

GROSSESSES MULTIPLES ET ACCOUCHEMENT

Module de gynécologie-obstétrique
5^e année de médecine

DR NACIMA KACI EPOUSE MEDJAMIA
MAITRE ASSISTANT
EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Année Universitaire : 2020-2021

Table des matières

I-INTRODUCTION.....	3
II-RAPPEL PHYSIOLOGIQUE.....	4
III-DIAGNOSTIC :.....	12
A-LA CLINIQUE.....	12
B-ECHOGRAPHIE.....	14
VII- LES COMPLICATIONS DES GROSSESSES GEMELLAIRES	18
VI-Suivi des grossesses gémellaires	23
V – conduite a tenir devant un accouchement des grossesses gémellaire.....	24
A-LES CONDITIONS	24
B - Déroulement de l'accouchement :	25
VI- les cas particuliers.....	32
VI - Conclusion.....	33

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

1. Connaître les différents types de grossesse gémellaire et savoir en faire le diagnostic échographique
2. Connaître les principales complications des grossesses gémellaires et les spécificités en fonction du type de placentation
3. Savoir adapter la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en fonction du type de grossesse gémellaire
4. Définir les modalités de surveillance des GG.
5. En fonction de leur type et citer les particularités de la surveillance échographique
6. Discuter du lieu de prise en charge. Des GG et des indications de TIU
7. Rappeler les modalités du dépistage de la T21
8. Adapter les modalités de réalisation des gestes de médecine foetale et de l'interruption médicale de grossesse au type de GG
9. Reconnaître les principales complications des GGMC
10. Énumérer. Les modalités de traitement du STT
11. Organiser les modalités d'accouchement Des GG

I-INTRODUCTION

-L'accouchement gémellaire est un accouchement à haut risque, surtout pour le 2^e jumeau dont la mortalité périnatale est élevée

-Mortalité périnatale : estimée à 6 % (multipliée par 6) pour la plupart des auteurs mais tend à se rapprocher dans les séries récentes de 3 % du fait d'une meilleure prise en charge.

-Le taux de césarienne est globalement élevé (30 à 45 %).

L'Accouchement gémellaire est un accouchement à haut risque car :

- Fréquence élevée de la dystocie dynamique et présentations dystociques
- Risque de procidence du cordon
- Taux élevé de prématurité et de RCIU : la moitié des jumeaux pèsent moins de 2500g.

D'où la Nécessité d'une parfaite symbiose entre un centre obstétrical bien équipé et une équipe pluri- disciplinaire (sage-femme, obstétricien, pédiatres néonatalogie et anesthésiste).

II-RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

❖ Grossesse monochoriale (MC) : grossesse multiple comportant un seul placenta.

❖ Grossesse bichoriale (BC) : grossesse multiple comportant deux placentas.

Parmi les grossesses bichoriales, 90% sont dizygotes et 10% monozygotes. **Elles sont toujours biamniotiques.**

❖ Grossesse biamniotique : grossesse multiple comportant deux poches amniotiques

❖ Grossesse monoamniotique : grossesse gémellaire comportant une seule poche amniotique.

❖ Grossesse monozygote (MZ) :

Ce type de grossesse représente environ 3,5 à 5 pour 1000

C'est une grossesse issue de la division d'un œuf fécondé unique.

Les jumeaux sont génétiquement identiques, donc ils ont les mêmes caractères apparents : le même sexe, le même groupe sanguin...

Selon la durée qui sépare la fécondation de la division de l'œuf fécondé on peut distinguer plusieurs types de placentation (le nombre des cavités amniotiques et le nombre de chorions) :

1. Grossesse gémellaire monozygote bichoriale biamniotique:

La division de l'œuf unique fécondé survient rapidement, dans un délai inférieur ou égal à 2 jours par rapport à la fécondation ou la grossesse est encore au stade de 2 à 4 blastomères.

Chaque jumeau se développe dans une cavité amniotique propre à lui, la membrane qui les sépare est composée de 4 couches :

2 amnios et 2 chorions = **membrane épaisse.**

Les deux placentas peuvent être distincts, séparés, mais ils peuvent fusionner ensemble pour former une seule masse placentaire.

Elle représente 30 % des grossesses gémellaires monozygotes.

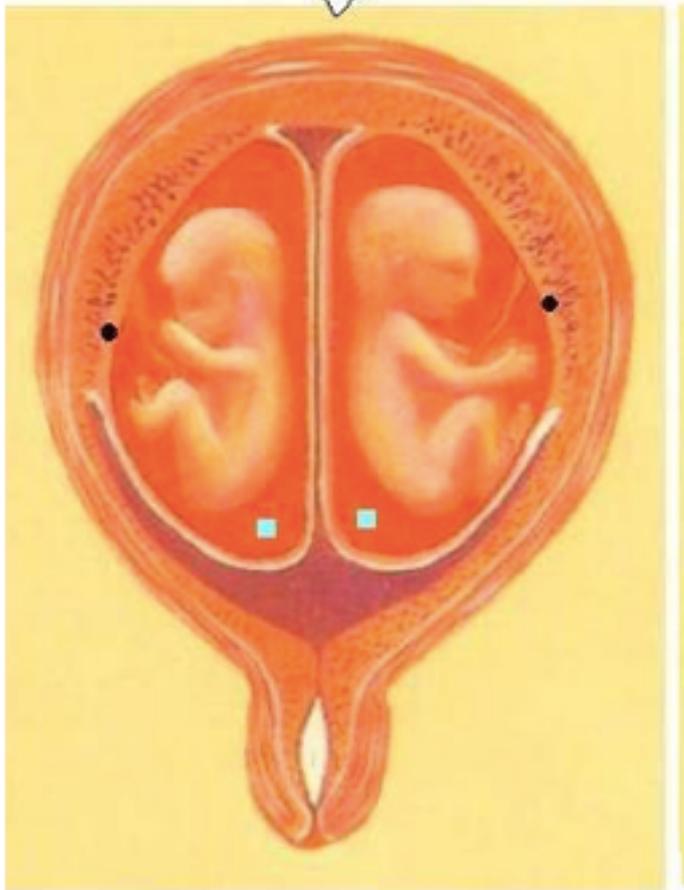
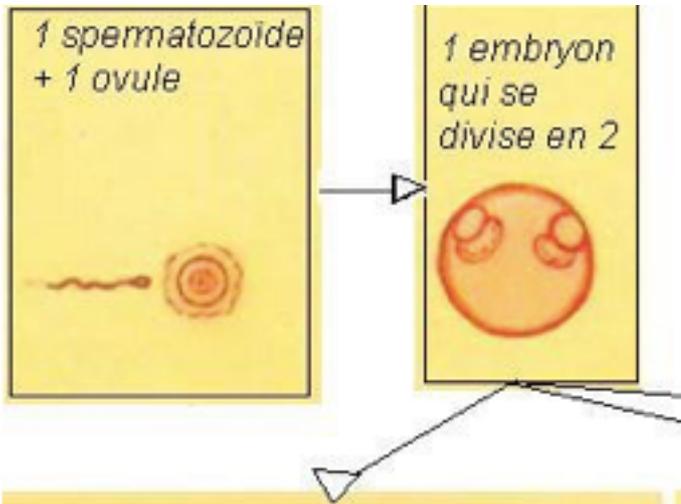
2. Grossesse gémellaire monozygote mono choriale bi amniotique:

La division de l'embryon survient dans un délai supérieur à 2 jours et inférieur à 8 jours par rapport à la fécondation (au stade de la morula ou blastocyste et avant la formation de l'amnios).

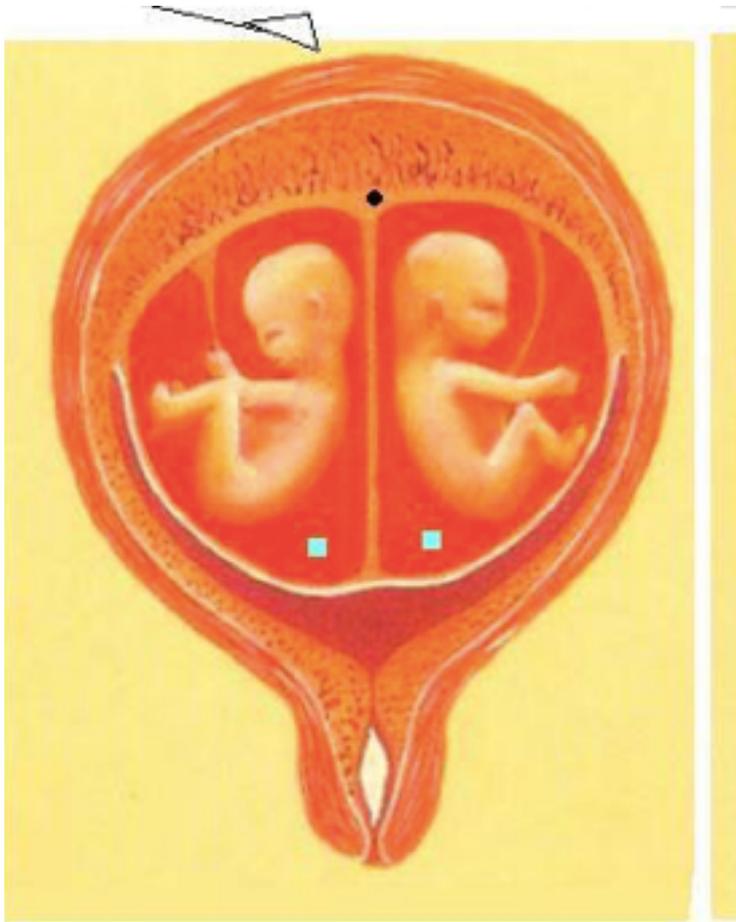
Chaque jumeau se développe dans une cavité amniotique propre à lui, la membrane qui les sépare (la cloison inter-ovulaire) est composée de deux couches

Qui sont les deux amnios = **membrane fine**

Il y a une seule masse placentaire avec un seul chorion ; dans ce cas-là une circulation sanguine commune est possible par des anastomoses vasculaires artérielles ou veineuses (= risque de STT) Elle représente 70 % des grossesses gémellaires monozygotes.



