Suivi des grossesses gémellaires

Dr Virginie GUIGUE
Référent médecine fœtale
CHU de Grenoble

7èmes JOurnées
Réunionnaises
Obstétrico-Pédiatriques

Epidémiologie

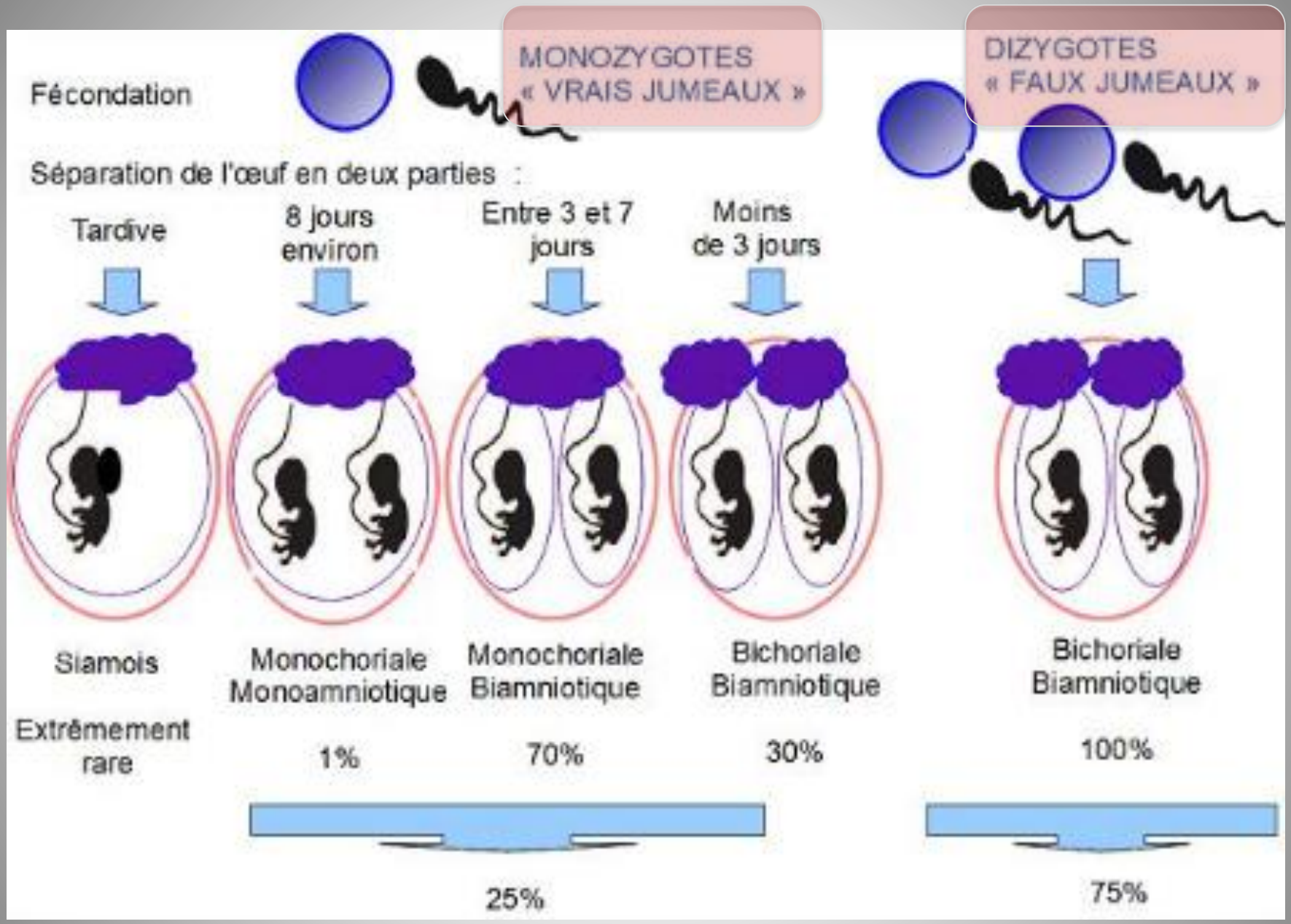
- Nbre grossesses gémellaires augmente :
  - augmentation de l'âge maternel
  - recours à l'AMP
- plus exposées à certaines complications :
  - maternelles :
    - HTA, pré-eclampsie,
    - DG,
    - AP, césarienne, HPPI
  - Fœtales :
    - PAG, prématurité(RR=8,8),
    - MFIU (RR=7), malformations fœtales (RR=2-3)

Définitions

- *Grossesse monozygote (MZ)* :
  - embryons issus du même œuf initial (**vrais jumeaux**)
  - environ 3,5 à 5 pour 1000 grossesses
- *Grossesse dizygote (DZ)* :
  - embryons sont issus de 2 œufs différents (**faux jumeaux**)
  - environ 8 pour 1000 grossesses

Définitions encore !

