

Article original

## Diminution des mouvements actifs du fœtus au troisième trimestre : que faire ?

### Decreased fetal movements in the third trimester: what to do?

F. Sergent \*, A. Lefèvre, E. Verspyck, L. Marpeau

Clinique gynécologique et obstétricale, pavillon Mère-Enfant, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

Reçu le 9 novembre 2004 ; accepté le 12 juillet 2005

Disponible sur internet le 21 octobre 2005

#### Résumé

**Objectif.** – Apprécier en fin de grossesse, dans une population à bas risque obstétrical, l'intérêt d'un bilan de vitalité fœtale en cas de diminution des mouvements actifs fœtaux. Définir le bilan le plus adapté.

**Patientes et méthode.** – Étude rétrospective sur une année complète des patientes ayant consulté dans un même centre pour une diminution des mouvements fœtaux et soumises à un même bilan de vitalité fœtale en hospitalisation pendant 48 heures. Ce bilan comprenait une étude du rythme cardiaque fœtal répétée trois fois par jour, un score de profil biophysique fœtal, un doppler artériel ombilical, un test de Kleihauer, une amnioscopie.

**Résultats.** – Cent soixante patientes ont été identifiées, représentant 6,1 % des grossesses suivies dans le centre. Il n'existait pas de relation entre l'âge, la parité des patientes et la probabilité de consulter pour une diminution des mouvements fœtaux. En revanche, les antécédents de grossesse pathologique ou de malformation fœtale étaient fréquents. Vingt et un pour cent des patientes ont été déclenchées pour un taux global de 18 % dans le centre. Vingt-huit pour cent des patientes ont été césariées pour un taux global de 22,8 %. Cinq pour cent des fœtus étaient à risque d'anoxie fœtale sur les données du bilan de vitalité fœtale. Le rythme cardiaque fœtal était anormal dans 3,75 % des cas, le profil biophysique fœtal pathologique dans 3,1 % des cas. Un seul doppler ombilical était hautement pathologique. Aucun liquide amniotique méconial n'a été retrouvé. Deux tests de Kleihauer étaient inquiétants. Au moment de l'accouchement, 28 % des fœtus présentaient une anomalie funiculaire, 4,3 % une hypotrophie sévère, 4,3 % une malformation. Un seul enfant était anémié. La mortalité périnatale était nulle.

**Discussion et conclusion.** – Le bilan de vitalité fœtale est indispensable en cas de diminution des mouvements fœtaux. Il doit associer l'étude du rythme cardiaque fœtal et le profil biophysique fœtal avec un test de Kleihauer. Dans une population à bas risque obstétrical, l'étude des flux Doppler est peu rentable. L'amnioscopie présente peu d'intérêt. Il faut insister auprès des patientes sur la nécessité de consulter en cas de diminution des mouvements fœtaux même à l'approche du terme.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

**Objective.** – To appreciate at the end of pregnancy, in a low-risk pregnant population, the interest of a screening for fetal well-being in case of decreased fetal movements. To define the most adapted screening.

**Patients and methods.** – Retrospective study over a complete year of the patients having consulted in the same center for decreased fetal movements and subjected to the same screening for fetal activity in hospitalization during 48 hours. This screening included a study of fetal heart rate repeated three times a day, a fetal biophysical profile scoring, an umbilical artery Doppler, a Kleihauer-Betke testing, and an amnioscopy.

**Results.** – One hundred and sixty patients were identified, representing 6.1% of pregnancies followed in the center. There was no relation between the age, the parity of the patients and the probability to consult for a decrease of fetal movements. Nevertheless the antecedents of pathological pregnancy or fetal malformation were frequent. Twenty-one percent of the deliveries were induced for a global rate of 18% in the

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [fabrice.sergent@chu-rouen.fr](mailto:fabrice.sergent@chu-rouen.fr) (F. Sergent).

center. Twenty-eight percent of the patients had a cesarean section for a global rate of 22.8%. Five percent of fetuses were at risk for prenatal asphyxia on the data of the screening. Fetal heart rate was abnormal in 3.75% of cases, fetal biophysical profile score pathological in 3.1% of cases. Just one umbilical Doppler was highly pathological. No meconium amniotic fluid was found. Two Kleihauer-Betke tests were disturbing. At the time of delivery, 28% of fetuses presented a funicular abnormality, 4.3% a severe growth restriction, 4.3% a malformation. One child only had an anemia. There was no perinatal mortality.