- 2 placentas
- ■ 2 sacs amniotiques



- 1 placenta
- ■ 2 sacs amniotiques

3. Grossesse gémellaire monozygote mono choriale mono amniotique:

La division de l'embryon survient dans un délai supérieur à 7 jours par rapport à la fécondation.

Les deux jumeaux se développent ensemble dans une cavité amniotique unique.

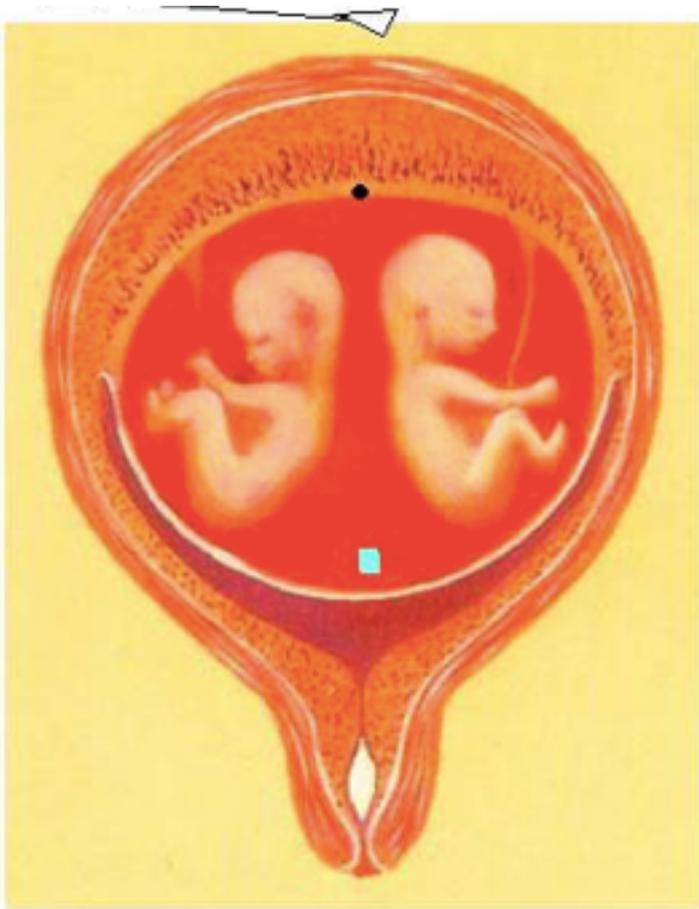
Donc il existe une seule masse placentaire, un seul amnios et un seul chorion.

Si la séparation survient avant le 12ème jour de la fécondation il se forme deux vésicules ombilicales et deux cordons

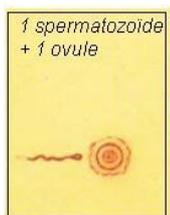
Si la séparation est survenue au 12ème ou 13ème jour par rapport à la fécondation, il se forme une seule vésicule ombilicale et un seul cordon bifurqué vers les deux jumeaux séparés.

Elle représente 1 à 2 % des grossesses gémellaires monozygotes.

Au maximum, on peut avoir des jumeaux siamois.

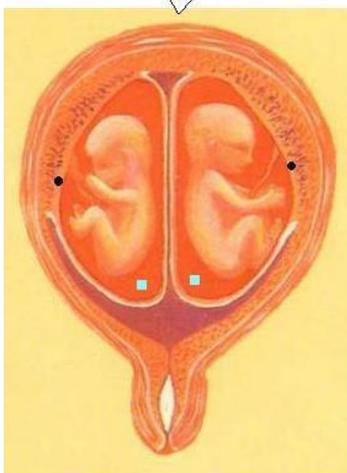


- 1 placenta
- 1 sac amniotique

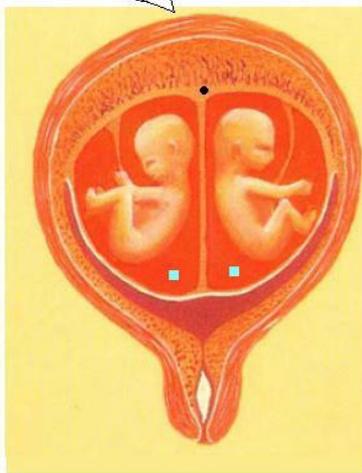


JUMEAUX MONOZYGOTES

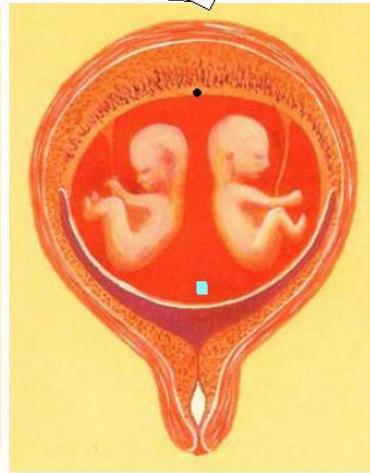
www.ac-versailles.fr



- 2 placentas
- 2 sacs amniotiques



- 1 placenta
- 2 sacs amniotiques



- 1 placenta
- 1 sac amniotique

- ❖ Grossesse dizygote (DZ) : grossesse multiple dont les embryons sont issus de deux œufs différents (faux jumeaux). Ce type de grossesse représente environ 8 pour 1000 grossesses.

C'est une grossesse issue de la fécondation de deux ovules (œufs).

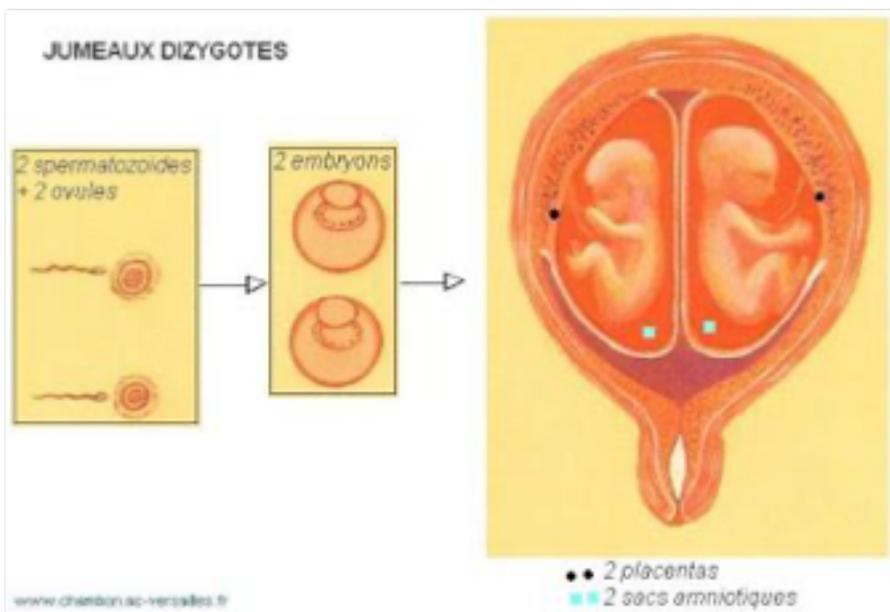
Les faux jumeaux sont génétiquement différents, ils peuvent être du même sexe ou de sexe différents. **La grossesse est toujours bi chorale bi amniotique.**

Il existe deux cavités amniotiques et chaque fœtus se développe dans une cavité amniotique propre.

On trouve deux placentas séparés mais dans certains cas, il existe une seule masse placentaire par la fusion des deux placentas ; même dans ce cas-là, il y a toujours deux amnios et deux chorions donc il n'existe pas de circulation sanguine commune par des anastomoses vasculaires.

