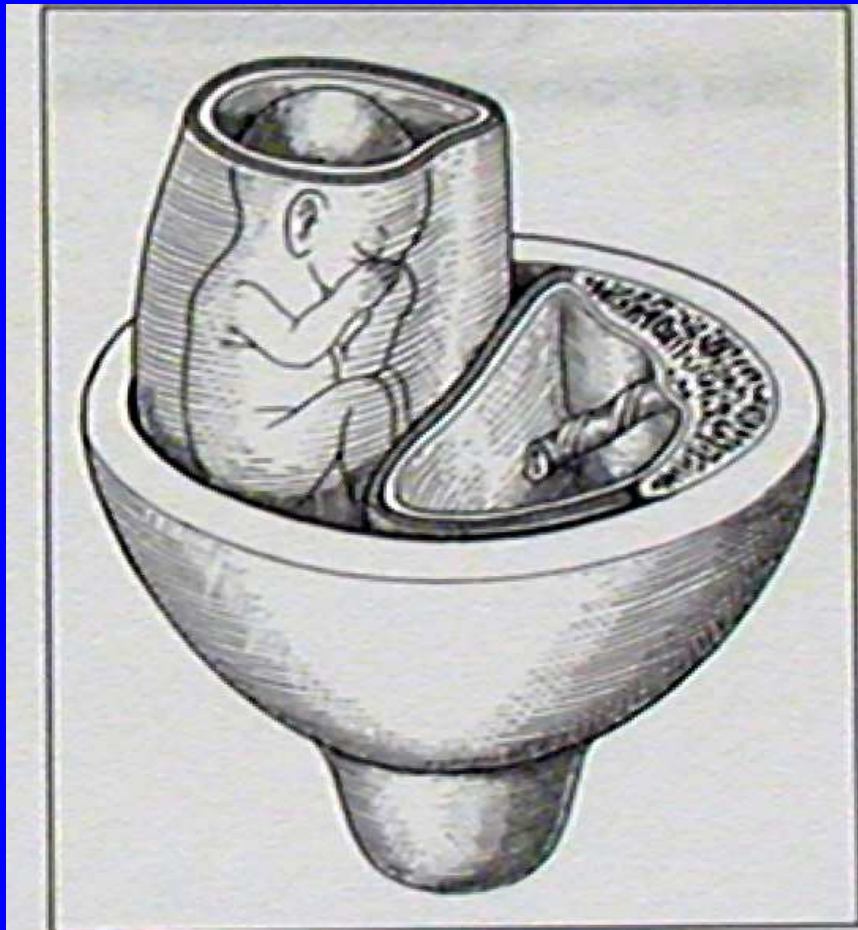
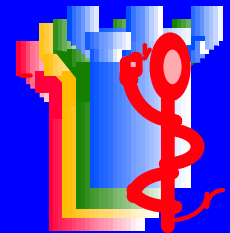


Les grossesses multiples



J. Lansac
CHU Tours

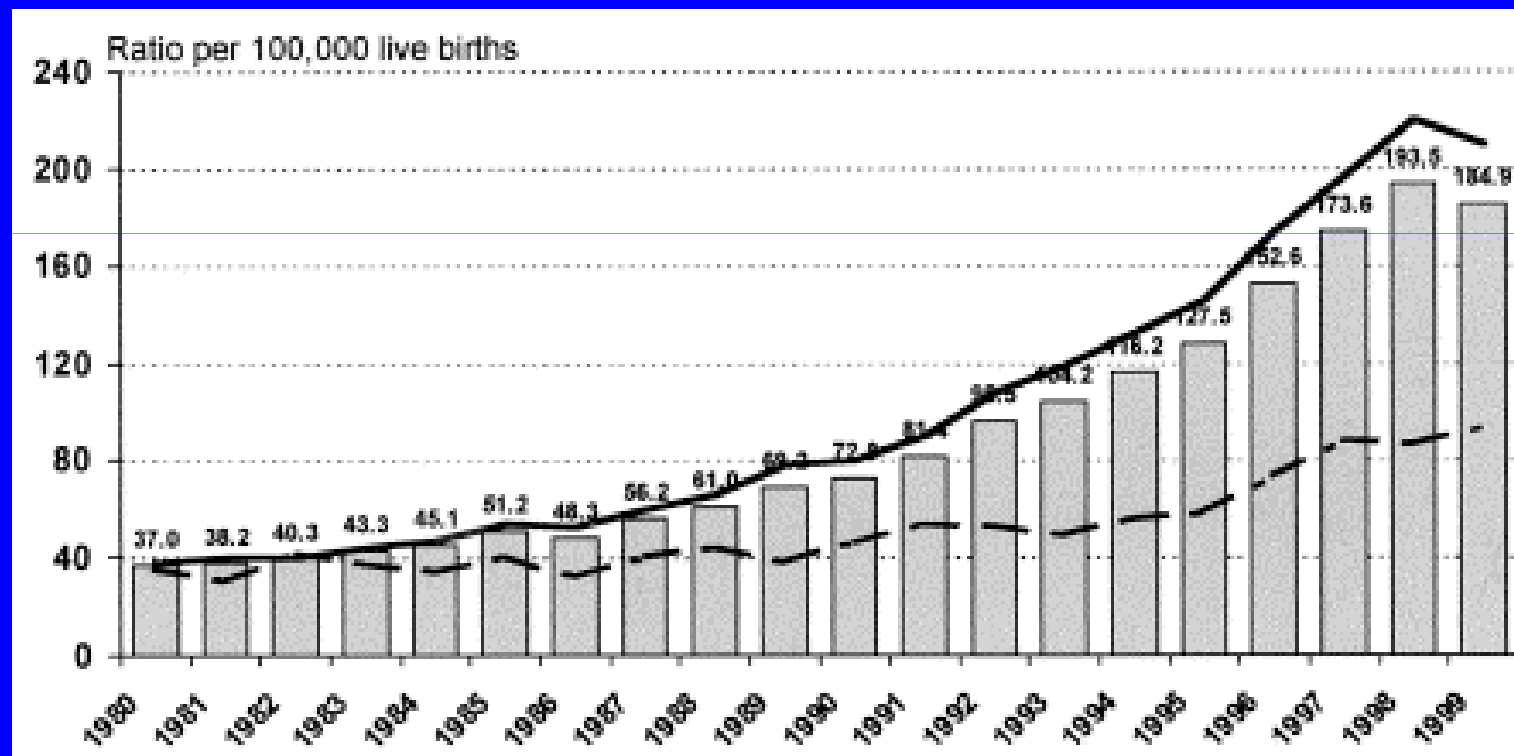


Grossesses gémellaires

- **Fréquence** 1 à 1,5% mais 10% mortalité périnatale
- **Taux en augmentation** : âge maternel
 - AMP = 25% Jumeaux en FIV
 - 1 à 2% Triplets
- **Diagnostic clinique** : HU > Gr . Unique
 - Deux fœtus
 - BDC : deux foyers
- **Diagnostic Echo**: 12 SA