**Discussion and conclusion.** – Screening for fetal vitality remains necessary in case of decreased fetal movements. It has to associate the study of fetal heart rate and the fetal biophysical profile with a Kleihauer-Betke testing. In a low-risk pregnant population, the study of fetal Doppler velocimetry is not profitable. Amnioscopy presents not enough interest. It is necessary to insist with the patients on the necessity of consulting in case of decreased fetal movements even in the approach of the term.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Diminution des mouvements fœtaux ; Profil biophysique fœtal ; Rythme cardiaque fœtal ; Surveillance fœtale ; Morbidité périnatale

*Keywords*: Decreased fetal movements; Fetal biophysical profile; Fetal heart rate; Fetal monitoring; Perinatal morbidity

## 1. Introduction

La diminution des mouvements fœtaux (DMF) est un motif fréquent de consultation des patientes au cours du troisième trimestre de la grossesse. L'inquiétude générée est à la hauteur de l'angoisse de perte fœtale présente chez toute femme enceinte, à des degrés divers en fonction de l'histoire personnelle et des antécédents des patientes. De fait, la DMF est pourvoyeuse d'un nombre conséquent d'examen complémentaires et parfois de journées d'hospitalisation qui s'avèreront a posteriori le plus souvent inutiles. Comment éviter raisonnablement un tel écueil ? La DMF peut être l'expression d'une malformation fœtale ou surtout d'une asphyxie intra-utérine [1]. Qu'en est-il réellement hors contexte de pathologie obstétricale avérée ? Quelle est la valeur du symptôme que constitue la DMF pour repérer une souffrance fœtale dans une population à bas risque ? Les publications sur le sujet sont trop peu nombreuses pour pouvoir répondre à cette question, pour la plupart anciennes, parfois discordantes [2–11]. Par ailleurs, les conditions de surveillance à la suite d'une DMF diffèrent d'une équipe obstétricale à l'autre. Des équipes hospitalisent de principe les patientes. D'autres uniquement en fonction de pathologies obstétricales ou de situations particulières clairement identifiées. Enfin, certaines équipes seulement si le bilan de vitalité fœtale (BVF) réalisé est anormal. Ce bilan est variable selon les équipes, voire au sein d'une même équipe. Le but de ce travail est d'analyser la pertinence de la DMF dans le dépistage de la souffrance fœtale. Pour cela nous avons confronté notre propre expérience, développée dans cet article, aux données de la littérature. Nous avons voulu également évaluer l'efficacité de notre prise en charge qui est homogène dans notre maternité, le cas échéant proposer des améliorations à notre propre protocole de surveillance d'une DMF.

## 2. Patientes et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans notre centre qui est une maternité de niveau III. Elle reprend l'ensemble des dossiers d'hospitalisation pour BVF dans le cadre

d'une DMF au dernier trimestre de grossesse. La période d'étude s'étendait du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003, soit une année civile complète. Durant cette année, 2637 accouchements ont été enregistrés avec des taux de césariennes et de déclenchement artificiel du travail qui étaient respectivement de 22,8 et 18 %. L'âge moyen des patientes pour cette population de référence était de 30 ans (14–47 ans). Le terme moyen de l'accouchement était de 39 semaines d'aménorrhée (SA) (25–41 SA). Une patiente sur deux était une primipare. Considérant que les patientes qui présentaient une DMF constituaient des grossesses à risque, la politique de notre centre était de les hospitaliser systématiquement pendant 48 heures pour surveillance et réalisation d'un BVF. Ces patientes ont été identifiées en interrogeant la base de données de notre système informatique (code OMS Z35.9 : grossesse à haut risque — risque non précisé — hospitalisation ante-partum). Dans ce groupe homogène de malades (GHM) au sens du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), il a fallu compléter la sélection manuellement pour ne conserver que les patientes qui présentaient effectivement une DMF. Le BVF systématiquement demandé consistait en un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) répété trois fois par jour, une échographie obstétricale réalisée par un praticien diplômé et entraîné avec profil biophysique fœtal (PBF) de Manning [12], une étude vélocimétrie Doppler du flux artériel ombilical, un test de Kleihauer, un hémogramme et le cas échéant au-delà de 37 SA lorsque le col utérin des patientes était perméable une amnioscopie. Ont été exclues de l'étude les patientes se présentant dans notre service pour une DMF associée à une pathologie obstétricale telle qu'une extraction fœtale immédiate s'imposait, le BVF n'ayant pu être réalisé du fait du caractère même de l'urgence. Il était matériellement impossible d'identifier rétrospectivement de façon exhaustive ces patientes. En revanche, ont été rapportées à titre indicatif parmi les morts fœtales in utero (MFIU) de la population de référence, celles précédées d'une DMF n'ayant pas bénéficié d'un BVF préalable.

## 3. Résultats

Nous avons pu identifier 109 femmes (68 %) consultant pour une DMF et 51 femmes (32 %) pour une absence com-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9329578>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9329578>

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