La membrane qui sépare les deux cavités amniotiques (cloison inter-ovulaire) est composée de quatre couches :

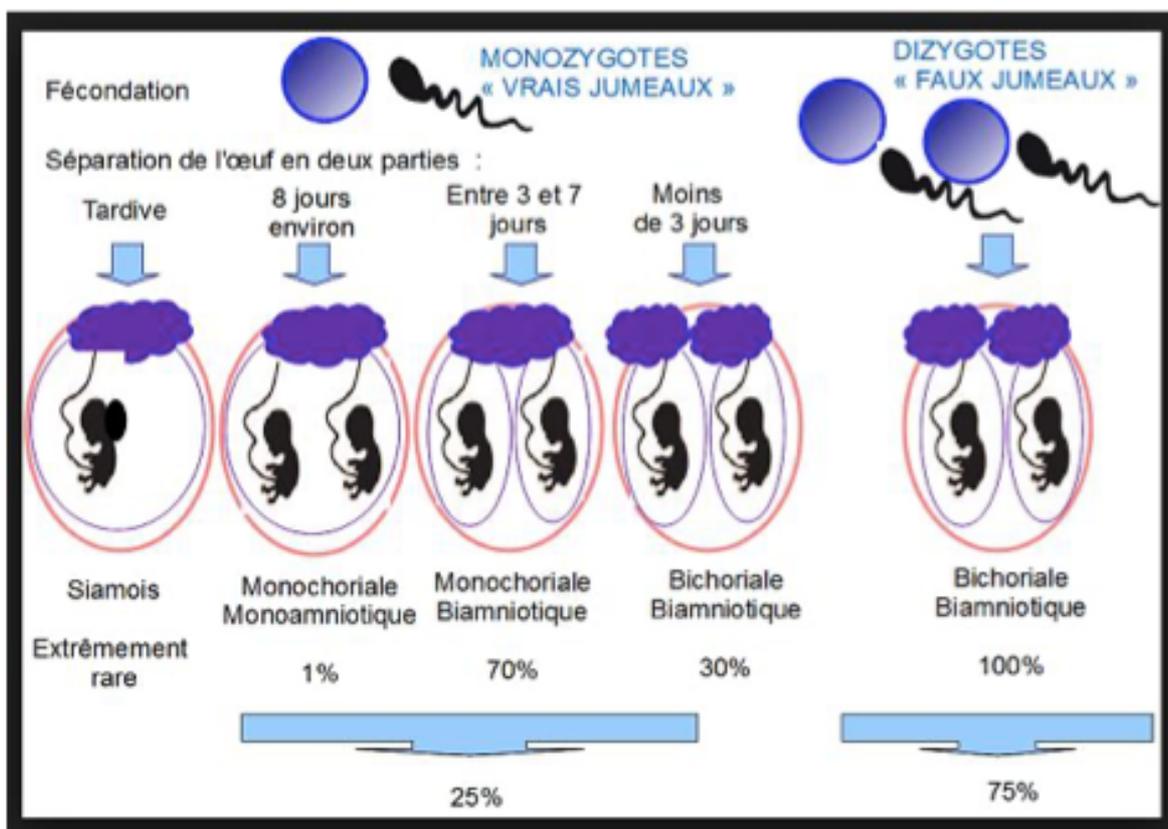
- deux amnios
- et deux chorions = membrane épaisse

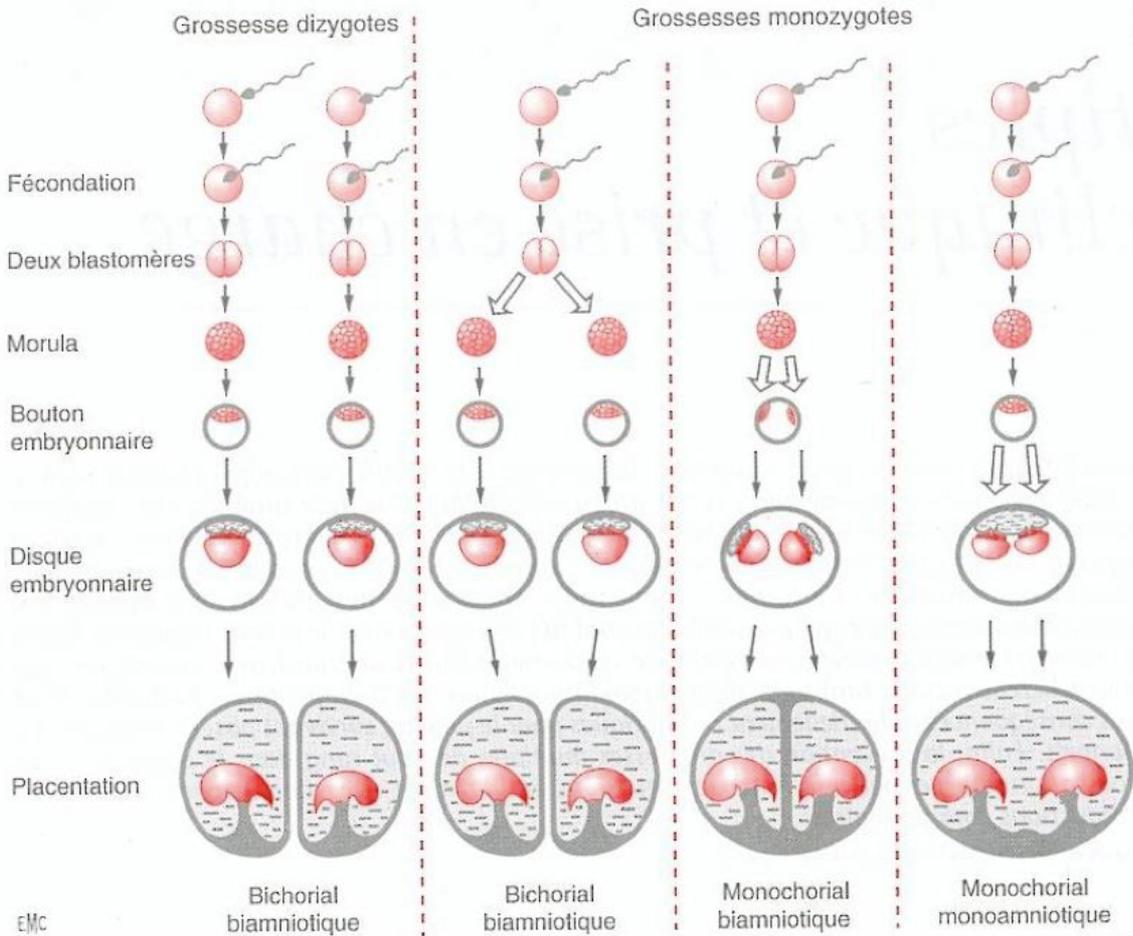


Le nombre de zygotes (œufs fécondés)

Cas particuliers : Grossesse hétérotopique = Grossesse gémellaire bi-ovulaire caractérisée par la nidation d'un œuf à l'intérieur de la cavité utérine (grossesse intra-utérine) et la nidation d'un

Autre l'œuf à l'extérieur de l'utérus. (Grossesse extra-utérine).





1) Division avant le stade de morula 5ème jour

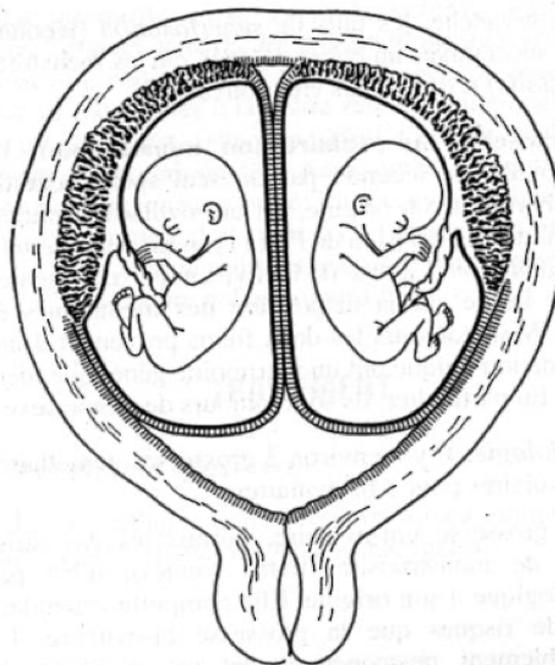
Les cellules du placenta ne sont pas encore formées

