



RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

Pr S. BOUABDALLAH

INTRODUCTION

Le retard de croissance intra-utérin RCIU :

- 2ème cause de mortalité et morbidité néonatale
- représente 5 à 12% des grossesses dans population générale



DÉFINITIONS

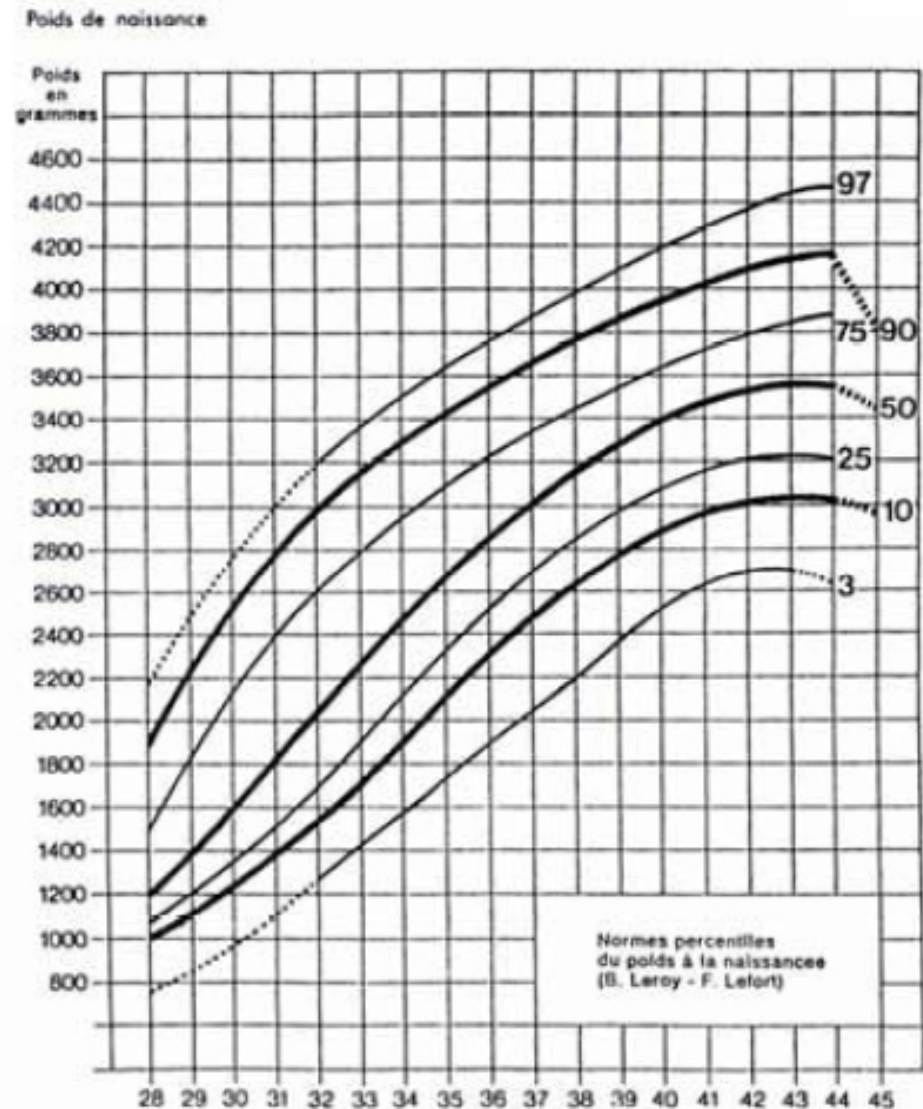
La nouvelle terminologie en ce qui concerne la définition du RCIU :

- **Petit pour l'Age Gestationnel : PAG** (*Small for Gestational Age ou SGA*)) défini par un poids **inférieur** au **10^{ème} percentile** pour l'âge gestationnel, sans forcément introduire un caractère pathologique.
- **PAG sévère** < **3^{ème} percentile** pour l'âge gestationnel.
- **RCIU** : présente une anomalie de la dynamique de croissance foetale: **arrêt** ou un **infléchissement** de la croissance sur au moins **deux mesures échographiques**.