Augmentation des grossesses multiples aux USA 1980-1999



Russel Obstet .Gynecol 2003 ;101:129-135

Les grossesses multiples en France pour 1000 acc. 1948-1998

16

Blondel .B J. □ *Gynecol.Obstet .Biol.reprod* 2002;31:725-740

Graphique 5 : Nombre d'accouchements multiples pour 1 000 accouchements

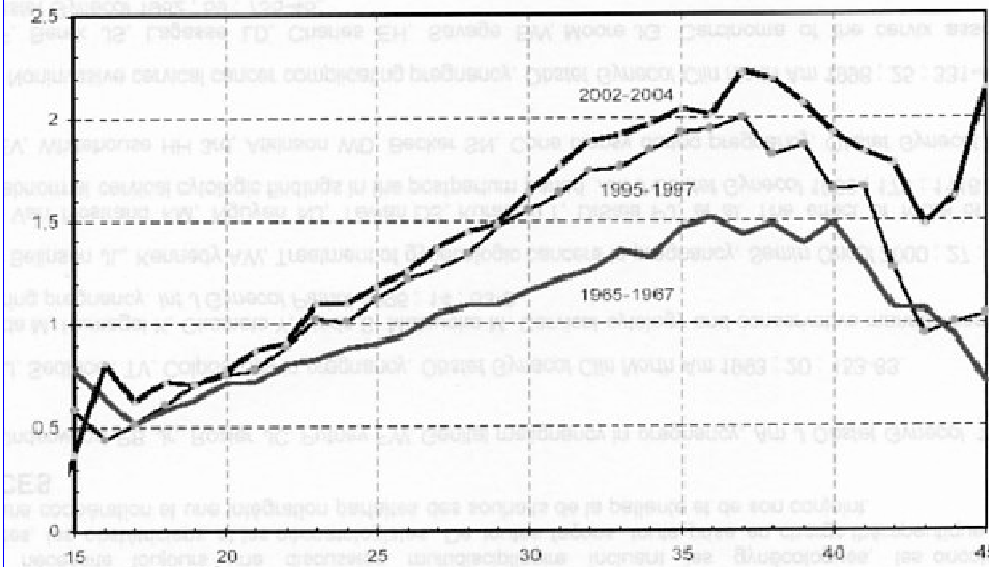


Sources : INSEE

1998

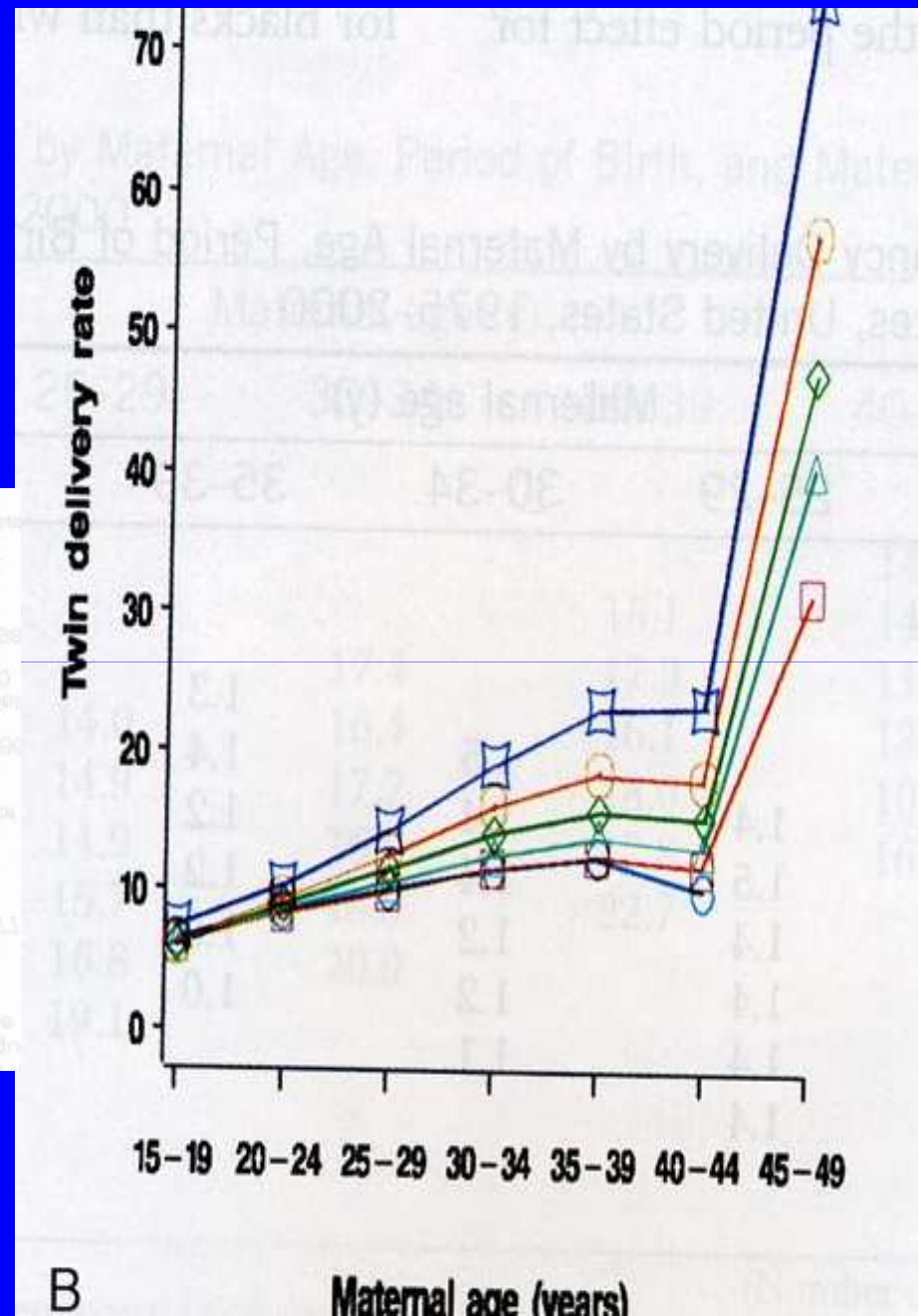
4

Taux de grossesses gemellaires & age maternel



Smulian.

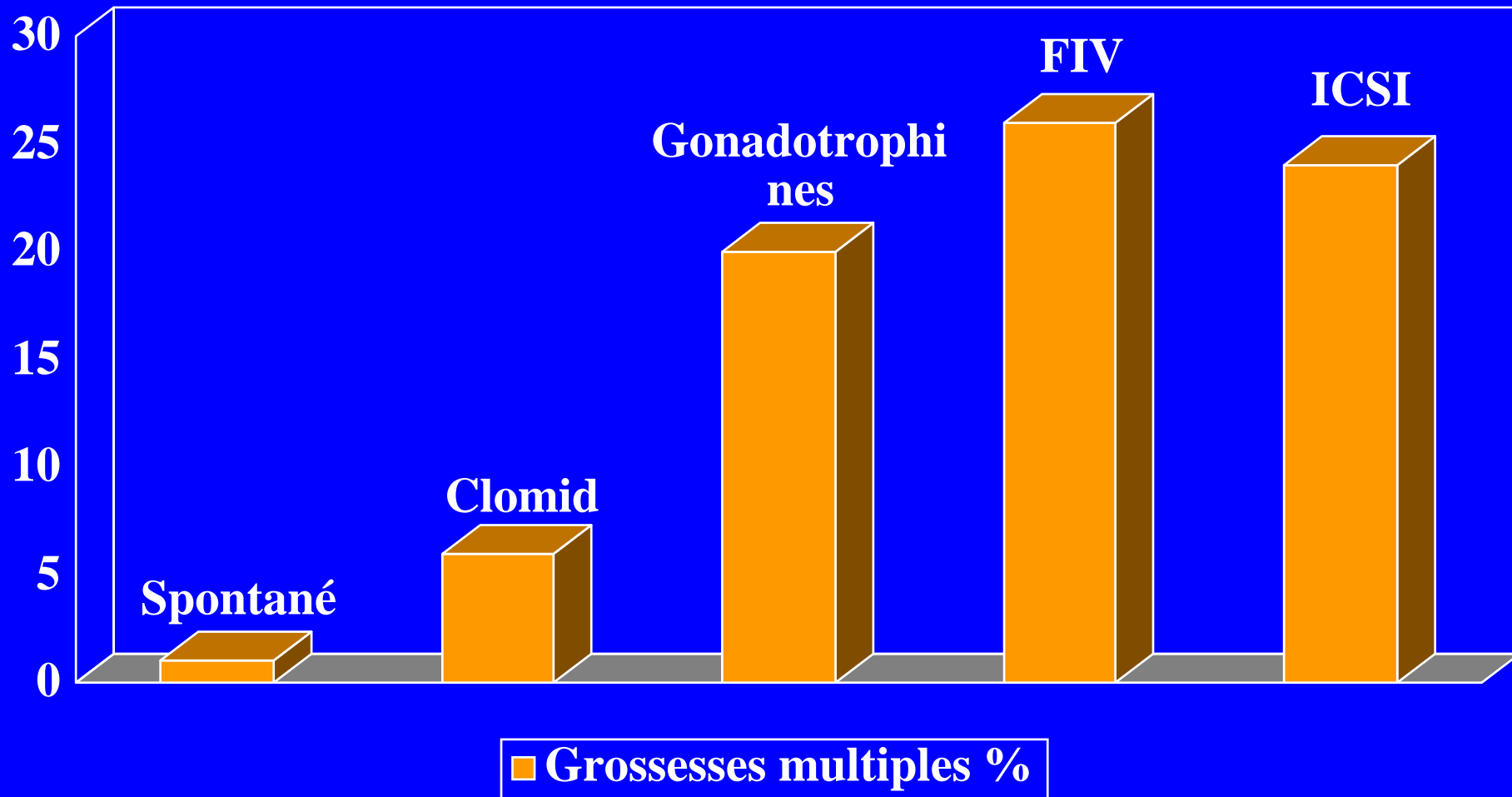
Obstet. Gynecol. 2004 104,278-285



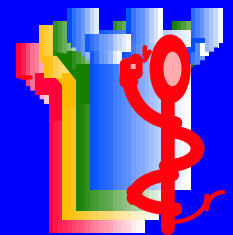
B

Maternal age (years)