GG bi-choriale bi-amniotique

30%des monozygotes

(js d'anastomose)

cloison épaisse

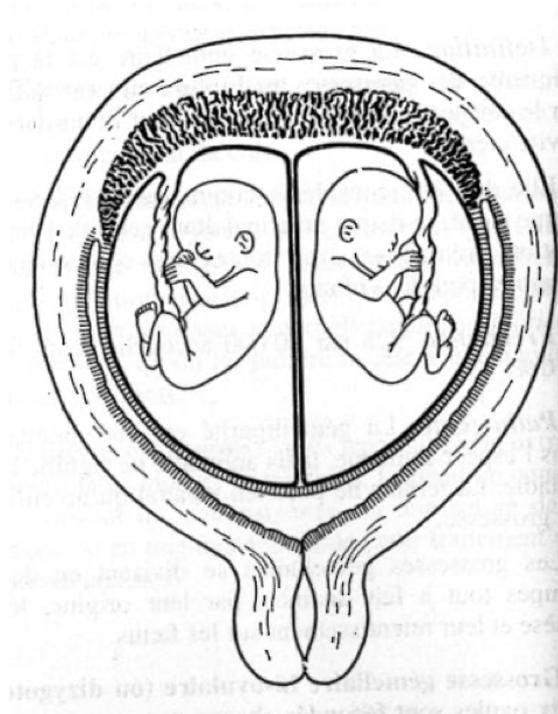


2) Division entre 5ème et 8ème jour stade bouton embryonnaire

GG mono-choriale bi-amniotique:

70% (anastomose STT)

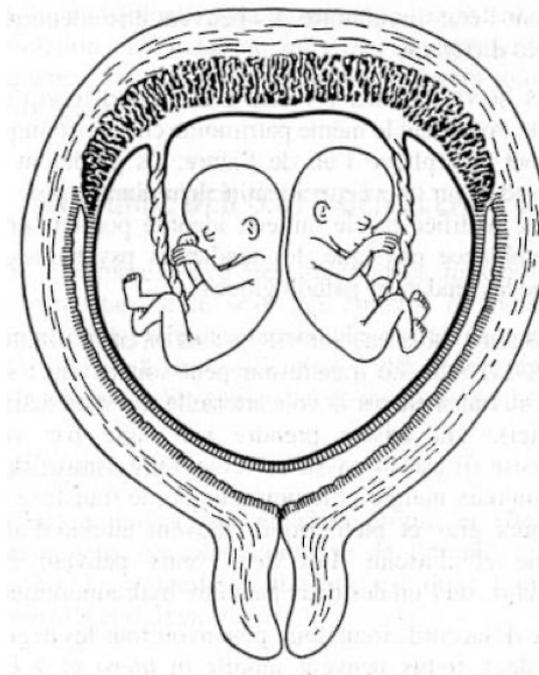
Cloison fine



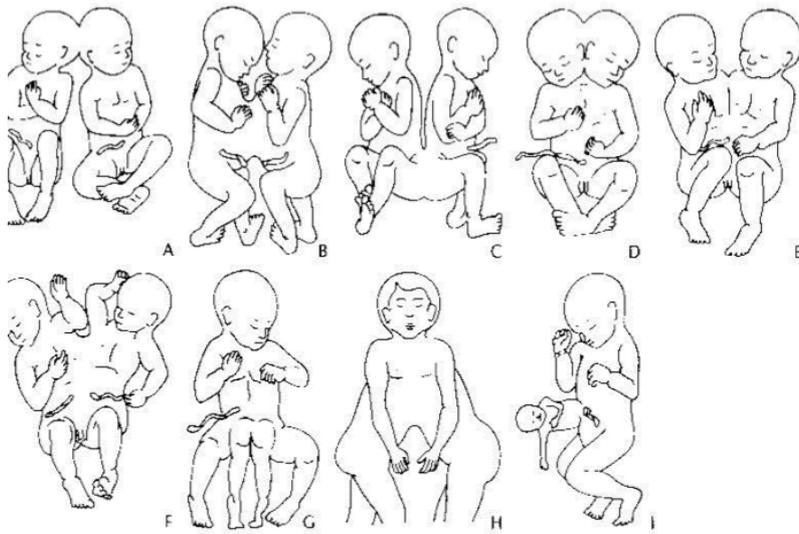
3) Division après 8ème jour: rare

GG mono choriale mono amniotique:

1% (pas de cloison)



- **Après 14ème j : monstre double: 1/100000**



5 *Jumeaux conjoints : types anatomiques (d'après H Lutz).*

- A. *Jumeaux tératopages céphalopages.*
- B. *Jumeaux tératopages thoracopages.*
- C. *Jumeaux tératopages pygopages.*
- D. *Jumeaux tératodumes sternodumes.*
- E. *Jumeaux tératodumes thoracodumes.*
- F. *Jumeaux tératodélphes pélovidélphes.*
- G. *Jumeaux tératodélphes microtes.*
- H. *Jumeaux parasites : thoracopages parasites.*

III-DIAGNOSTIC :

A-LA CLINIQUE

1- INTEROGATOIRE :

- origine ethnique de la patiente
- antécédents familiaux de GG
- antécédents personnels de GG
- GROSSESSE SPONTANÉE ou induite
- FIV
- augmentation de signes sympathique de la grossesse

2-EXAMEN CLINIQUE :

-inspection :

- Hauteur utérine excessive : discordance entre l'âge de la grossesse et le volume utérin

Diagnostic différentiel D'UNE HU EXCESSIVE :

- GLOBE VESICAL
- ERREUR DU TERME
- HYDRAMNIOS
- MACROSOMIE
- FIBROMES ET GROSSESSE

- Tumeur OVARIENNE ET GSSE

- ASCITE ET GSSE

- GSSE MOLLAIRE

-palpation :

-palpation de deux ou trois poles foetaux

-discordance entre la présentation retrouvée au TV et celle retrouvée a la palpation abdominale

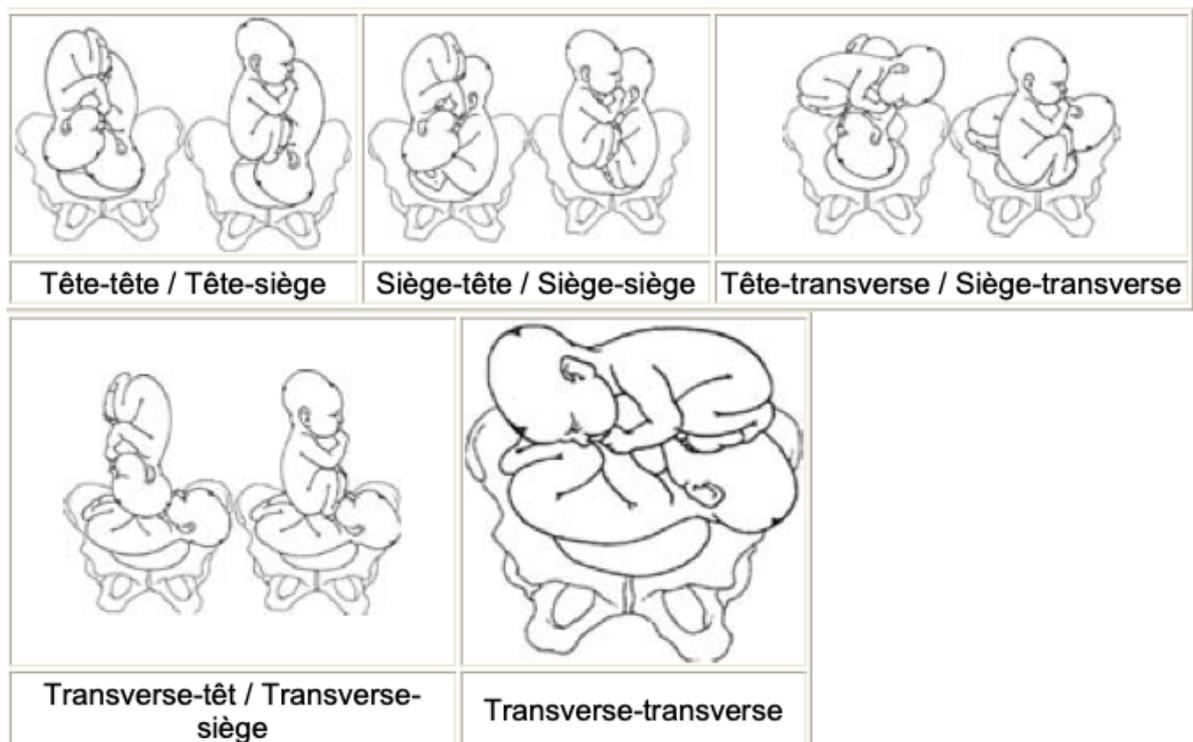
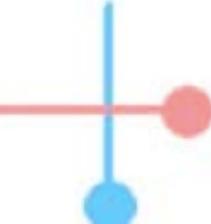
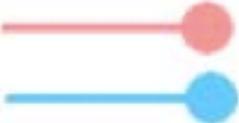


Tableau 1 : Les différentes positions des jumeaux

Juxtaposés	92,5 %			
		44,5 %	10 %	38 %
		Croisés	7,3 %	
5,5 %	1,6 %			
Superposés	0,2 %			

-auscultation : 2 foyers auscultatoires distincts

B-ECHOGRAPHIE

* LA CLASSIFICATION EST FONCTION DE LA CHORIONICITE

2 placentas et 2 poches amniotiques	grossesse bi choriale, bi amniotique
1 placenta et 2 poches amniotiques	grossesse mono choriale, bi amniotique
1 placenta et 1 poche amniotique	grossesse mono choriale, mono amniotique

* Le diagnostic de chorionicité :

Trois signes échographiques sont utiles pour différencier le type de grossesse gémellaire. Ces signes devront être

recherchés de préférence par voie endovaginale :

- Le nombre d'anneaux chorioniques.
- Le nombre de sacs vitellins.
- La présence d'une membrane.