DÉFINITIONS

- Un enfant présentant un RCIU peut être PAG, mais peut également conserver un poids $>10^{\text{ème}}$ percentile (anomalie dynamique).
- Les **PAG sévères** sont considérés comme des **RCIU**.



LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

Causes maternelles

- Mauvais état nutritionnel.
- Hypoxie chronique (anémie).
- Maladies vasculo-rénales (HTA).
- Tabac, alcool, médicaments.

Causes utéro-placentaires

- Toxémie gravidique.
- Malformations utérines.
- Insuffisance placentaire.
- Anomalies du cordon

Causes fœtales

- ❖ Embryofoetopathies (CMV).
- ❖ Malformations (génétiques).
- ❖ grossesses multiples.

**CAUSE INCONNUE
DANS 30% DES CAS**



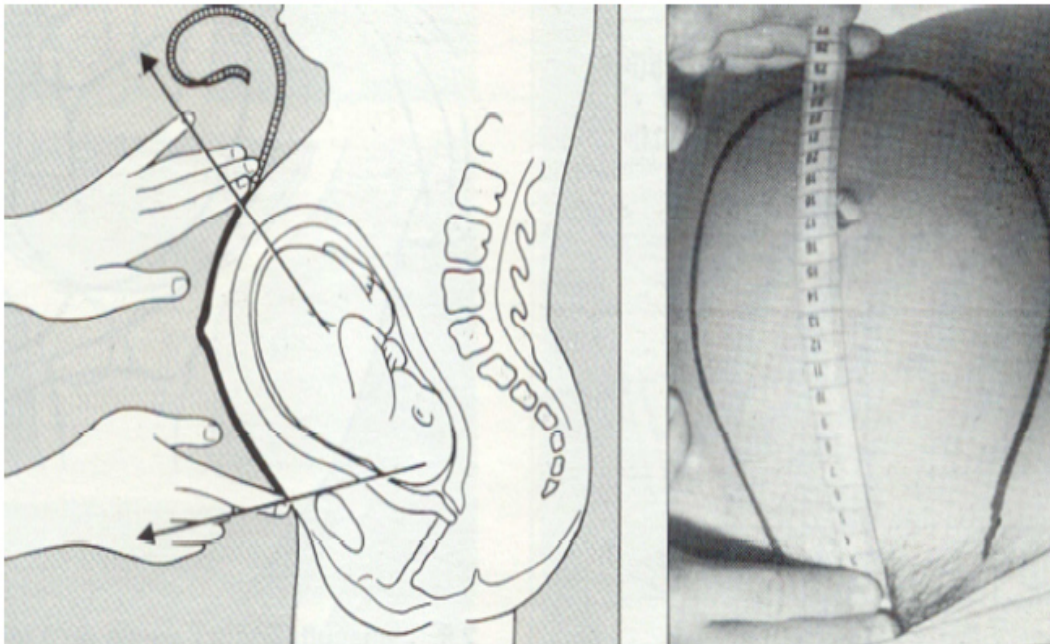
DIAGNOSTIC

1- PENDANT LA GROSSESSE

1. Clinique

✧ la **HU** hauteur utérine

Technique de mesure de la hauteur utérine



4 cm par mois jusqu'à 32 SA :

4 mois = 16 cm,

5 mois = 20 cm,

6 mois = 24 cm = 28 SA,

7 mois = 28 cm = 32 SA,

puis, 2 cm par mois :

8 mois = 30 cm = 36,5 SA,

9 mois = 32 cm = 41 SA.

DIAGNOSTIC

1- PENDANT LA GROSSESSE

2. Echographie

✱ Confirmé par l'échographie

- TROIS échographies sont nécessaires et suffisantes pour surveiller une grossesse normale:
- - 12^{ème} SA (datation)
- - 22^{ème} SA (morphologie): dépiste RCIU sévère
- - 32^{ème} SA (croissance): dépiste RCIU tardif