Augmentation avec traitements de la stérilité

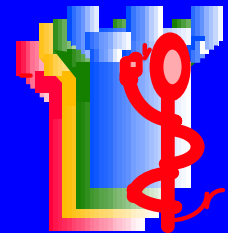
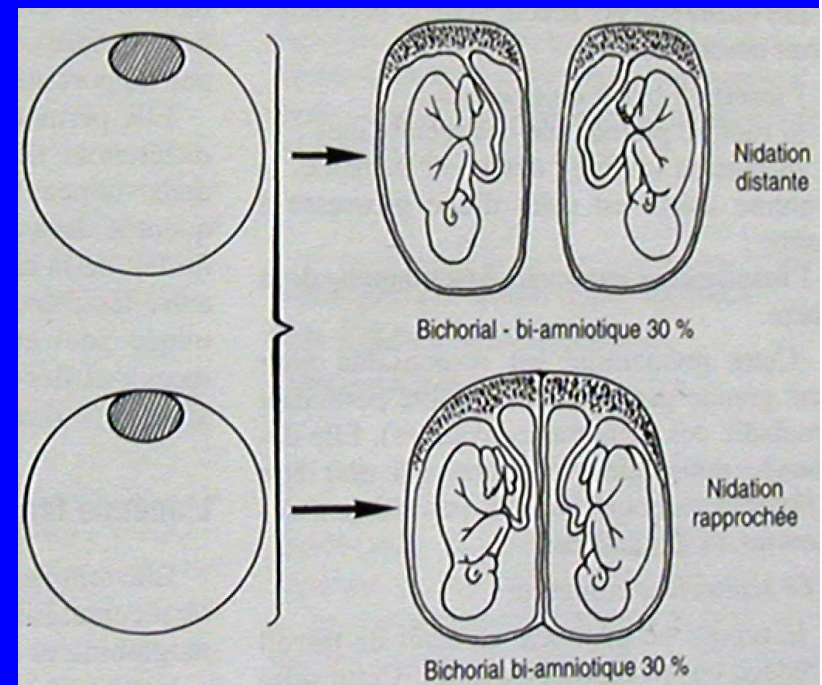
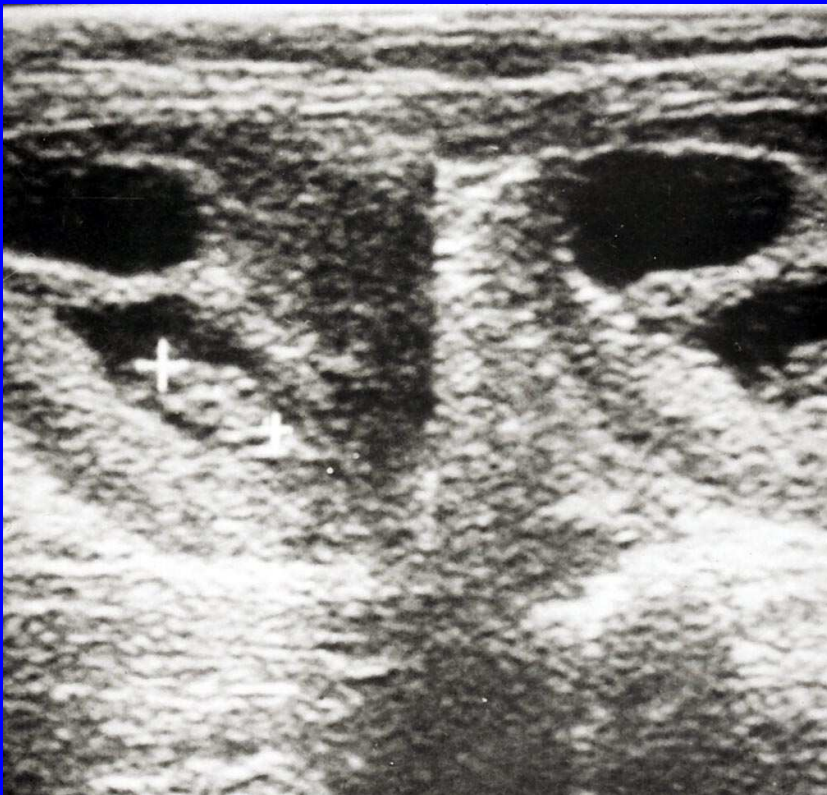


Différents types de Jumeaux



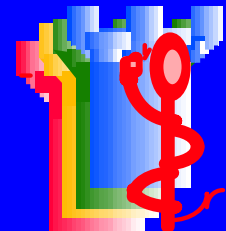
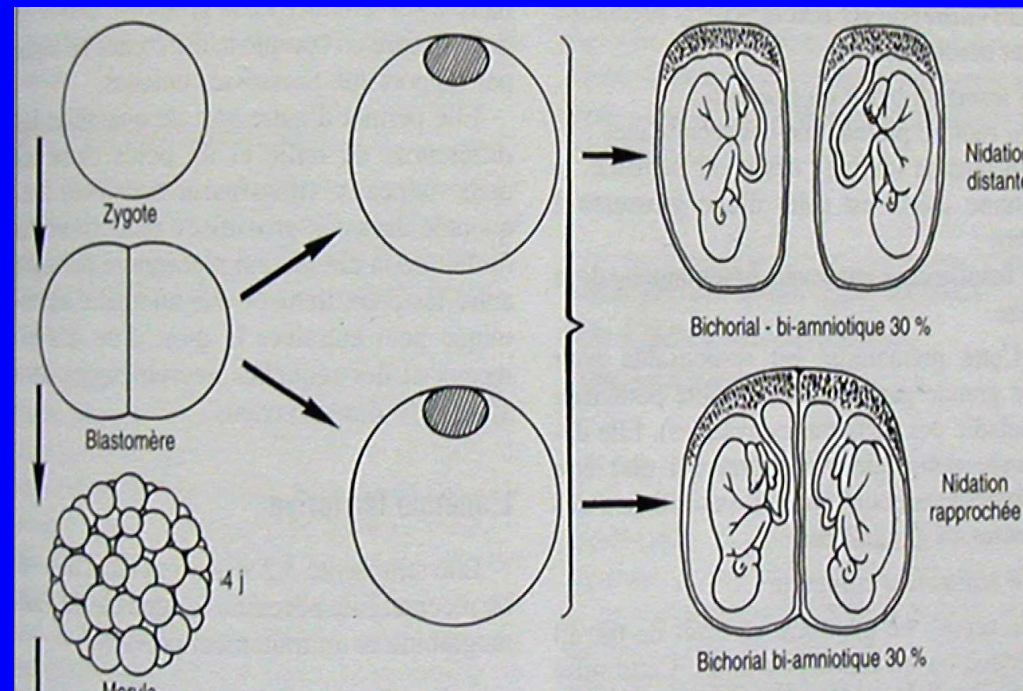
Grossesse dizygote

- Antécédents familiaux ,AMP
- Parité élevée
- Age maternel élevé
- Deux ovules fécondés
- Placenta bichorial Biamniotique



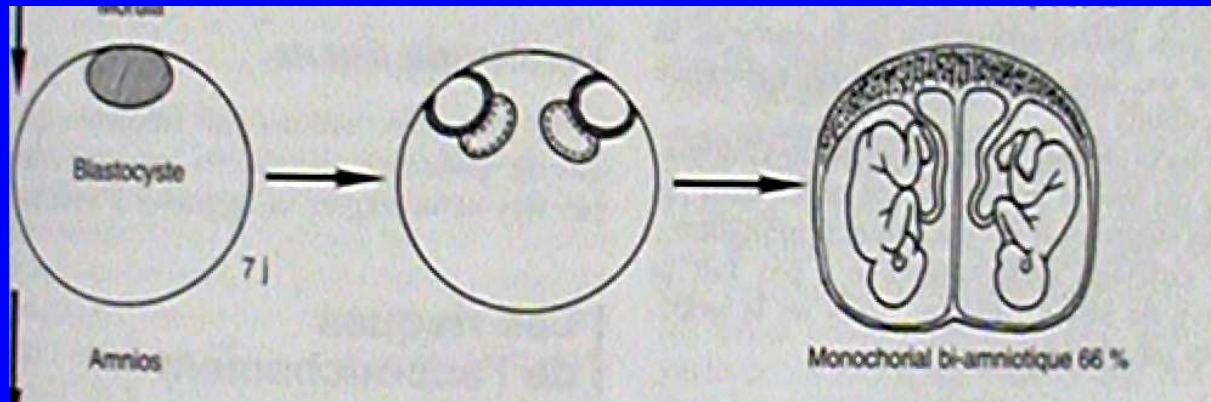
Grossesses Monozygotes

- Fécondation un seul ovule
- Patrimoine génétique identique
- Trois dispositions :
- Bichorial Bi amniotique : 32%

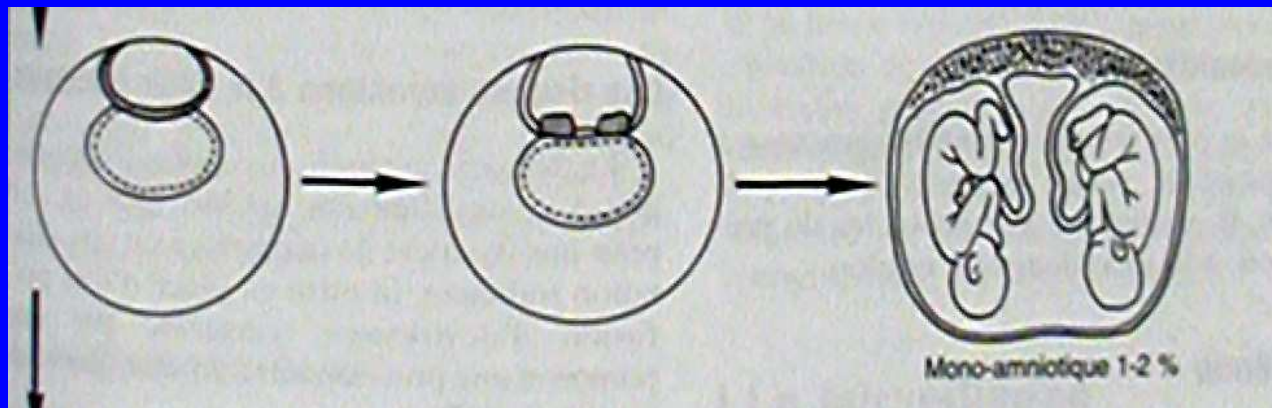


Grossesses monozygotes

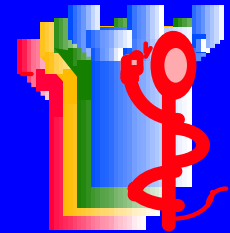
- Placenta monochorial bi amniotique :66%