- entre 7 et 10 SA : compte des sacs gestationnels
- entre 11 et 14 SA : présence d'une membrane et insertion de cette membrane:

- grossesses bi choriales : recherche du signe du lambda qui apparait sous la forme d'un triangle tissulaire à base placentaire.



- grossesses mono choriales : le raccord de la membrane inter-amniotique se fait à angle droit, en forme de « T » au niveau de la plaque choriale.

Si le diagnostic a été posé au 1^{er} trimestre avec images, ce diagnostic est posé de façon définitive et ne doit plus être remis en cause ultérieurement.

L'échographie du 1^{er} trimestre, comme pour les grossesses mono-fœtales est indispensable pour la datation de la grossesse et la mesure de la clarté nucale :

* ELLE PERMET UNE DATATION PRECISE DE LA GROSSESSE :

Il est fondamental de connaître l'âge gestationnel sans ambiguïté pour le suivi de ces grossesses à risque de prématurité et RCIU.

Les critères de datation sont les mêmes que pour les grossesses uniques (longueur craniocaudale de 7SA à 12 SA +++ et diamètre bipariétal après 12 SA).

-La datation de la grossesse se fait sur la LCC du plus petit fœtus.

S'il existe une discordance de plus de 10mm entre les 2 fœtus, datation sur le plus gros fœtus et nécessité d'adresser la patiente au DAN.

* Nécessité de bien identifier les 2 fœtus dès l'échographie du 1^{er} trimestre :

- JA à droite de la patiente, JB à gauche de la patiente (insertion

placentaire)

- J1 : jumeau en 1^{ère} position pour l'accouchement, déterminé souvent à

partir du 3^{ème} trimestre.

Plusieurs signes échographiques recherchés au premier trimestre de la grossesse permettent faire le diagnostic de la chorionicité et de la zygotité.

CHORIONICITE	Terme échographique	BICHORIALE (77%) (DZ : 90% MZ : 10%)	MONOCHORIALE (23%) (MZ : 100%)	
Poches amniotiques (visualisation de la membrane inter-amniotique)	8 à 10 SA	Biamniotique	Biamniotique	Monoamniotique
Sacs gestationnels (anneaux chorioniques)	5 à 10 SA	2	1 seul	
Vésicules vitellines	6 à 9 SA	2	2	1 seule
Masses trophoblastiques	-	2, distinctes	1 seule	
Insertion de la membrane inter-amniotique au niveau du trophoblaste	8 à 15 SA	Signe du « Lambda »	En forme de « T »	
Aspect de la membrane inter-amniotique	-	Epaisse	Très fine	Absente
Visualisation du sexe fœtales	2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestres	Sexe différent => DZ BC et Sexe identique : DZ ou MZ	MC => Sexe identique	

- * L'échographie endovaginale ++ permet de gagner quelques jours, minimise les risques d'erreur par excès, comme par défaut.
- * ELLE RECONNAIT LE TYPE ANATOMIQUE DE LA GROSSESSE

grossesse gémellaire mono amniotique	1 sac gestationnel et 2 embryons	
grossesse gémellaire bi amniotique bi chorale	2 sacs gestationnels et 2 embryons <u>ET</u>	<7 SA : 2 sacs distincts et 2 couronnes trophoblastiques
		>7 SA : signe du LAMBDA avec cloison épaisse
grossesse gémellaire bi amniotique mono chorale	2 sacs gestationnels et 2 embryons avec une cloison très fine à la limite de la visibilité sans signe du lambda.	

La distinction entre grossesse gémellaire BICHORIALE BIAMNIOTIQUE et grossesse gémellaire MONOCHORIALE BIAMNIOTIQUE est importante à faire au 1er trimestre de la grossesse, car le diagnostic de chorionicité :

- après 15 SA est plus difficile, voire impossible+++,

- est un facteur pronostic de la grossesse gémellaire (grossesse gémellaire bichoriale de bon pronostic, grossesse gémellaire monochoriale de moins bon pronostic,

- modifie le pronostic et la prise en charge du jumeau survivant en cas de mort in utéro de l'autre jumeau (risque de lésions viscérales et en particulier neurologiques, seulement s'il s'agit d'une grossesse gémellaire monochoriale).

* ELLE RECONNAIT LA LYSE PRECOCE D'UN DES DEUX EMBRYONS

- Phénomène fréquent : 21,5% à 70% des grossesses gémellaires, (Barrat 1977, Landy 1986),

- Clinique : métrorragies du 1er trimestre et éventuelle expulsion de débris ovulaires. Très souvent phénomène silencieux cliniquement, révélé exclusivement par l'échographie,

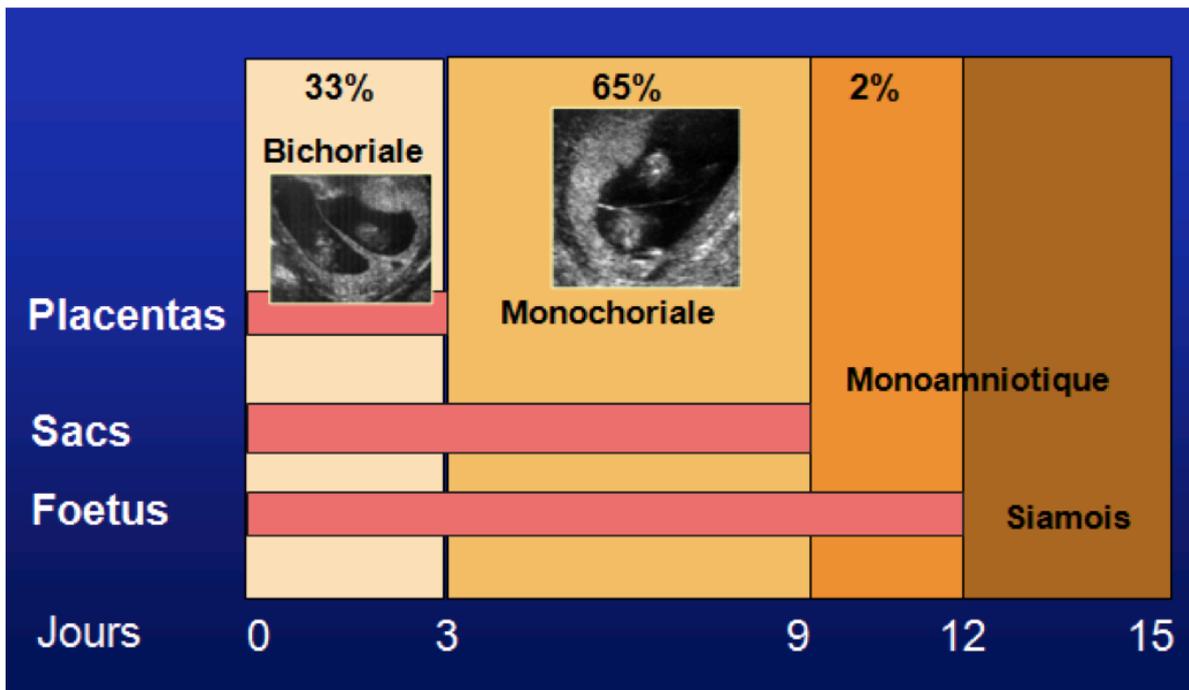
- Echographie : 1 sac avec embryon normal et 1 sac ± aplati et embryon sans activité cardiaque visible,

- Pronostic = en général bon pour l'oeuf restant.

-Au 1er trimestre de la grossesse, l'embryon disparaît complètement. Après le 1er trimestre le fœtus ne disparaît pas: fœtus papyraceus, visible en échographie tout au long de la grossesse et retrouvé plaqué contre le placenta

* DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ECHOGRAPHIQUE :

1- HEMATOME PERIOVULAIRE :défaut temporaire d'accolement des caduques(signe de NYBERG)



VII- LES COMPLICATIONS DES GROSSESSES GEMELLAIRES

1-Prématurité : la majorité des grossesses gémellaires non compliquées se terminent vers 36 semaines

2 -Retard de croissance *in utero*

3- Prééclampsie;

4-Diabète gestationnel

5 - Anémie

6 -l'hémorragie de la délivrance

7-Césarienne

8-Augmentation du risque de malformations congénitales telles une malformation

Cardiaque ;

9- La rupture prématurée des membranes chez un des jumeaux

10-Complications. Liées aux grossesses monochoriales (jumeaux identiques);

1-Syndrome transfuseur-transfusé :

a-définition

En cas de grossesse mono chorale (un seul placenta pour les deux fœtus), la complication redoutée est le syndrome transfuseur-transfusé (STT), qui touche 15 à 30 % de ces grossesses. Ce syndrome se caractérise par une mauvaise répartition du sang entre les deux fœtus : l'un en reçoit trop, l'autre pas assez. Avec la transfusion d'un jumeau (le receveur) par son cojumeau (le donneur) à travers des anastomoses vasculaires placentaires.

