

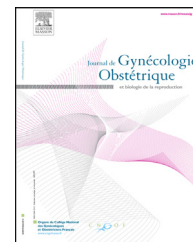


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



LE RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

# Modalités de naissance du fœtus porteur d'un RCIU



*Delivery of the IUGR fetus*

F. Perrotin<sup>a,\*</sup>, E.G. Simon<sup>a,b</sup>, J. Potin<sup>a</sup>, M. Laffon<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Pôle de gynécologie obstétrique, médecine fœtale, médecine et biologie de la reproduction, centre Olympe de Gouges, CHRU de Tours, 37044 Tours cedex, France

<sup>b</sup> UMR Inserm U930, CNRS ERL 3106, université François-Rabelais de Tours, 37000 Tours, France

<sup>c</sup> Pôle anesthésie réanimation SAMU, centre Olympe de Gouges, CHRU de Tours, 37044 Tours cedex, France

## MOTS CLÉS

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) ;  
Déclenchement du travail ;  
Anesthésie péridurale ;  
Césarienne ;  
Ballonnet intracervical

## Résumé

**Objectif.** – L'objectif de cet article est de faire le point sur les données de la littérature disponibles à ce jour concernant la prise en charge de la naissance du fœtus porteur d'un RCIU et de tenter d'en tirer des recommandations pour la pratique obstétricale.

**Matériel et méthodes.** – Recherche bibliographique effectuée par consultation de la banque de données PubMed et les recommandations des sociétés savantes à partir des termes anglais : *small for gestational age, intra uterine growth restriction, fetal growth restriction, very low birth weight infants*, ainsi que *mode of delivery, induction of labor, cesarean section et operative delivery*.

**Résultats.** – La découverte d'un RCIU sévère justifie l'orientation de la patiente vers une maternité disposant des ressources nécessaires à sa prise en charge, une corticothérapie de maturation fœtale avant 34 SA et la possibilité d'une neuroprotection par sulfate de magnésium avant 32–33 SA doivent être discutées. Bien qu'à un terme précoce le recours à la césarienne soit fréquent, il n'existe pas de preuve de la supériorité de la césarienne systématique par rapport à la voie vaginale, en particulier quand la patiente est en travail. Un déclenchement, même sur col défavorable, est envisageable sous surveillance continue du rythme cardiaque fœtal (RCF) dans les situations obstétricales favorables et en l'absence de perturbations hémodynamiques fœtales sévères. Une extraction instrumentale ou épisiotomie systématique ne sont pas recommandées. En cas de césarienne sous rachianesthésie, une prise en charge anesthésique adéquate doit assurer le maintien de la pression artérielle à sa valeur de base.

**Conclusion.** – En comparaison du fœtus de poids normal pour l'âge gestationnel, le fœtus porteur d'un RCIU est un fœtus fragilisé pour qui l'accouchement représente une période à risque d'acidose métabolique ou d'asphyxie périnatale.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [franck.perrotin@med.univ-tours.fr](mailto:franck.perrotin@med.univ-tours.fr) (F. Perrotin).

**KEYWORDS**

Intrauterine growth retardation (IUGR);  
Induction of labor;  
Epidural anesthesia;  
Caesarean section;  
Foley catheter  
balloon

**Summary**

**Objective.** – The purpose of this paper is to review available data regarding the management of delivery in intra uterine growth retarded fetuses and try to get recommendations for clinical obstetrical practice.

**Materials and methods.** – Bibliographic research performed by consulting PubMed database and recommendations from scientific societies with the following words: *small for gestational age, intra-uterine growth restriction, fetal growth restriction, very low birth weight infants*, as well as *mode of delivery, induction of labor, cesarean section and operative delivery*.