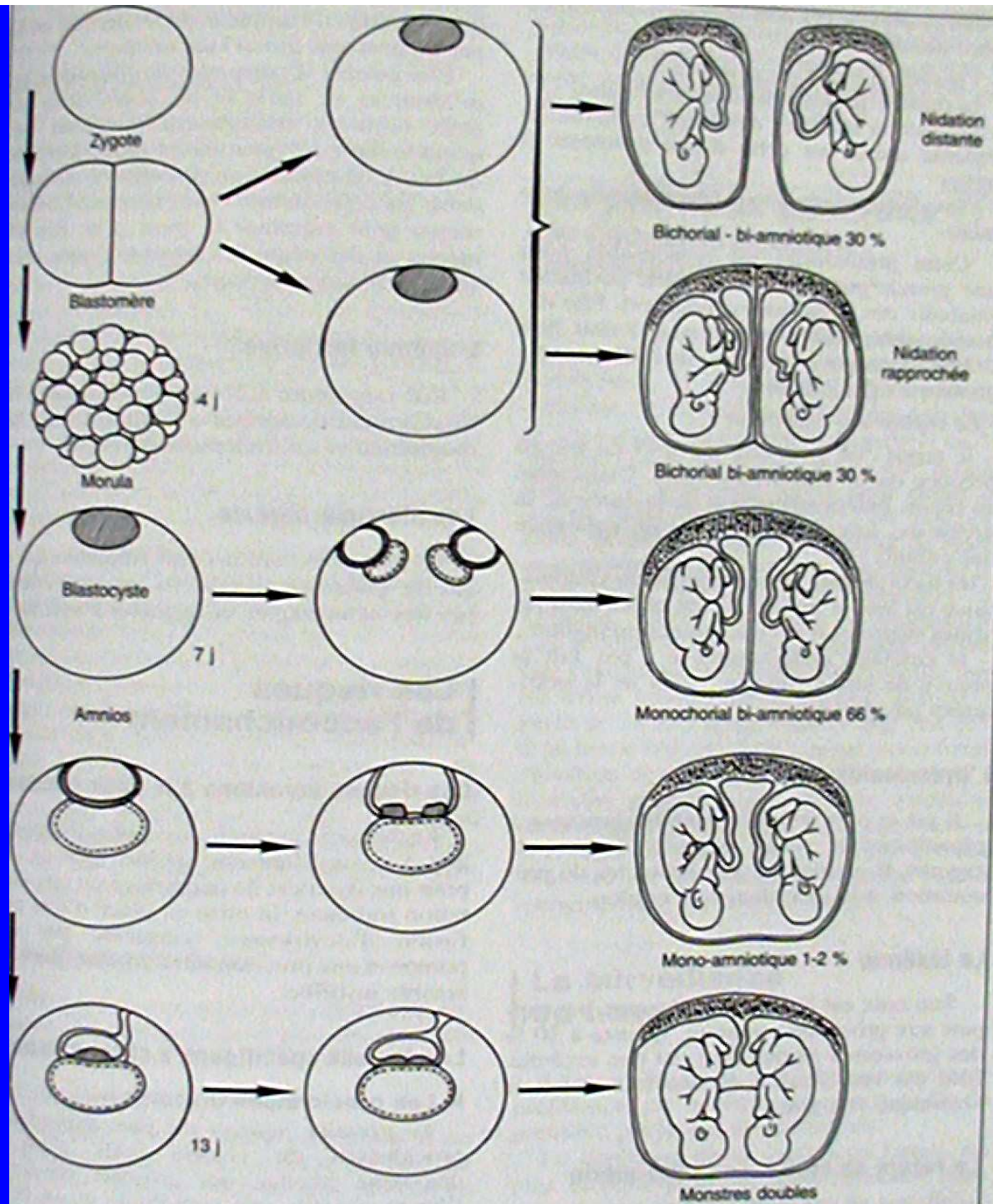
- Placenta monochorial monoamniotique:2%



- Anastomoses superficielles artério-artérielles ou veinoveineuses ++ ou profondes foetales

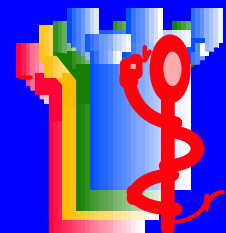
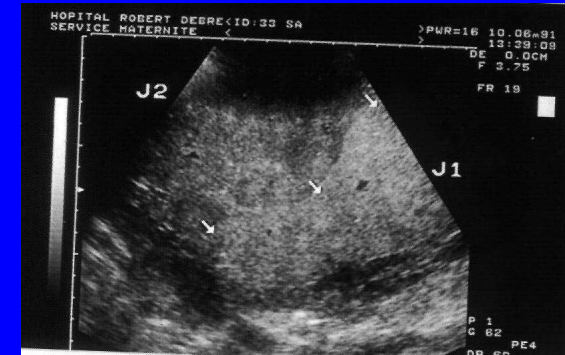


Grossesses Monozygotes



Il faut donc distinguer les grossesses gémellaires :

- Bichoriales bi amniotiques
 - Dizygotes
 - Monozygotes
 - Monochoriales toujours monozygotes
 - Bi-amniotiques
 - Mono amniotique
- Car ici risque de transfuseurs transfusés



Diagnostic des grossesses monozygotes

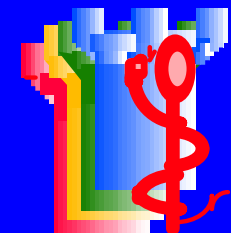
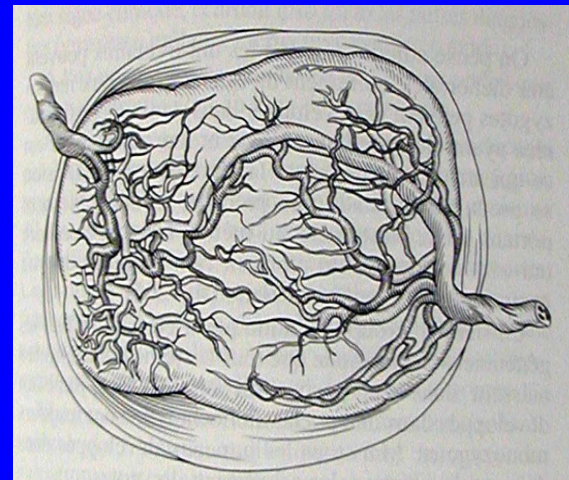
- Echographie :12SA

- Si monochoriales : taux de malformations doubles

Risques transfuseurs transfusés

Pb. pour l' accouchements : procidence

Accrochage



Risque grossesses gemellaires

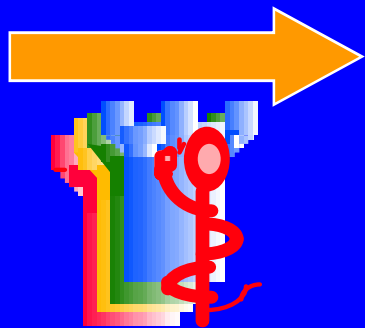
- **Accouchement prématuré** : 48% des Gr.Gemellaires
25% des prématurés

18% AP avant 32SA sont des jumeaux

car : Distension utérine

insertion basse placenta

Rupture prématurée des membranes



Repos : congé prénatal = 12S

24 si Triple



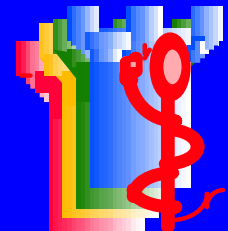
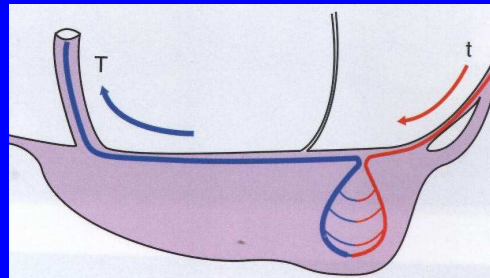
Risques grossesse gemellaire

- **Toxémie** : RRX4 → Souffrance fœtale
- **Retard de croissance** : RRX10= 57% des jumeaux
Car : manque de place ,
surdistention utérine
perfusion placentaire insuffisante
- **Hydramnios** si monozygotes → Stocie
Procidence
- **Anémie ferriprive** : 3,2% → NFS+ Fer
- **Placenta praevia** → Hémorragie + Anémie



Transfuseur transfusés

- Grossesses monozygote
- Monochoriales di ou monoamniotique
- Insertion vélamenteuse fréquente 20% versus 1%
- Moins de 15% des cas
- Anastomoses artérioveineuse profonde