Une surveillance échographie bimensuelle, voire hebdomadaire, est nécessaire afin de détecter cette complication au plus tôt.

Le STT est une urgence obstétricale de diagnostic échographique facile, dont le traitement doit être réalisés dans un centre pouvant proposer une coagulation laser fœtoscopique des anastomoses placentaires

Le traitement par laser est le traitement de première intention

On recommande, en l'absence de complication après laser, de programmer l'accouchement à partir de 34 SA et au plus tard à 37 SA

Les échographies et dopplers sont plus fréquents, avec une fréquence moyenne mensuelle, voire plus s'il y a une différence de croissance importante entre les fœtus.

b -Le diagnostic :

- * une discordance de liquide amniotique (plus grande citerne < 2 cm et plus grande citerne > 8-10 cm)
- * et/ou une discordance de taille de vessie .

* A la naissance, un des jumeaux naissait rouge et pléthorique, l'autre est livide et plus petit.

* une différence des taux d'hémoglobine supérieure ou égale à 5 g/dl et la présence d'une discordance pondérale supérieure ou égale à 20 %.

* la plupart des cas, le STT est diagnostiqué au deuxième trimestre de la grossesse.

* certaines formes évoluées de STT pourront se révéler par une symptomatologie maternelle telle qu'une dyspnée consécutive d'un hydramnios, une menace d'accouchement prématuré, ou une rupture des membranes.

* Certains facteurs pourraient être prédictifs, au premier ou au deuxième trimestre de la grossesse, du développement ultérieur d'un STT : une clarté nucale épaisse; un flux veineux anormal au niveau du canal d'Arantius ; un plissement de membranes et existence d'anastomoses artério-artérielles.

Classification du syndrome transfuseur transfusé de Quintéro :

- Stade1 : discordance isolée entre les volumes de liquide amniotique.
- Stade2 : stade1+absence de visualisation de la vessie du donneur.
- Stade3 : stade1 ou 2+anomalies doppler (diastole nulle ou flux inversé au niveau des artères ombilicales, veine ombilicale pulsatile, onde A nulle ou inversée au niveau du ductus venosus).
- Stade4 : anasarque d'au moins un des deux fœtus.
- Stade5 : mort d'au moins l'un des deux fœtus

-traitement

* Les options thérapeutiques incluent un traitement médicamenteux (Digoxine, AINS) ; septotomie ; amniodrainage ; coagulation non spécifique et coagulation spécifique .

-Pronostic: En cas de mauvaise prise en charge, 60 à100 % des fœtus meurent. Les fœtus survivants souffrent de morbidité en conséquence des troubles hémodynamiques chroniques avec 25 à 40 % de risques d'avoir des séquelles neurologiques.

LE SYNDROME TRANSFUSEUR-TRANSFUSE

Il concerne exclusivement les grossesses gémellaire monochoriales biamniotiques. Il est lié à la présence d'anastomoses vasculaires entre les deux circulations foetales et à l'établissement d'un flux artérioveineux unidirectionnel non compensé à partir duquel un jumeau transfuse l'autre.

Les différents types d'anastomoses :

- Artéri-artérielles ou veino-veineuses superficielles
- Artérioveineuse, profondes, à l'origine d'un déséquilibre entre les deux circulations et du syndrome de transfusion interfoetal.

L'expression de ce syndrome est variable :

- les formes très précoces, avec MFIU seraient responsable de 50% des fœtus papyracés,
- le monstre acardiaque, dont la circulation est assurée par le jumeau sain. Les anomalies seraient la conséquence des conditions circulatoires,
- les formes mineures, d'apparition tardive (> 30 SA) habituellement de bon pronostic,
- les formes aiguës au moment de l'accouchement (hypovolémie et anémie de l'un des jumeau et pléthore avec polyglobulie chez l'autre, souvent sans différence de poids notable); elles sont liés à un transfert rapide de sang à travers des anastomoses artéri- artérielles ou veino-veineuses.

2- les malformations spécifiques des grossesses monochoriales :

- Monstres acardiaques : 1/35 000 naissances et 1% des grossesses monochoriales (Napolitani 1960) ; il s'agit d'une grossesse gémellaire monoamniotique comportant un fœtus sain et un fœtus acardiaque c'est à dire dont la vascularisation est dépendante du fœtus sain ; sa morphologie est souvent réduite à une masse informe exceptionnellement à un fœtus polymalformé sans cœur individualisé.

- Monstres doubles, ou jumeaux conjoints ou "siamois" des grossesses monoamniotiques 1/100000 naissances (Winter 1988).

- Foetus in foetu, c'est à dire correspondant à l'inclusion d'un fœtus (parasite) à l'intérieur du corps normal de l'autre (autosite) soit 1/500.000 naissances (Willis 1962), 20 cas publiés dans la littérature.

- Troubles de fermeture du tube neural (susceptibilité familiale portant à la fois sur la gémellité et les anomalies de fermeture du tube neural?),

- Hydrocéphalies,
- Fentes faciales,
- Cardiopathies,

MALFORMATIONS	SINGLETONS	JUMEAUX
anencéphalie	9.1	21.2
hydrocéphalie	5.5	16.3
tétralogie de Fallot	1.8	8.2
canal artériel persistant	17.5	86.1
poumon	2.4	16.3
fente labiopalatine	12.4	24.6
appareil urinaire	4.1	12.3
membres	0.9	8.2
omphalocèle	3.6	16.4

- 2- **autres complications des grossesses monochoriale monoamniotique**, un autre risque s'ajoute à celui du STT : celui de l'enchevêtrement des cordons. Comme il n'y a pas de cloison entre les fœtus qui partagent la même poche amniotique, leur cordon ombilical risquent en effet de s'enrouler entre eux. Une surveillance accrue est nécessaire dès 22-30 SA.

11- Les anomalies sont plus fréquentes.

- Placentas bas insérés,
- Anastomoses vasculaires,
- Insertions vélamenteuses et marginales du cordon (de 1% pour grossesses uniques à 16,5% pour grossesses gémellaires),
- Accidents funiculaires (grossesses gémellaires monoamniotiques),
- Artère ombilicale unique (de 0,5% pour grossesses uniques à 7% pour grossesses gémellaires, d'après Ramos- Arroyo 1988).

VI-Suivi des grossesses gémellaires

Dès le début de la grossesse

- connaissance du type de GG
- Mise en place d'une surveillance adaptée
- connaissance rapide des principales complications
- Problèmes spécifiques de prise en charge :
 - a) Prise en charge du STT : Centre de référence / compétence
 - b) Dépistage de la trisomie 21 / Pathologies sur l'un des fœtus

-Prise en compte du caractère mono chorial pour les gestes de médecine fœtale diagnostiques ou thérapeutiques

Le dernier RDV doit avoir lieu à 36-37SA :

- Voie d'accouchement
- Information de la patiente du déroulement de l'accouchement par voie basse.
- Consultation d'anesthésie plus précoce , aux alentours de 32SA.

A-Surveillance des grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques

Il est recommandé d'effectuer une surveillance mensuelle en consultation et une surveillance bimensuelle en échographie

Le terme optimal d'accouchement d'une grossesse mono choriale non compliquée est inférieur au terme optimal d'accouchement d'une grossesse bi choriale. Il est raisonnable d'envisager l'accouchement à partir de 36 SA sans dépasser 38 SA + 6 jours avec une surveillance rapprochée.

B-Surveillance des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques

Un suivi mensuel est recommandé ,En cas de BMI entre 19 et 25, la prise de poids totale recommandée est de 16 à 24 kg .

Une échographie mensuelle avec estimation du poids fœtal et doppler ombilical est recommandée .

Une surveillance échographique plus rapprochée est conseillée s'il existe une discordance de poids supérieure à 20-25 % entre les 2 fœtus . En raison du risque augmenté de complications obstétricales, un suivi plus rapproché au dernier trimestre

C-Grossesses mono choriales mono amniotiques

Ce type de grossesse gémellaire est associé à une forte mortalité liée à la présence quasi systématique d'un enchevêtrement des cordons.

L'intensification de la surveillance obstétricale à partir de 27-30 SA est requise . Celle-ci peut se faire en hospitalisation dans une maternité de type III ou en externe en lien avec une maternité de type III.

Une naissance à partir de 32 SA et avant 36 SA est recommandée

La césarienne doit être privilégiée .

V – conduite à tenir devant un accouchement des grossesses gémellaire

L'accouchement de jumeaux demeure, comme la grossesse gémellaire, à risque. Le taux d'extraction instrumentale et de césarienne est plus élevé que pour une grossesse unique. Le risque d'hémorragie de la délivrance est également majoré car le placenta est plus volumineux et l'utérus, plus distendu, se contracte moins efficacement, entravant le phénomène de ligature naturelle des petits vaisseaux de l'utérus.

