

Recommandations CNGOF et SFN

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

1. Il est recommandé, avant d'implanter une nouvelle courbe de croissance en France de s'assurer que les proportions observées de PAG et de GAG dépistés aux seuils de la courbe soient en adéquation avec la distribution attendue des mesures dans la population, notamment aux percentiles extrêmes (3ème, 10ème, 90ème, 97ème percentiles). (Avis d'Expert)
2. Il est recommandé d'évaluer les performances de cette courbe dans le dépistage des PAG et des GAG à mauvais résultats néonataux (Avis d'Expert).
3. Il est recommandé d'utiliser la courbe d'EPF de l'OMS* car ce référentiel rapporte une proportion de fœtus dépistés PAG et GAG adaptée à la population française et de bonnes performances d'identification des fœtus à risque (Recommandation forte ; Qualité de preuve basse).
4. Il est recommandé d'utiliser les courbes de biométrie élémentaire de l'OMS* car ce référentiel rapporte une proportion de fœtus dépistés adéquate à la population française (Recommandation forte ; Qualité de preuve basse).
5. Il est recommandé de **ne pas utiliser** les courbes d'EPF Intergrowth (IG1 ou IG2) et EPOPé en raison du risque de sous-diagnostic des PAG et du sur-diagnostic des GAG dans la population française (Recommandation forte ; Qualité de preuve modérée).
- 6.
7. Il est recommandé de **ne pas utiliser** le référentiel des courbes de biométries élémentaires Intergrowth en raison de mauvaises proportions attendues de fœtus dépistés pour les percentiles extrêmes pour le PA (risque de sous diagnostic de PAG et sur diagnostic de GAG) et pour le fémur dans la population française. (Recommandation forte ; Qualité de preuve modérée).
8. Il est recommandé de **ne pas utiliser** la courbe d'EPF du CFEF 2014, en raison de l'infléchissement de la courbe après 35 SA et de l'absence de valeurs fournies après 38 SA (Recommandation faible ; Qualité de preuve basse).
9. Il est recommandé de **ne pas utiliser** les courbes de biométries élémentaires (PC, PA, LF) de CFEF/Salomon 2006 en raison d'un risque de sous-diagnostic de microcéphalies pour le PC et d'un risque de sous-diagnostic de fœtus PAG pour le PA (Recommandation forte ; Qualité de preuve modérée).
10. Il est recommandé d'utiliser le référentiel de LCC choisi pour construire le référentiel de courbe à implanter en France. Pour le référentiel OMS, il s'agit de la courbe de LCC de Robinson. (Avis d'expert).

11. Il n'y a pas de données évaluant les bénéfices cliniques d'une démarche qualité, notamment quantitative, sur les objectifs attendus du dépistage des anomalies de la croissance. Si l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les techniques de mesures des paramètres échographiques (évaluation qualitative) reste encouragée (Avis d'expert), il est recommandé de **ne pas utiliser l'évaluation quantitative, par z score en routine** (Avis d'expert).

12. Il est recommandé de **ne pas utiliser** la courbe d'EPF individualisée en dépistage car il n'est pas démontré que leur utilisation diminue la morbi-mortalité périnatale (Recommandation forte ; Qualité de preuve modérée).

13. Il est recommandé, d'utiliser les courbes d'EPF par sexe, bien que son bénéfice en termes de morbi-mortalité ne soit pas démontré car elles permettent de mieux identifier les PAG chez les fœtus masculins, de réduire les faux positifs de PAG chez les fœtus féminins et ainsi de permettre un meilleur dépistage du faible poids indépendamment du sexe foetal (Recommandation faible ; Qualité de preuve basse).

14. Il est recommandé de **ne pas utiliser** des courbes intra-utérines pour l'évaluation à la naissance des mensurations du nouveau-né à terme ou prématuré (Recommandation forte ; Qualité de preuve modérée).

15. Il est recommandé d'utiliser les courbes actualisées de Fenton** pour l'évaluation des mensurations à la naissance et pour la surveillance de la croissance chez le nouveau-né prématuré (Recommandation forte ; Qualité de preuve modérée).

16. Il est recommandé d'utiliser les courbes actualisées de Fenton pour l'évaluation des mensurations de naissance du nouveau-né à terme pour permettre une continuité entre les professionnels exerçant en néonatalogie et en maternité (Avis d'expert).

17. Pour les professionnels de santé n'exerçant qu'auprès de nouveau-né à terme, l'utilisation de courbes de mensurations de naissance Audipog peut être une alternative envisageable (Avis d'expert).

* Il existe un calculateur sur le site « Fetal Growth Calculator » donnant le percentile exact et le point sur la courbe pour toutes les biométries élémentaires de l'OMS ainsi que pour l'EPF.

** Les courbes de mensurations de naissance et post-natales sont accessibles sur le site de la SFN (<https://www.societe-francaise-neonatalogie.com>)

Conclusion :

Il est recommandé d'utiliser les courbes d'EPF et de biométrie foetales de l'OMS pour le dépistage des anomalies de croissance en France

Implantation des courbes, homogénéisation des pratiques, adaptation aux nouvelles courbes, évaluation des performances du dépistage.

Il est recommandé d'utiliser les courbes de Fenton pour les mensurations du nouveau-né prématuré et à terme

Vous disposez de :

- Fetal Growth Calculator pour les différentes courbes OMS avec les percentiles
- Des courbes de Fenton sur le site de SFN (tableau calculateur)

En pratique :

il faut vérifier quelles courbes vous utilisez en pratique courante (appareils d'échographie et logiciels d'échographie)

Les courbes OMS sont normalement disponibles dans les appareils d'échographie et les logiciels récents.

Il faut vérifier avec vos constructeurs.

Il est souhaitable d'utiliser les mêmes courbes dans une région avec une harmonisation des pratiques

(car sinon modifications des seuils de détection entre praticiens/ sous dépistage attendus des PAG et des MFIU)

Augmentation attendue du dépistage des PC < 10^{ème} percentile.

Eric Verspyck 1, Géraldine Gascoin 2, Marie-Victoire Senat 3, Anne Ego 4, Laure Simon 5, Isabelle Guellec 6, Isabelle Monier 7,8, Jennifer Zeitlin 7, Damien Subtil 9, Christophe Vayssiere 10,11.

1. Service de gynécologie-obstétrique, université de Rouen, CHU de Rouen,
2. Service de Néonatalogie, Université de Toulouse, CHU de Toulouse
3. Service de Gynécologie-Obstétrique, Université du Kremlin-Bicêtre, CHU du Kremlin-Bicêtre, France.
4. CNRS, Département de Santé Publique, Grenoble Alpes, Grenoble
5. Service de Néonatalogie, Université de Nantes, CHU de Nantes
6. Service de Néonatalogie, Université de Nice, CHU de Nice
7. CRESS, Equipe de recherche en Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé), INSERM, INRA, Université de Paris, Paris, France
8. Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Antoine Bécclère, AP-HP, Université Paris Saclay, Clamart, France
9. Service de Gynécologie-Obstétrique, Université de Lille, CHU de Lille, France.
10. Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Paule de Viguier, CHU de Toulouse, France.
11. CERPOP, UMR 1295, Team SPHERE (Study of Perinatal, pediatric and adolescent Health: Epidemiological Research and Evaluation), Toulouse III University, Toulouse, France

Correspondance et tirés à part :

Eric Verspyck

Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital de Rouen Mail : eric.verspyck@chu-rouen.fr

Tel : 02 32 88 56 43