Transfuseur transfusés

- **Transfusé**

Polyglobulique

Hypervolémique

Hypertrophie cardiaque

Hydramnios

- **Transfuseur**

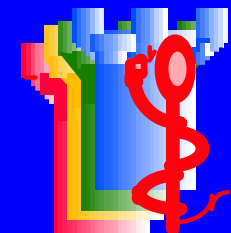
Anémie

Hypovolémie

RCIU

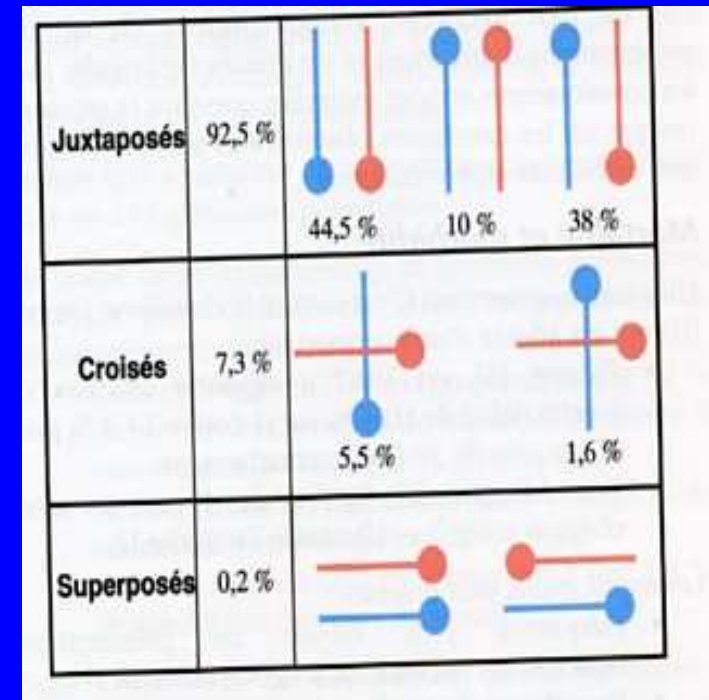
Anamnios

Mort in utéro



Autre complications des accouchements gémellaires

- Présentations dystociques
- Procidence du cordon
- Mortalité périnatale X6



Dystocie



Collision

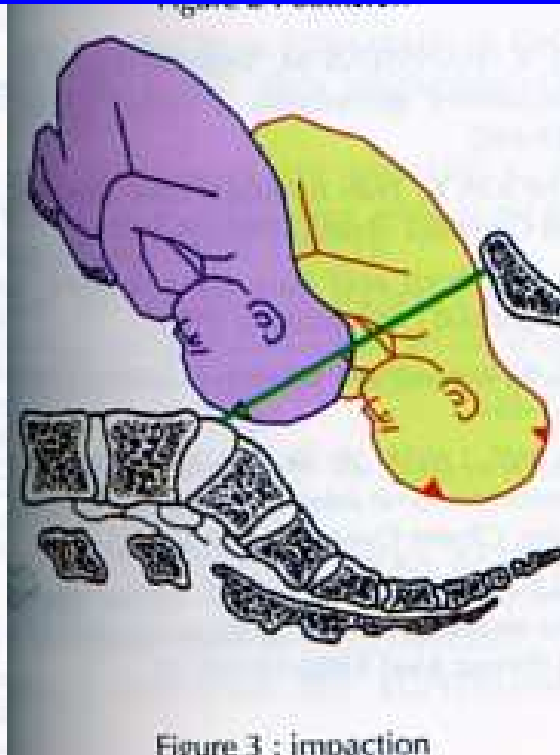
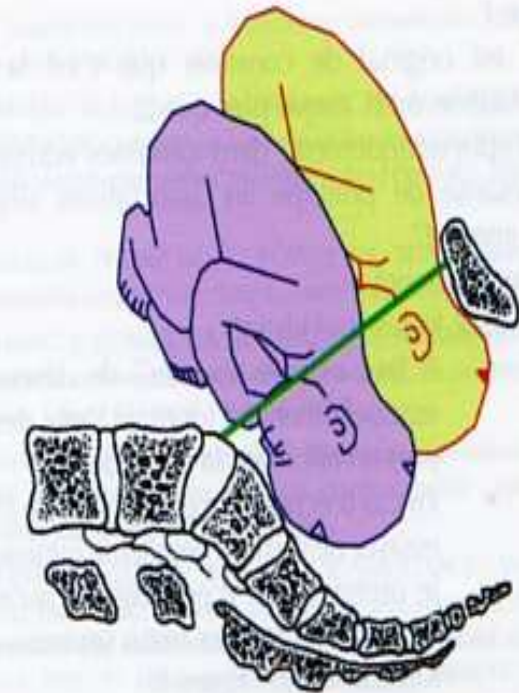


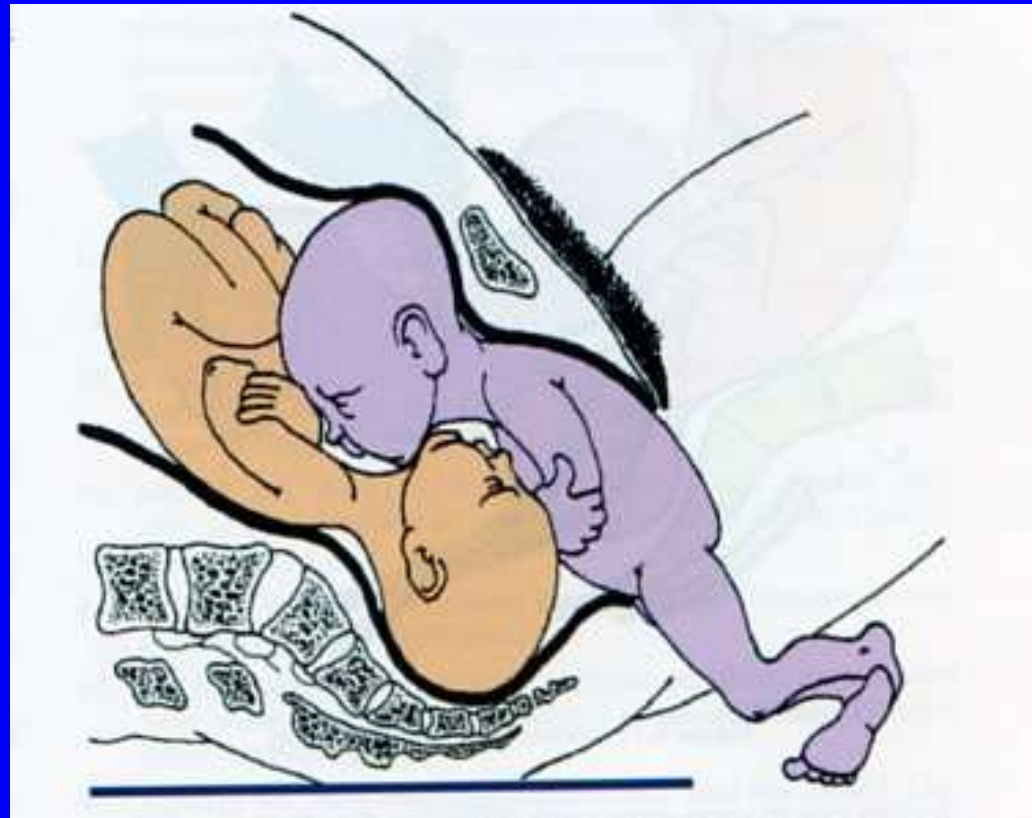
Figure 3 : impaction

Impaction



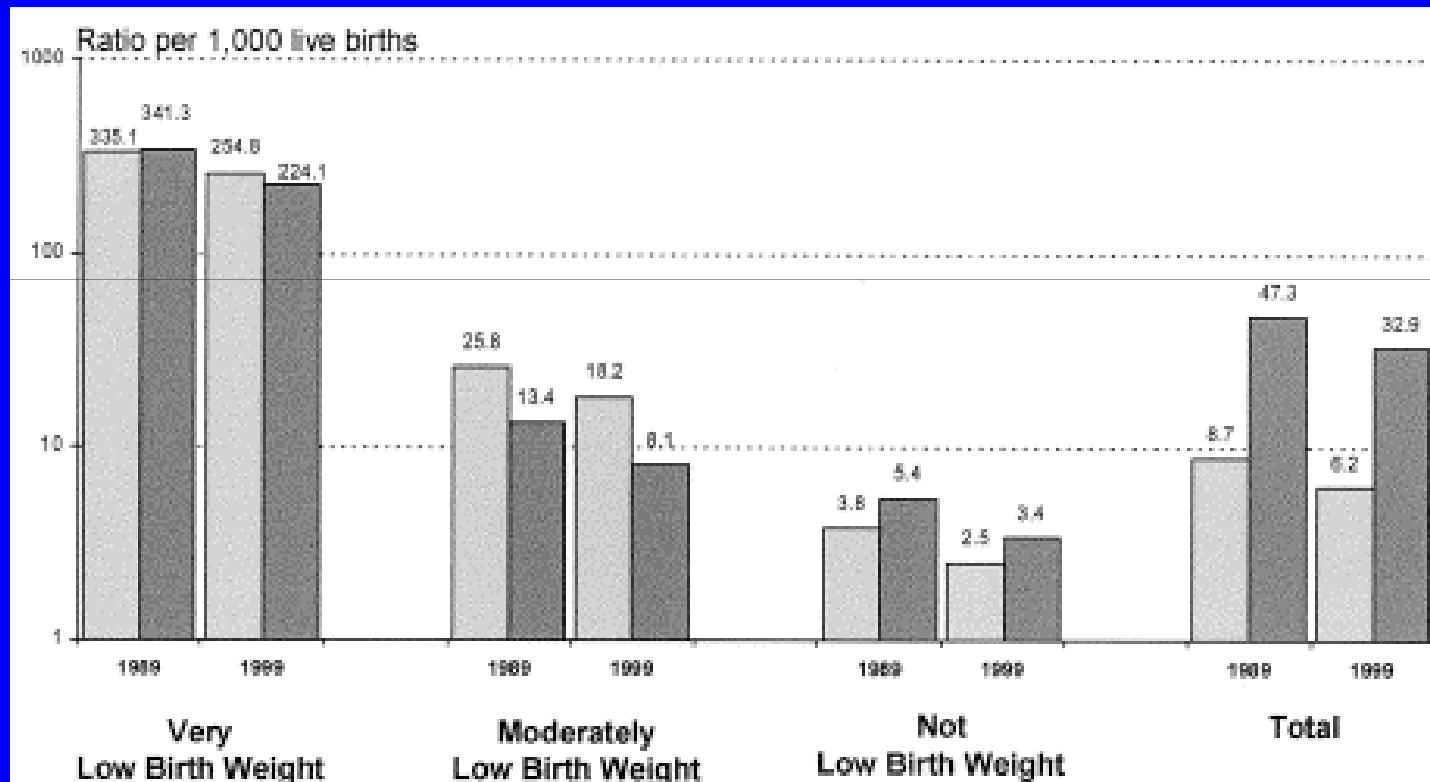
Compaction¹⁹

Accrochage des mentons



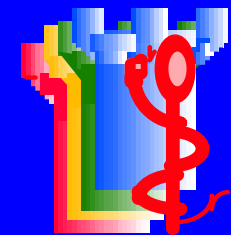
J1 en siège Grossesse mono amniotique

Mortalité des jumeaux comparés aux enfants uniques en fonction du terme (USA 1989-1999)

