mort foetale in utéro

#### - Prévention d'un RCIU

- Prise en charge des FdR de RCIU
  - Eviction des toxiques (tabac /alcool)
  - Prise en charge nutritionnelle adaptée
  - Vaccination anti-rubéole *avant* la grossesse
  - MHD: éducation des parents pour éviter les infections
- Prise en charge appropriée de la grossesse
  - Dépistage et prise en charge d'une HTA gravidique
  - Dépistage et prise en charge d'une toxoplasmose
  - Dépistage du RCIU par hauteur utérine et échographies

#### - Complications d'un RCIU

- Complications aiguës
  - Hypoglycémie
  - Hypocalcémie
  - Hypothermie
  - Autres: anoxie / ictère / polyglobulie, etc.
- Complications chroniques et pronostic
  - Persistance du RCIU dépend de la cause (meilleur si dysharmonieux)
  - Mauvais pronostic si SAF / anomalies chromosomiques

#### - Prise en charge

- Mise en condition
  - Prise en charge ambulatoire hors MAP
  - Transfert en maternité de niveau adapté si risque de prématurité induite +++
    - Terme > 35 SA et poids > 2000g = niveau 1
    - Terme > 33 SA et poids > 1600g = niveau 2
    - Terme < 32 SA **et/ou** poids < 1500g = niveau 3
- Tt symptomatique
  - Corticothérapie pré-natale +++
    - Systématique devant tout risque de MAP avant 34S (**PMZ**)
    - → 2 inj. de bétaméthasone (Celestène®) IM à 24h d'intervalle (cf [item 17](#))
  - Extraction foetale
    - A discuter selon: âge gestationnel / étiologie de la RCIU / retentissement foetal
    - Si elle est décidée: transfert en maternité de niveau adapté / corticothérapie
    - En pratique
      - terme > 34 SA ou ARCF → **extraction** (déclenchement ou césarienne)
      - terme < 34 SA sans ARCF → corticothérapie et attitude expectative
- Tt étiologique

- Prise en charge d'une pré-éclampsie / d'une infection, etc.
- **Tt préventif +++**
  - MHD = **arrêt** impératif du tabac et de l'alcool (**PMZ**)
  - Dépistage des facteurs de risque de RCIU à la 1ère consultation pré-natale
  - Dépistage précoce par échographies anténatales (12-22-32SA)
  - Prévention des infections materno-foetales (cf [item 20](#))
  - Si SAPL: **aspirine 100mg/j PO jusqu'à 36SA** puis héparine jusqu'à +6S (cf [item 117](#))
- **Surveillance rapprochée +++**
  - **Clinique:** mesure de la hauteur utérine ++
  - **Paraclinique:** échographie obstétricale / électrocardiogramme