OLIGOAMNIOS

DÉFINITIONS : INSUFFISANCE DE LIQUIDE AMNIOTIQUE

Le diagnostic d'un oligoamnios est échographique : **mesure de la plus grande citerne (à privilégier) ou de l'index amniotique de Phelan <5eme percentile pour l'âge gestationnel (selon la courbe de Magann et al.)**

1. OLIGOAMNIOS SÉVÈRE

- = mesure de la plus grande citerne < 2 centimètre
- Ou mesure de l'index amniotique < 5 centimètres

2. OLIGOAMNIOS MODÉRÉ

- = mesure de la plus grande citerne <3cm

ou mesure de l'index amniotique entre 5 et 8 centimètres

NB : la mesure de la plus grande citerne est à privilégier par rapport à l'Index amniotique car elle conduit à moins de faux positif d'oligoamnios, réduit les interventions obstétricales inutiles sans altérer le devenir néonatal

CAT ET BILAN ÉTIOLOGIQUE DES OLIGOAMNIOS SÉVÈRES

1. **Eliminer une RPM**

- Réalisation au 2ème et 3eme trimestre d'un test de recherche de LA (Actim Prom® et Amnisure®) en cas de RPM Cf protocole)

2. **Echographie morphologique détaillée à la recherche :**
   - Anomalie des voies urinaires
     - **Uropathies obstructives bilatérales (25 à 30 % des cas)**
       - Valve de l'urètre postérieur
       - Atrésie de l'urètre
       - Sténose du col vésical
       - Obstruction ou compression urétérale bilatérale
     - **Néphropathies bilatérales**
       - Agénésie rénale bilatérale
       - Dysplasie multikystique bilatérale
       - Polykystose renale autosomique recessive
     - **Autres malformations/syndromes …**
       - Régression caudale, malformations du tractus urogénital, Prune-Belly, Meckel-Gruber …
   - RCIU
     - Vasculaire
     - Chromosomique (Triploïdie, trisomie 13, 18 ou 21, XO) (5% des cas)
     - Viral (CMV)

3. **Recherche d'une autre cause**
   - **Grossesse prolongée**
   - **Prise médicamenteuse (AINS, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine)**
4. **Un avis doit être demandé au CPDN en cas d'oligoamnios hors RPM Le CPDPN discutera** de l'intérêt d'un prélèvement de LA

Discuter un Prélèvement de LA

- Après conseil génétique
- Pour Caryotype, en cas de RCIU ou de syndrome malformatif
- Pour Recherche virale directe (CMV), après sérologies maternelles

PRISE EN CHARGE

- **La prise en charge dépend tout d'abord de l'étiologie et de l'âge gestationnel.** (pour les RCIU d'origine vasculaire : cf. protocole spécifique)

- **L'oligoamnios sévère des 1er et 2ème trimestres est grave**
  - Risques :
    - D'hypoplasie pulmonaire sévère
    - D'anomalie de l'appareil locomoteur liée à l'absence de mobilité fœtale

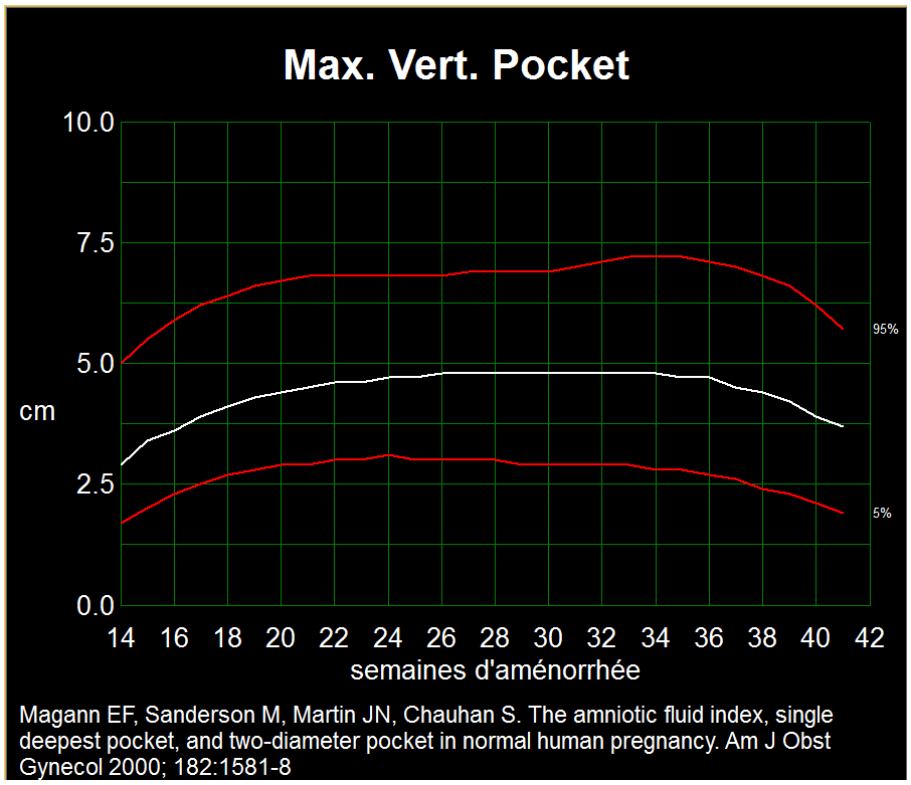
→ Concertation obstétrico-pédiatrique et information des parents pour définir l'avenir de la grossesse. Le pronostic est très sombre lorsqu'il s'agit d'un anamnios surtout, apparaissant précocement, avant 22 SA, en raison du risque d'hypoplasie pulmonaire dont l'évaluation à ce jour en anténatal reste difficile.

- **L'IMG si souhait des parents sera discutée après expertise d'un CPDPN en cas :**
  - D'anomalie chromosomique
  - D'associations malformatives
  - De néphropathie bilatérale
  - D'uropathie obstructive bilatérale après étude du parenchyme rénal et de la fonction rénale sur un prélèvement de sang fœtale
  - Ou même sans étiologie identifiée en anténatal, en cas de RPM avant 20 ou 22 SA associée à un anamnios persistant pendant au moins 7j (sans réapparition de LA autour du fœtus)

- **En cas d'agénésie ou de dysgénésie rénale bilatérale :**
  - Enquête familiale nécessaire avec échographie rénale des parents et de la fratrie
  - Conseil génétique pour le risque de récidive

COURBE DE MAGANN ET AL.

Plus grande citerne de LA selon l'âge gestationnel



Index amniotique selon l'age gestationnel