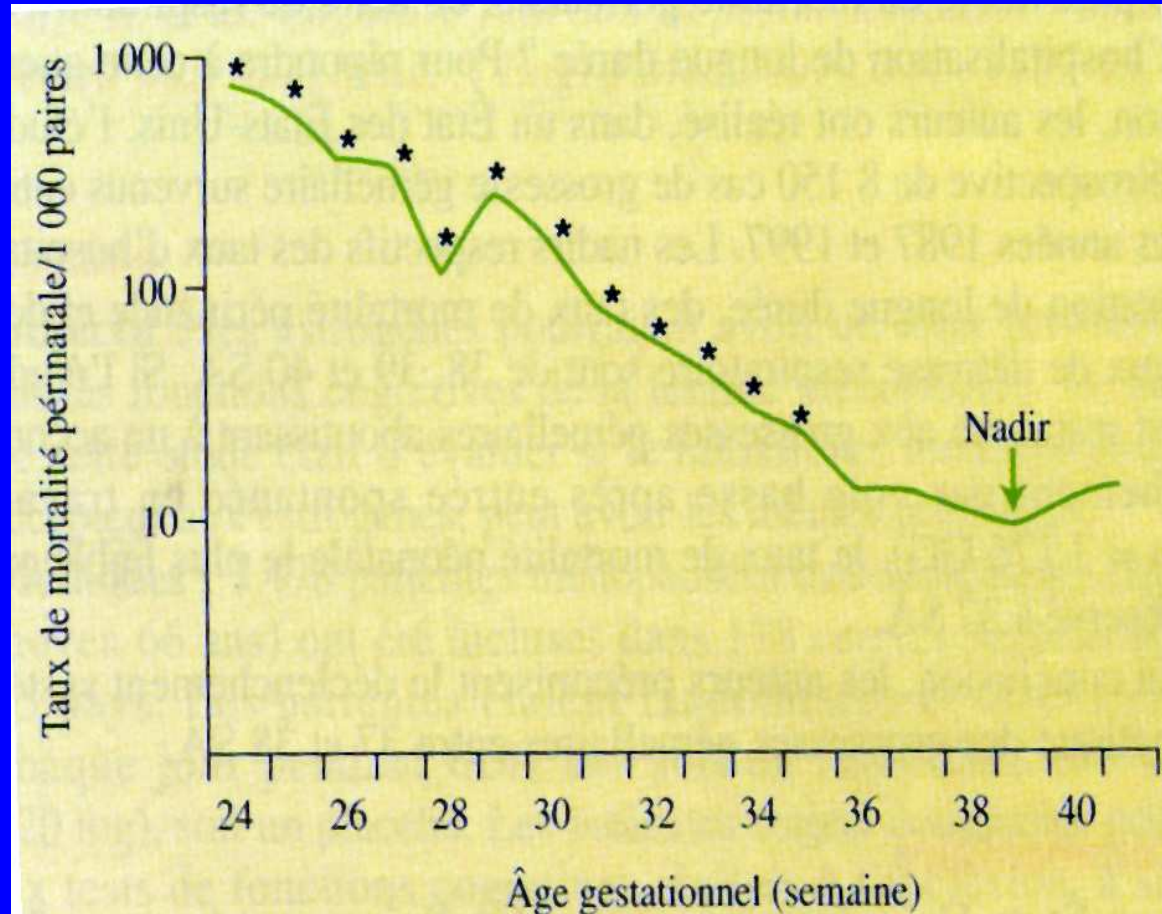


Gris clair = Enfants uniques

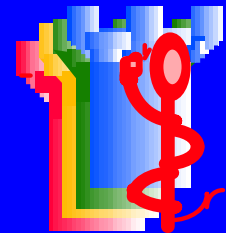
Russel obstet .Gynecol .2003 101:129-135



Mortalité périnatale des jumeaux



- Am.J. Gynec.Obstet . 2001



Diagnostic des grossesses gemellaires

- Compte des sacs gestationnels à 7-10 SA
- Recherche du signe du Lambda à 11-14SA
- **Dépistage des aneuploïdies :**
 - Age maternel
 - Mesure LCC
 - Mesure clarté nucale de chaque foetus
 - Pas d'utilisation des marqueurs sériques du 1^{er} ou deuxième trimestre
 - Si risque : choriocentèse par voie abdominale dès 11SA = résultat plus précoce

Surveillance des grossesses gémellaires monochoriales

- Praticien expérimenté \pm CPDPN
- Consultation mensuelle
- Échographie bi mensuelle
- Accouchement à partir de 36SA sans dépasser 38SA+6J

Surveillance des grossesses bichoriales biamniotiques

- Consultation mensuelle
- Échographie mensuelle avec estimation du poids foetal et Doppler Ombilical
- Echo plus rapprochées si différence de poids entre 20-25%
- Accouchements en l'absence de complications à partir de 38SA et avant 40SA

Prévention de la prématurité

- Antécédents d'accouchements prématurés
- Mesure échographique du col >30 mm
- Repos
- Tocolytiques à visée prophylactique
- Progestérone
- Cerclage

Ne
diminue
pas la
prématurité

Transfuseur transfusé

- Discordance de liquide amniotique (Plus grande citerne > 2 cm, grande citerne $> 8-10$ cm)
- Discordance taille de la vessie
- Surveillance hebdomadaire dès 27-30SA
- Traitement laser
- Accouchement dès 34SA maximum 37SA

Conflit d'intérêt entre les jumeaux

- Incidence malformation X 2 ou 3 / Unique
- Geste foeticide sur un jumeau possible à partir de 18SA
- Risque de perte foetale = 20%

Gemellaire avec MFIU

- 5% des gemellaires X 7 par rapport aux Gr uniques
- **Si bichoriale** : pas d'inter actions vasculaires
 - Risque foetus survivant :
 - Mort 4%
 - Anomalie neurologique 1%
 - Accouchement prématuré dans les 3 semaines après

Gemellaire avec MFIU

- 5% des gemellaires X7 par rapport aux Gr uniques
- **Si monochoriale** : inter actions vasculaires
 - Risque foetus survivant :
 - Mort 12%
 - Anomalie neurologique 18% a evaluer par echo , IRM
 - Pas d'interet de faire naitre le survivant dans les heures ou jours ui suivent le décès
 - Accouchement prématuré dans les 3 semaines après
 - Déclenchement à 39SA

Risques de l'accouchement

- Dystocie dynamique car sur distension

→ Syntocinon

- Dystocie mécanique :

- Traumatisme obstétrical : présentation anormale

- VMI

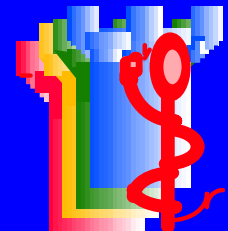
- Extraction

- J1+J2 : accrochage , Siamois

- J1 : Procidence cordon

- J2: SFA enregistrement double piste

Anoxie décollement placentaire



Ou accoucher ??

- G/O expérimenté sur place
- Pédiatre sur place
- Anesthésiste sur place
- Accès rapide aux produits sanguins

Principe accouchements jumeaux

- Maternité niveau II ou III
- Modalités prévues assez tôt
- Après 38SA surveillance idem terme dépassé
- Si Bishop >6 déclenchement après 38SA
- Monitoring double piste
- Toco interne dès rupture poche des eaux J1
- Péridurale recommandée car manœuvres
- Accoucheur + pédiatre + anesthésiste sur place



Echographie en salle

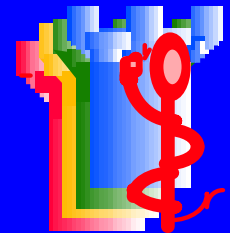
- Précise les présentations respectives
- Vérifie le site du ou des placentas
- Contrôle de la biométrie
- Repère au Doppler ombilical d'éventuelles différences transfuseur transfusé

Césarienne prophylactique

- Avant 28 SA ou poids <1500 g → César
- Après 28SA si dystocie ajouté= Placenta praevia
Primipare âgée
Monoamniotique
Siamois



Césarienne prophylactique



Faut il Césariser tous les jumeaux ?

Etude Ecossaise: 2436 Jumeaux > 36SA nés entre 1992 & 1997 .

- Risque de décès pour le second jumeaux né par voie vaginale = 1/270
- Risque de décès pour le second jumeaux né par césarienne programmée = 0
- Conclusion pour les grossesses >36SA : informer la femme et proposer une césarienne

(G. Smith BMJ 2002 ; 325 : 1004-1006)

Etude Suédoise 7114 Acc .Gémellaire pas de diminution de la mortalité périnatale en fonction du taux de César (9 à 42%) Olofsson 1985

Etude Danoise pas de différence entre les taux de César 28% ou 57% Henriksen 1994



Faut il Césariser tous les jumeaux ?