**Results.** – The diagnosis of severe IUGR justifies the orientation of the patient to a referral centre with all necessary resources for very low birth weight or premature infants Administration of corticosteroids for fetal maturation (before 34 WG) and a possible neuroprotective treatment by with magnesium sulphate (before 32–33 WG) should be discussed. Although elective caesarean section is common, there is no current evidence supporting the use of systematic caesarean section, especially when the woman is in labor. Induction of labor, even with unfavorable cervix is possible under continuous FHR monitoring, in favorable obstetric situations and in the absence of severe fetal hemodynamic disturbances. Instrumental delivery and routine episiotomy are not recommended. For caesarean section under spinal anesthesia, an adequate anesthetic management must ensure the maintenance of basal blood pressure.

**Conclusion.** – Compared with appropriate for gestational age fetus, IUGR fetus is at increased risk of metabolic acidosis or perinatal asphyxia during delivery.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

En comparaison du fœtus de poids normal pour l'âge gestationnel, le fœtus porteur d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) est, quelle qu'en soit l'étiologie, un fœtus fragilisé. Il présente un risque accru d'altérations du rythme cardiaque fœtal (RCF) en cours de travail, de césarienne pour anomalies du RCF (ARCF) et d'acidose métabolique ou d'asphyxie périnatale. Ces risques reflètent les valeurs moyennes plus basses de la  $pO_2$  et du pH fœtal avant début du travail [1], un risque augmenté de compression du cordon ombilical au cours du travail en cas d'oligoamnios [2], et une diminution plus significative du pH ainsi qu'une élévation plus importante des lactates en cas de survenue de ralentissements au cours du travail [3]. L'organisation de la naissance du fœtus porteur d'un RCIU doit donc faire l'objet d'une attention et de mesures particulières.

Dans ce chapitre seront donc discutés: le terme de naissance, le lieu le plus approprié et les mesures devant encadrer la naissance et la voie d'accouchement de l'enfant porteur d'un RCIU. La problématique du terme de naissance est également abordée dans le chapitre des indications de naissance avant et après 32 SA (question M.V. Senat et V. Tsatsaris).

La recherche bibliographique a été réalisée sur PubMed et la Cochrane Library en utilisant les termes *small for gestational age, intra uterine growth restriction, fetal growth restriction, very low birth weight infants*, ainsi que *mode of delivery induction of labor, cesarean section et operative delivery* puis en sélectionnant en priorité les études randomisées, les méta-analyses, et finalement les études de cohorte. Enfin, les *guidelines* et recommandations des sociétés savantes étrangères publiés en langue anglaise ont été consultés et les articles référencés dans ces recommandations analysés.

**Terme de naissance du fœtus porteur d'un RCIU**

En raison de l'absence d'intervention scientifiquement validée permettant d'influencer la croissance fœtale in utero, l'élément crucial de la prise en charge obstétricale du fœtus porteur de RCIU est le choix du terme le plus approprié de naissance. Dans ce choix difficile, les risques de la prématurité induite doivent être mis en balance avec ceux de la poursuite de l'exposition à un environnement intra-utérin défavorable, pouvant exposer à la mort intra-utérine et aux dégâts tissulaires en rapport avec l'hypoxie ou l'hypoperfusion [4]. La cause du RCIU, lorsqu'elle est connue, peut également être un élément déterminant dans le choix du terme de naissance. Pour certaines étiologies ne faisant pas intervenir l'insuffisance placentaire, comme les infections ou les anomalies génétiques, la naissance prématurée peut n'avoir aucun effet bénéfique sur les risques encourus in utero par le fœtus. A contrario, pour certaines causes comme la prééclampsie, le tableau maternel est au premier plan et dictera alors la chronologie de prise en charge. Dans certaines situations, il peut être fait le choix, avec le couple, de ne pas intervenir en raison de la sévérité du RCIU et des trop fortes incertitudes sur le pronostic périnatal (question V. Houfflin Debarge).

**Avant 32 SA**

La décision de naissance avant 32 SA doit faire prendre en compte les deux paramètres cruciaux que sont le terme atteint et l'interprétation des tests de surveillance (question V. Tsatsaris et M.V. Senat). L'âge gestationnel est un facteur déterminant de la survie des grands prématurés. Pour les termes très précoces (avant 26 SA), un gain de 5 jours peut faire doubler la survie néonatale [5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272717>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272717>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)