A-LES CONDITIONS

1-Monitorage obstétrical

Il doit être systématique, continu, pendant toute la durée de l'accouchement et intéressant les 2 jumeaux en même temps :

- par voie externe pour J2
- par voie externe pour J1 au début du travail puis par électrode scalp dès la rupture des membranes.

2- la péridurale :

Inconvénients :

- augmenter la dystocie dynamique par hypocinésie et le recours à la perfusion ocytotique
- augmenter le nombre d'extractions instrumentales.

Les avantages :

- l'analgésie de qualité pendant un travail peut-être un peu plus long
- la possibilité d'effectuer des manœuvres sans recours à l'anesthésie générale

3-Personnel suffisant

Présence de l'anesthésiste et du pédiatre en salle d'accouchement

B - Déroulement de l'accouchement :

Déclenchement d' un accouchement gémellaire :

Déclencher un accouchement gémellaire peut se discuter soit du fait d'une pathologie de la grossesse soit du fait d'un dépassement de terme :

- pathologie de la grossesse (RCIU, HTA) : du fait de l'association des risques, elle doit bénéficier plutôt d'une césarienne

- dépassement de terme

La sur-distension de l'œuf gémellaire n'est qu'une contre-indication relative au déclenchement dont l'indication doit simplement être bien réfléchi. Le col est habituellement déjà très favorable, déhiscent à plusieurs centimètres. La perfusion ocytotique avec rupture fréquente des membranes est une proposition d'autant plus acceptable que la présentation est céphalique et suffisamment basse.

Les grossesses gémellaires sont moins longues que les grossesses uniques. D'ailleurs sur le plan respiratoire, les jumeaux sont matures deux semaines plus tôt que les bébés issus d'une grossesse unique

Dans ses recommandations pour la prise en charge des grossesses gémellaires, le CNGOF rappelle ainsi les échéances suivantes :

- en cas de grossesse **bichoriale** non compliquée, l'accouchement, s'il n'est pas survenu auparavant, est souvent programmé entre 38 SA et 40 SA

- en cas de grossesse **monochoriale biamniotique** non compliquée, l'accouchement est programmé entre 36 SA et 38 SA + 6 jours

- en cas de grossesse monochoriale monoamniotique, il est recommandé de faire naître ces jumeaux encore plus tôt, entre 32 et 36 SA.

Le mode d'accouchement sera choisi en fonction du terme de la grossesse, du poids des bébés, de leurs positions respectives (visibles à l'échographie), de leur état de santé, de la chorionicité, de la largeur du bassin. En cas de grande prématurité, d'un retard de croissance sévère, d'une souffrance fœtale chronique, d'une grossesse monochoriale monoamniotique, une césarienne est généralement pratiquée d'emblée.

Si la voie basse est tentée, elle est réalisée dans une salle de césarienne avec un gynécologue obstétricien ayant une pratique de l'accouchement gémellaire et celle d'un anesthésiste.

Par ailleurs, tout doit être fait pour raccourcir le délai entre la naissance des deux bébés, car le deuxième jumeau est davantage exposé à différentes complications de l'accouchement : mauvaise présentation, contractions inefficaces, souffrance foetale suite à un décollement partiel du placenta après la naissance du premier bébé, procidence du cordon, etc.

1-Accouchement du premier jumeau :

L'accouchement de J1 répond aux mêmes règles que celles d'une grossesse mono-foetale.

Lorsque la voie basse est autorisée ce qui est la règle

la conduite de l'accouchement de J1 est classique :

- Mise en place d'une perfusion ocytotique avant le début des efforts expulsifs ; elle sera utile à J1 et sûrement favorable à J2 ou à la délivrance.

- Indication assez large d'épisiotomie tant pour minimiser le traumatisme de l'enfant généralement petit que pour favoriser une éventuelle manœuvre sur J2.

- Recours plus fréquent à une rotation manuelle du fait d'un défaut de rotation.

- Extractions instrumentales plus nombreuses par effort expulsif moins efficace.

- Clampage du premier cordon dès la sortie de J1 du fait des possibilités d'anastomose vasculaire.

2-Intervalle libre

Sa durée optimale doit être comprise entre 5 et 15 minutes, il faut mettre à profit cette période pour clamer la perfusion ocytocique le temps de :

- Contrôler les paramètres maternels (tension, pouls) et fœtaux (remise en place du capteur externe)

- Vérifier la présentation de J2 en soulignant l'intérêt de l'échographie en salle de travail.

3-Accouchement du deuxième jumeau

La prise en charge de l'accouchement du 2e jumeau doit être active afin de raccourcir le délai entre la naissance des 2 jumeaux car il existe un lien entre la durée de ce délai et :

- La dégradation progressive des paramètres acido-basiques néonataux
- L'augmentation du nombre de césarienne sur J2
- La morbidité néonatale de J2

Conduite pratique :

- Dès le dégagement de la tête de J1, arrêt de l'ocytocine.

- Dès l'accouchement de J1 : s'assurer de l'enregistrement continu du RCF de J2

- toucher vaginal pour évaluer la présentation de J2 et sa hauteur

- réinjection de l'APD

- dérivé nitré prêt à l'emploi en cas d'hypertonie utérine

- intervention rapide :

si présentation de J2 céphalique :

- Engagée ou fixée : reprise de l'ocytocine, RAM puis voie basse spontanée ou extraction instrumentale.
- Haute : version/grande extraction à membranes intactes (ou après RAM si échec).

Si présentation de J2 transverse : version/grande extraction à membranes intactes (ou après RAM si échec). Mais la césarienne est avantageuse en terme de score d'Apgar et pour les moins de 2 kg ou lorsque les membranes rompues depuis un certain temps hypothèquent les chances de version avec un minimum de traumatisme.

Si présentation de J2 en siège :

- L'accouchement est habituellement eutocique après rupture des membranes.
- En cas de souffrance ou de retard à l'engagement cela reste une excellente indication de grande extraction à membranes intactes (ou après RAM si échec).

mais la césarienne reste hautement préférable en terme de mortalité néonatale dans le cas contraire.

4- la Délivrance

- En général, qu'il y ait un ou 2 placentas, ils sont expulsés après la naissance des 2 jumeaux. Il est rare que le placenta de J1 s'expulse avant la naissance de J2 et ceci ne semble pas affecter la morbidité de J2.
- Les hémorragies de la délivrance sont plus à craindre du fait d'une plus large surface d'insertion placentaire et surtout de l'inertie fréquente propre aux gros utérus. Il est indispensable de maintenir longtemps la perfusion ocytocique et la surveillance en salle de travail.

Le risque d'hémorragie du post-partum étant très augmenté, sans être systématiques, les indications de DA/RU sont très larges.

C-Dystocie gémellaire

Elle concerne 2 situations rares : Accrochage des fœtus

Si l'on a rapporté des accrochages sommet-sommet, siège-siège ou sommet-transverse, ils sont rares et de peu de conséquence car la dystocie, entièrement in utéro, est évoquée sur l'absence de progression et résolue par césarienne.

La vraie dystocie est l'accrochage par les mentons, le premier fœtus se présentant en siège et le second en sommet.

- C'est la plus fréquente (7 sur 10) et la plus dangereuse car le diagnostic n'est fait que lors de l'expulsion partielle de J1

D- les indication de Césarienne en cas de grossesse gémellaire

- Indication Prophylactique

- dystocie osseuse,

-placenta prævia

- présentation transverse pour J1.

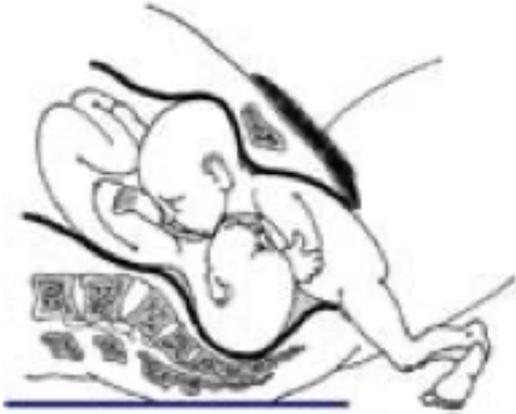
-L'utérus cicatriciel : l'effet de sur-distension peut faire craindre théoriquement une rupture.

-La présentation du siège : . La plupart des auteurs préconisent une césarienne prophylactique lorsque J1 est en siège du moins chez la primipare et avant 36 SA mais beaucoup acceptent la voie basse chez les multipares ou chez les primipares après 36 SA à condition d'un pelvimétrie normale.

Certains auteurs conseillent la césarienne de principe si l'un des jumeaux (J1 ou J2) est en siège, à fortiori après 34 SA.

- Essentiellement les dystocies dynamiques et les souffrances fœtales de l'un des jumeaux.

-Avant 32SA, si la patiente arrive en travail spontané, il est recommandé de pratiquer une césarienne.