Systematic review & meta analysis

Hogle KL. Hannah ME. Am.J.Obstet . Gynecol. 2003;188:220-227

- Etudes grossesses gemellaires >32SA
- Exclusions :deux fœtus en sommet .
- 4 articles .1932 enfants .
- Effet bénéfique césarienne lorsque J1Siège
- Si J1 sommet :intérêt de la voie basse quelque soit la position de J2 car si cesar augmentation des problèmes de résorption.
- Préférer version par MI membranes intactes
- Naissance en salle de césarienne avec senior +anesthésiste



Acc. gémellaire et utérus cicatriciel ?

	Gemellaire N=25	Monofœtale N=250
Taux succès	84%	86
Usage ocytocine	40%	39,2%
Dehiscence utérine	4%	2,4%
Rupture utérine	0	1,2%
Hémorragie délivrance	4%	2,4%
Endométrite	8%	4,8%

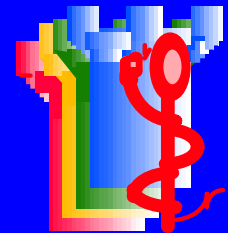
Taux de succès de l'épreuve utérine 50 à 100% Idem Grossesse. monofœtale
Aboufalah .A J.Gynecol.Obstet Biol.Reprod 1999;28:820-824

Il n'y a pas lieu de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre :

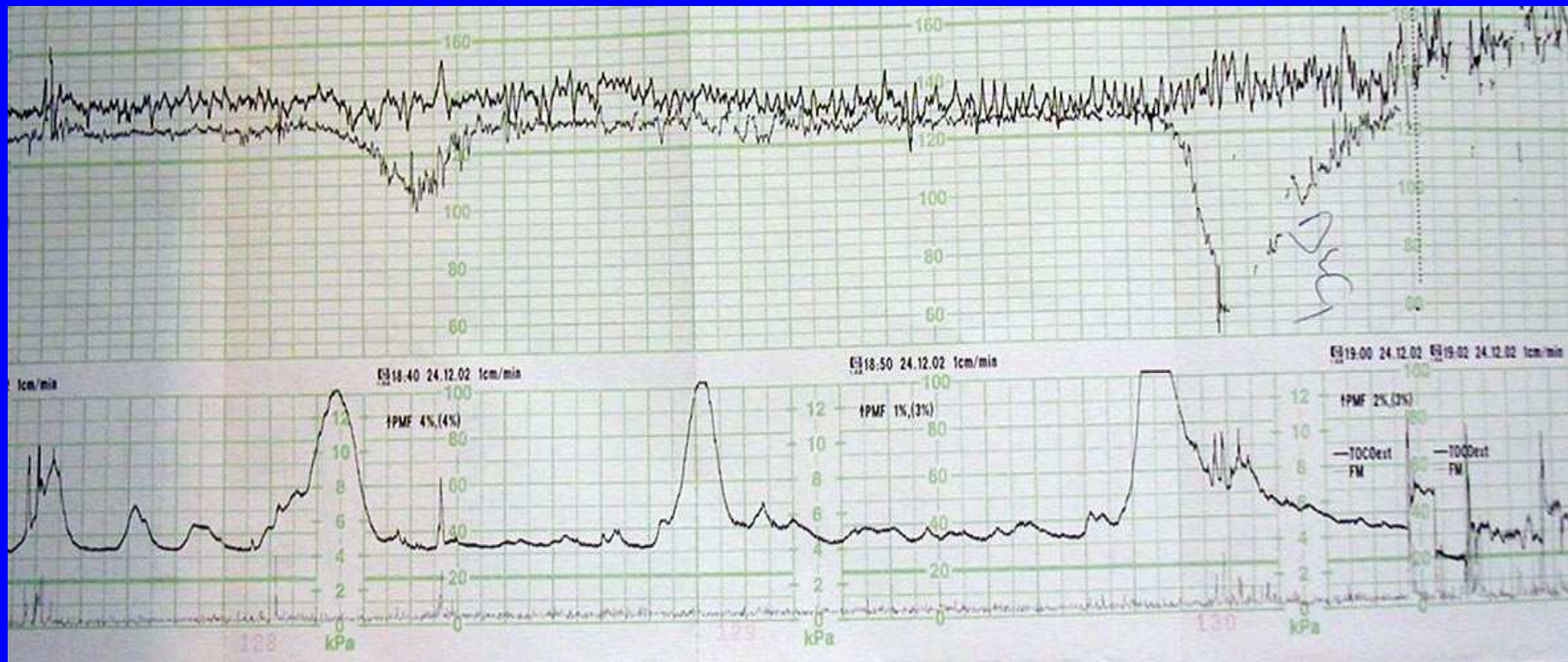
- J1 céphalique proche du terme
- J1 Siége proche du terme
- Gemellaire avec utérus cicatriciel
- Accouchement prématuré avec J1 en sommet ou en siége

Accouchement de J2

- **Présentation céphalique engagée** : efforts expulsifs + Syntocinon et Rupture des membranes
- **Présentation céphalique haute et mobile** :
 - efforts expulsifs + Syntocinon et Rupture des membranes
 - VMI + grande extraction membranes intactes
- **Présentation non céphalique** : grande extraction à membranes intactes \pm VMI
- **Délivrance dirigée** +++ après J2+ Perfusion
- **Ph au cordon**