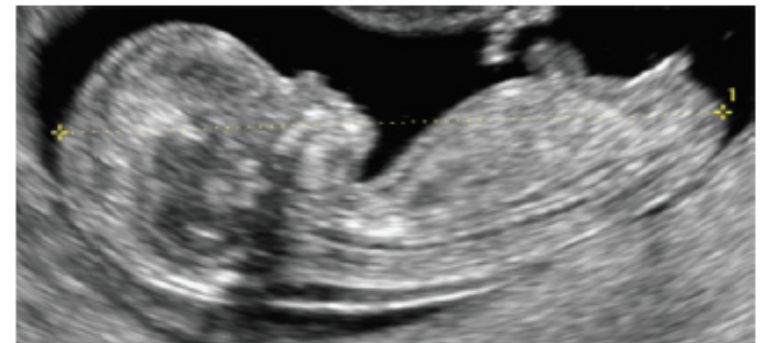


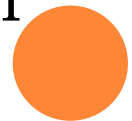
Figure 4. Mesure de la longueur craniocaudale lors de l'échographie du premier trimestre. Elle se situe entre 45 mm à 11 semaines d'aménorrhée (SA) et 84 mm à 13 SA + 6 jours.

DIAGNOSTIC

2-A LA NAISSANCE

DEUX PRESENTATIONS NEONATALES

- **RCIU Harmonieux = symétrique 20%**
 - Poids, Taille et PC < 3^{ème} percentile.
 - De moins bon pronostic car le début est le plus souvent précoce < 24^{ème} semaine
- **RCIU Dysharmonieux = asymétrique 80%**
 - Si respect du PC (« épargne céphalique »)
 - Poids < 3^{ème} percentile.
 - Taille et PC > 3^{ème} percentile.
 - Traduisant un retard plus tardif avec donc un meilleur pronostic.



DIAGNOSTIC 2-A LA NAISSANCE

○ Fœtus « araignée »:

- Membres longs et grêles
- Tête paraît grosse
- Peau plissée (absence tissu adipeux sous-cutané et muscles peu développés)
- Vigilance présente, tonus en quadriflexion



COMPLICATIONS

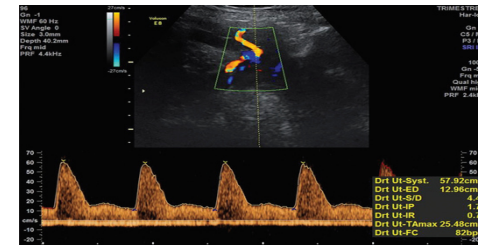
- Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine: Asphyxie périnatale
- Détresse respiratoire: inhalation méconiale.
- Hypothermie
- Hypoglycémie/ Hyperglycémie
- Hypocalcémie.
- Polyglobulie: hématokrite > 65%
 - conséquence de l'hypoxie fœtale
 - Elle génère des **ictères** et les **thromboses vasculaires**.
- Mortalité et morbidité sont plus importantes chez l'hypotrophe que chez l'eutrophe.



PRISE EN CHARGE

1- PENDANT LA GROSSESSE

- 1- Evaluation de l'état du fœtus
- 2- Traitement des pathologies maternelles
- 3- Porter une éventuelle indication d'extraction fœtale:



✦ **Maternelle : Prééclampsie sévère**

✦ **Fœtale : décès imminent**
= pronostic ex-utero > in utero

**→ après information parentale et
corticothérapie anténatale**



PRISE EN CHARGE

2- A LA NAISSANCE

1. En salle de naissance

- ✱ Prévenir le risque d'asphyxie périnatale
- ✱ Évaluer la vitalité néonatale et la DR
- ✱ Contrôle thermique
- ✱ Contrôle glycémique

2. Dans l'unité spécialisée

- ✱ Affirmer le RCIU : P, T et PC
- ✱ Surveillance des complications spécifiques
- ✱ Enquête étiologique

3- Ultérieurement

Surveillance de la croissance staturale



EVOLUTION

CROISSANCE ET TAILLE FINALE

- Tenir compte de taille cible familiale dans suivi de croissance
- Rattrapage staturo-pondéral dépend de l'origine du RCIU
- rattrapage en poids la 1^{ère} année
- et en taille plus tardivement
- **Traitement par hormone de croissance des petites tailles secondaires à un RCIU:**
 - Indication : **taille <-3DS à 4 ans**



ÉVOLUTION/ PRONOSTIC

Nécessité d'un Suivi prolongé:

- Risque de petite taille
- Risque des troubles neuro-développementaux et fonctionnels
- Risque à l'âge adulte de **syndrome métabolique**: intolérance glucidique, diabète, dyslipidémie et obésité.
- Risque accru d'HTA à l'âge adulte.