Protocole élaboré par le groupe Périnatal du GGOLFB – 2017

1) Accouchement Grossesse gémellaire Bichoriale Biamniotique

***Timing:** maximum 38 semaines

* **Intervalle entre les 2 naissances:** au plus court – idéal < 15' – max.30'

❖ **Mode et voie d'accouchement: J1 céphalique** – Envisager pelvimétrie vers 34-36 semaines

Attitude active J2 (sur poche intacte et utérus non tonique)

Pas de VME (risque c/s J2)

GE si siège J2

VMI/GE si transverse ou céphalique non engagée J2

[médiane délai: 5' – taux c/s J2: 0%]

Attitude semi-active J2 (sur poche rompue et CU)

Pas de VME (risque c/s J2)

VMI/GE si transverse J2

Poussées si céphalique ou siège non engagé J2

[médiane délai: 9' – taux c/s J2: 5%]

❖ **Mode et voie d'accouchement: J1 siège**

Attitude 1

Césarienne électorive

Attitude 2

100% critère accouchement siège singleton

< 30% discordance estimation poids fœtaux

J1 siège voie basse // singleton

J2 cfr attitude active ou attitude semi-active J2

❖ **Mode et voie d'accouchement: J1 transverse**

Césarienne électorive

❖ **Mode et voie d'accouchement: si utérus cicatriciel**

Césarienne électorive

Facteurs de risque pour c/s J2 post VB J1:

- Atcdt c/s: OR 2,8
- DPPNI: OR 3,6
- Procid. cord.: OR 9,2
- Siège J2: OR 3,6

2) Accouchement Grossesse gémellaire Monochoriale Biamniotique

- **Intervalle entre les 2 naissances:** au plus court (risque STT) – CTG continu - Clampage immédiat cordon J1
- **Cas particuliers**
 1. **GG MonoC BiA non compliquée:** Timing: maximum 36-37 semaines (risque MIU x 4-8 // GG Bich)
 2. **GG MonoC BiA traitée/laser:** Timing: maximum 36 semaines (risque MIU x 4-8 // GG Bich- STT aigu)
 3. **GG MonoC BiA traitée/laser compliquée septotomie large :** Timing: 32-33 semaines (//MonoA) -> C/S élective
 4. **GG MonoC BiA traitée/laser compliquée MIU:** à considérer comme grossesse unique GHR (pas de C/S élective)
 5. **GG MonoC BiA traitée/laser compliquée RCIU précoce:** Timing: 33 semaines: C/S
 6. **GG MonoC BiA traitée/laser compliquée récursive STT :** Timing: < 28-30 semaines: 2^{ème} laser ?
> 28-30 semaines: C/S

❖ **Mode et voie d'accouchement: J1 céphalique** – Envisager pelvimétrie vers 34-36 semaines

Clampage immédiat cordon J1

Attitude active J2 (sur poche intacte et utérus non tonique)

Pas de VME (risque c/s J2)

GE si siège J2

VMI/GE si transverse ou céphalique non engagé J2

[médiane délai: 5' – taux c/s J2: 0%]

Attitude semi-active J2 (sur poche rompue et CU)

Pas de VME (risque c/s J2)

VMI/GE si transverse J2

Poussées si transverse ou siège non engagé J2

[médiane délai: 9' – taux c/s J2: 5%]

- ❖ **Mode et voie d'accouchement:** si J1 siège
ou J1 transverse ou J2 < 1500g
ou si utérus cicatriciel > Césarienne élective

Facteurs de risque pour c/s J2 post VB J1:

- Atcdt c/s: OR 2,8
- DPPNI: OR 3,6
- Procid. cord.: OR 9,2
- Siège J2: OR 3,6

3

3) Grossesse gémellaire Monochoriale Monoamniotique Surveillance et accouchement

- **Risques:** enroulement des cordons -> MIU (MPN 10-40%), (M)AP, malfo.cong. (20%), RCIU.
- **Surveillance échographie** (bien-être, croissance, morphologie, cordons) / 2-3 sem. < 16 sem
- < 26 -28 semaines:
 - **Maturation pulmonaire fœtale :** betaméthasone 12mg x2 à 24h d'intervalle
ou dexaméthasone 6mg x 6 à 12h d'intervalle
- **Intensification surveillance:** 2 alternatives:

Surveillance ambulatoire

CTG x 4 / semaine

Echo-doppler x 2 / sem.

Hospitalisation si nécessaire

Surveillance hospitalisation (< 28-30 sem.)

CTG x 3 / jour

Echo-doppler / 48h

- ❖ **Mode et voie d'accouchement:** Timing: 33 sem. (32-34 sem.) – Césarienne élective

4) Accouchement grossesse gémellaire prématurée

- > 32 semaines: pas d'indication de C/S élective si J1 céphalique
- Si J1 siège: -> C/S
- Si RCIU: C/S élective
- Si J2 siège > 32 semaines: risque augmenté de C/S J2 mais MoMo idem
-> à évaluer au cas par cas
- Si J2 siège < 32 semaines ou < 1500 g > C/S

5) Accouchement grossesse gémellaire différée

Définition: l'accouchement différé est la tentative de prolongation de la grossesse au décours de la naissance du 1^{er} foetus d'une grossesse multiple avant la viabilité (< 24 semaines).

Prise en charge proposée après accouchement du foetus n°1

1. Critères d'exclusion pour un accouchement différé avec cerclage
 - I. Monochorionicité ?
 - II. Rupture prématurée des membranes du 2^{ème} jumeau
 - III. Décollement placentaire, hématome rétro-placentaire
 - IV. Pathologies maternelles (pré-éclampsie...)
 - V. Chorioamnionite
 - Critères de chorioamnionite sur liquide amniotique:
 1. LDH > 420 UI/L
 2. Glu < 17 mg/dL
 3. GB > 50 él/mm³
 4. Examen direct et culture bactériologique (+)
2. Expulsion du 1^{er} jumeau, placenta laissé in-situ
3. Ligature du cordon le plus haut possible (*fil de soie*)
4. Cerclage vaginal (technique de McDonald ou Würm)
5. Antibiothérapie IV à large spectre (type céphalosporines du 2^{ème} groupe, céfuroxime, Zinacef®)
6. Tocolyse par AINS (suppositoires d'indométacine, Dolcidium®) 48 heures

VI- les cas particuliers

-La mort d'un des jumeaux in utéro : césarienne d'emblée pour certains, surveillance pour d'autres. En général, le travail se met en route spontanément.

En cas de grossesse bi chorale, il n'existe pas d'interaction vasculaire placentaire entre les jumeaux et le décès d'un jumeau n'entraîne pas de conséquence sur le jumeau survivant. Le risque principal est l'accouchement prématuré. Si survenue d'une MFIU sur un des jumeaux, évaluer le bien être fœtal du jumeau survivant (échographie aux urgences + échographie du col)

En cas de grossesse mono chorale, les anastomoses pressentes sur la plaque chorale vont être responsables de la morbidité et la mortalité du cojumeau. Le risque de mort fœtale et d'anomalie neurologique du jumeau survivant est estimé à 12 % et 18 % respectivement, avec un risque accru d'accouchement prématuré. Une éventuelle lésion cérébrale (liée à un choc hypovolémique) n'est généralement décelable qu'entre 3 semaines et 1 mois après le décès de l'autre jumeau. Une évaluation échographique et une IRM cérébrale fœtale, à la recherche de lésions cérébrales chez le survivant, sont recommandées. Une extraction prématurée dans les heures ou jours qui suivent le décès n'est pas recommandée, car elle ne permet pas de prévenir les potentielles lésions cérébrales. Si la patiente n'a pas accouché spontanément, un déclenchement devrait être proposé à 39 SA au plus tard.

Dans les 2 cas :

Poursuite de la surveillance clinique et échographique mensuelle. Objectif de terme à 38 SA ou plus tôt en fonction de la trophicité fœtale. S'assurer de l'absence de jumeau décédé prœvia à 36 SA et si c'est le cas, programmer une césarienne.

-En cas de MAP (avec ou sans RPM), la conduite à tenir est identique à celle préconisée pour les grossesses mono-fœtales.

-En cas de PAG, les modalités de surveillance (RCF, échographie, Doppler) sont identiques à celles préconisées en cas de grossesses monofoetales

Terme d'accouchement : 38 SA

37 SA si PAG < 10^{ème} percentile

et 36 SA si PAG < 5^{ème} percentile (au moins un des 2 foetus)

VI - Conclusion

La mortalité gémellaire diminue et l'état du deuxième jumeau ne se juge plus en augmentation de la mortalité par rapport à J1 mais seulement en augmentation de sa morbidité.

Ceci est dû aux progrès de la surveillance prénatale et per-partum, à un recours plus large à la césarienne et surtout à une meilleure prise en charge de la voie basse, voie habituelle de naissance, par une équipe multidisciplinaire. **Avec L'expérience de l'opérateur qui joue ici un rôle essentiel, ce qui souligne l'importance de l'enseignement pratique.**