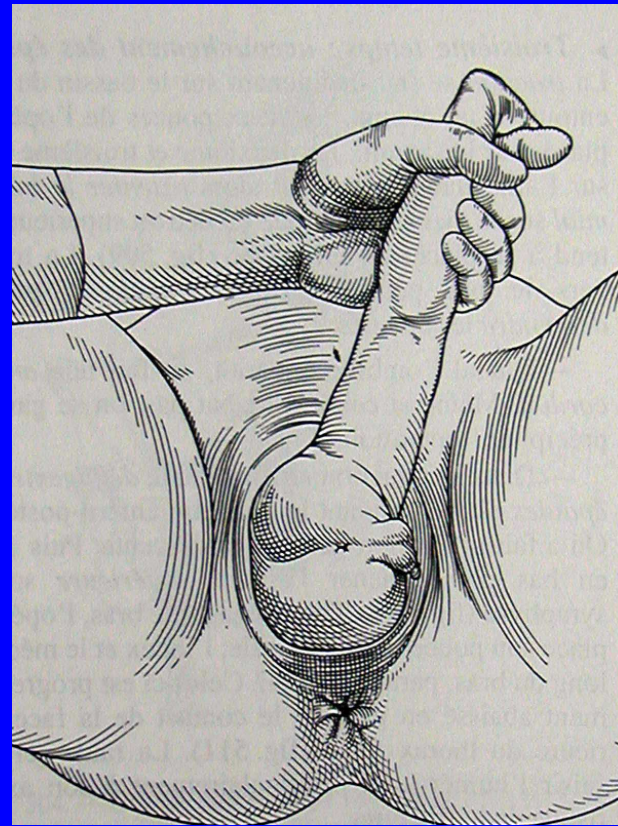
Monitoring double voie



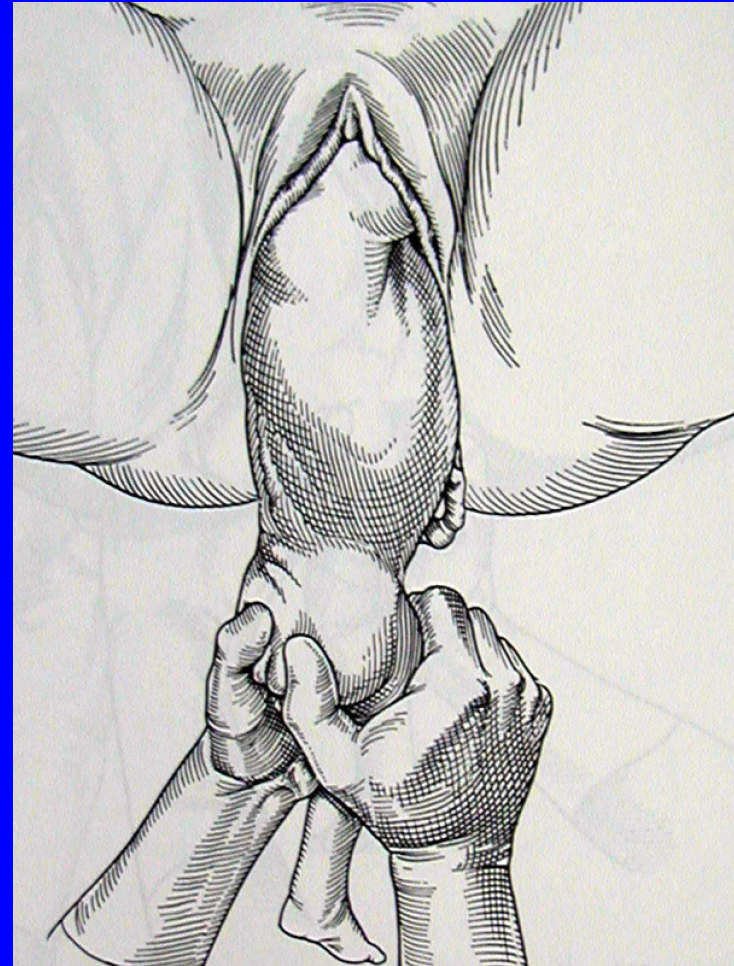
Grande extraction



Grande extraction



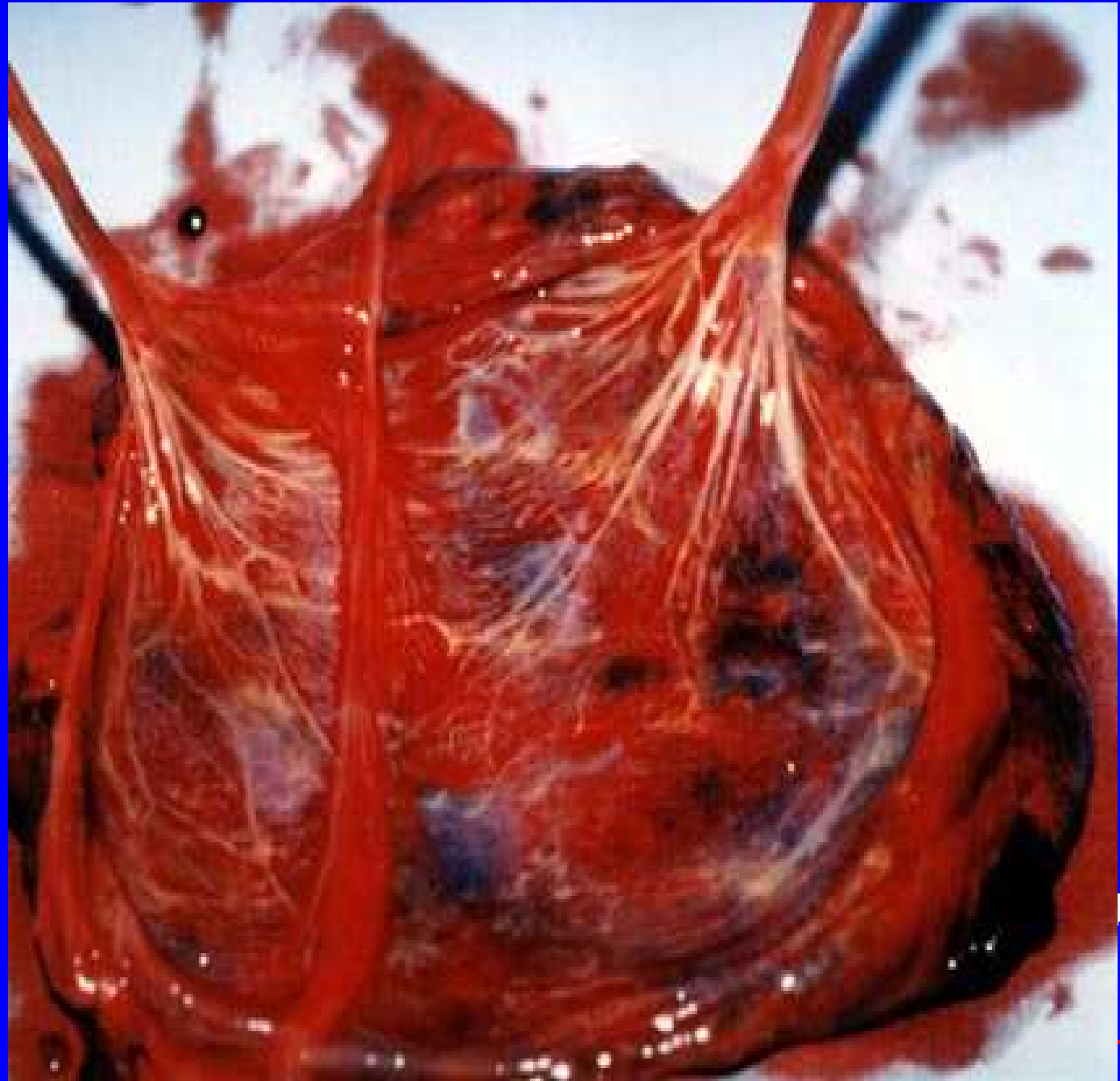
Grande extraction



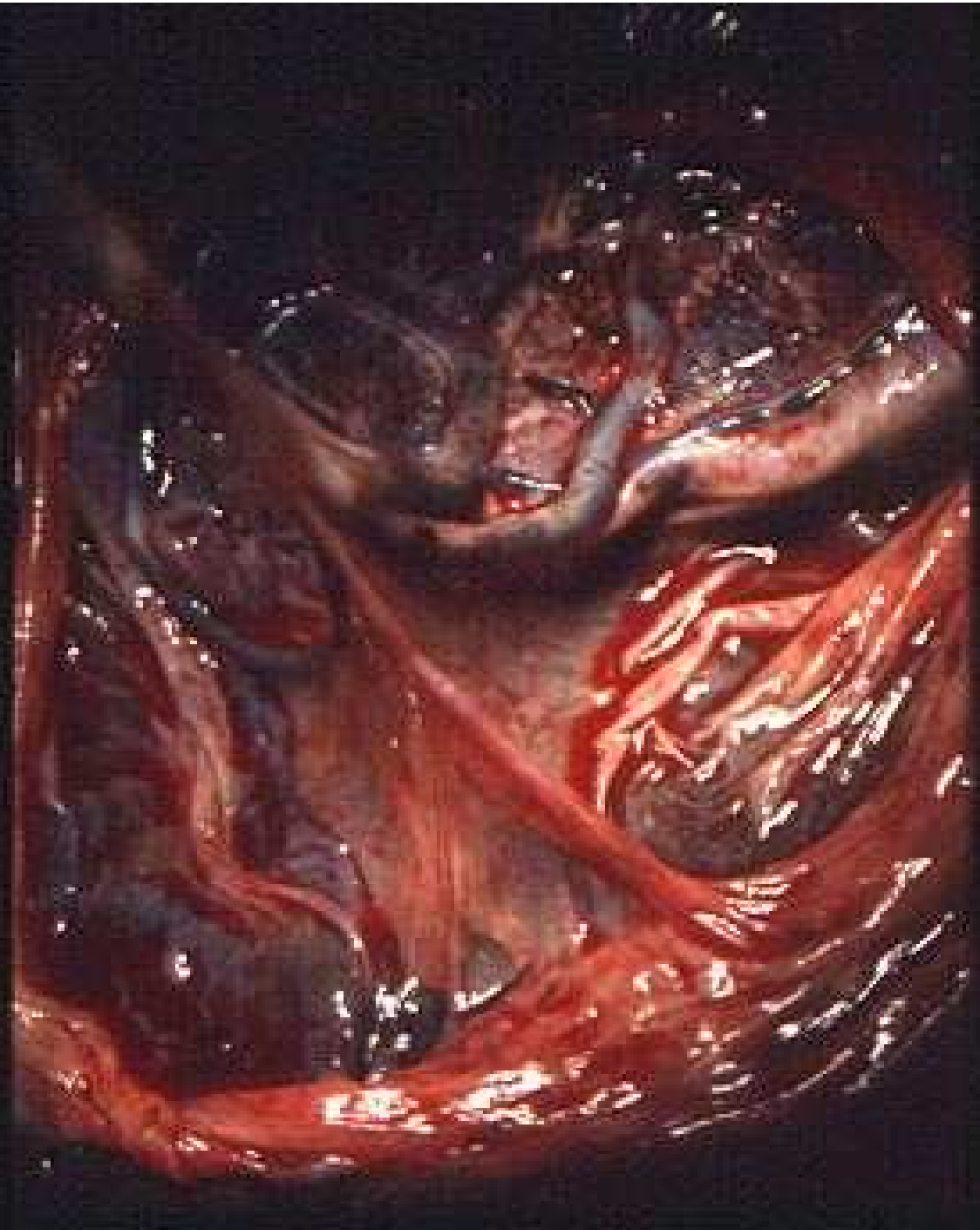
Grande extraction



Examen placenta



Examen placenta



Examen placenta



Etat de santé des jumeaux

	Unique	Jumeaux	RR
<1500g	0,5%	7,4%	13,7
Mortinatalité	5,1‰	17,4‰	
Mortalité néonatale	3,4‰	23,9‰	
Paralysie cérébrale	1,6‰	7,3‰	4,6

Risque pour la mère

- Mortalité maternelle : X 3 (4,4 à 10,2 / 100 000.)
- Hypertension :X 3 (1,8 à 3,4)
- HPP X3
- Césariennes X3
- Risque d'hospitalisation en Réanimation X3

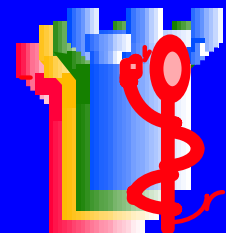
OLIVENNES F. Epidémiologie : la gemmellité est elle un problème de santé publique ? Le point de vue d gynécologue . . J. Gynecol . Obstet . Biol . Reprod . 2002;31:2S8-2S10.

Accouchements grossesses triples

- Césarienne mais ne protège pas contre : Prématurité , hypotrophie , mortalité périnatale(25%)
- Voie basse si a terme , pas de RCIU

J1 céphalique

Après la sortie de J1 interrompre syntocinon et faire grande extraction pour J2 et J3



Accouchements différés

- **Indication** : grossesse multiples pluri amniotique

Limite viabilité : 28SA

Sans infection

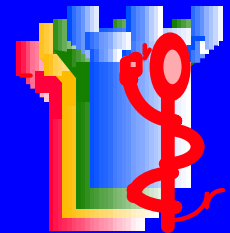
- **Technique** : Après naissance J1

Clamper cordon ras du col

Tocolyse

AB

Attendre maturité



Résultats accouchements différé

Auteurs	Nombre grossesses	Age moyen 1er accouchement	Gain	Survivants
Porreco 1998	20	24SA		??
Van Doorn 1999	15	18-30SA		1
Livingston 2004	14	21,7SA	2 J	7/33 dont 1 sans séquelles

Livington JC. Obstet .Gynecol. 2004;103:77-81

Porreco RP. Obstet.Gynecol. 1998:20-23

Van Doorn HC. Acta.Obstet. Gynecol.Scand .1999;78:710-715