- **MC** : grossesse multiple avec 1 seul placenta
- **BC** : grossesse multiple avec 2 placentas
- Parmi les **BC** :
  - 90 % sont dizygotes
  - 10 % monozygotes
  - sont toujours biamniotiques
- Grossesse *monoamniotique* :
  GG comportant 1 seule poche amniotique
- Grossesse *biamniotique* :
  GG comportant 2 poches amniotiques


MONOZYGOTES
« VRAIS JUMEAUX »
DIZYGOTES
« FAUX JUMEAUX »
Fécondation
Séparation de l'œuf en deux parties :
Tardive
8 jours environ
Entre 3 et 7 jours
Moins de 3 jours
Siamois
Extrêmement rare
Monochoriale Monoamniotique
1%
Monochoriale Biamniotique
70%
Bichoriale Biamniotique
30%
Bichoriale Biamniotique
100%
25%
75%

Importance du diagnostic de chorionicité

- Mortalité et morbidité directement corrélées à la chorionicité !

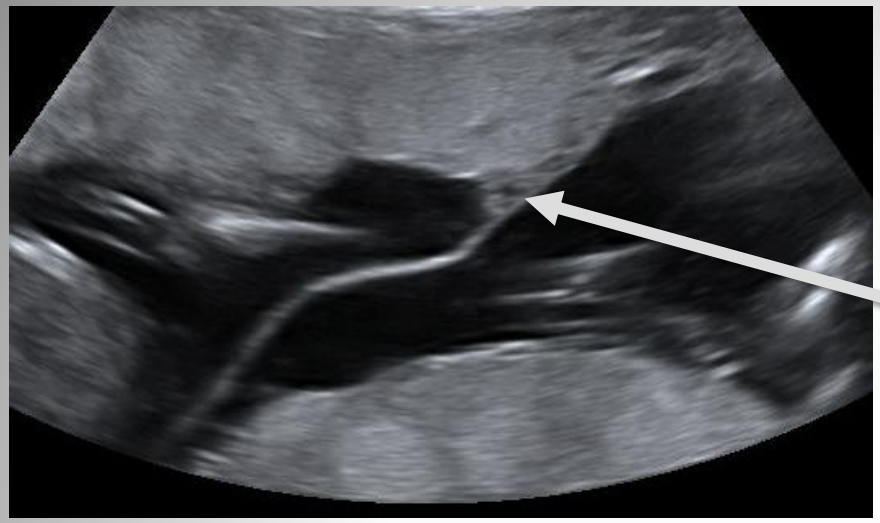
→ anastomoses vasculaires placentaires dans les **MC**

X 3 MFIU > 20 SA

8-17 % TOPS

26 % Handicap neurologique du survivant

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	2ème et 3ème trimestres	Sexe différent=> DZ BC et Sexe identique : DZ ou MZ	MC => Sexe identique	



Signe du lambda : BCBA

Échographie à 11-14 SA

	DC	MC
Fausse couche 12-24 SA	1,8 %	12,2 %
Mort périnatale > 24 SA	1,6 %	2,8 %
RCIU	12 %	21 %
AP Gestation < 32 SA	5,5 %	9,2 %

Suivi obstétrical

- Prise de poids recommandée :
  16-24 kg, à adapter à l'IMC de départ
- Si > 40 ans(et +++ si grossesse issue d'AMP), en plus des recommandations habituelles :
  - dépistage systématique d'un diabète pré-existant par une GAJ
  - d'une dysthyroïdie par une TSH en début de grossesse

Evaluation du risque d'aneuploïdie

- Ne pas réaliser de marqueurs sériques du 1er ou du 2ème trimestre !
- En pratique, faire écho du 1er trimestre (terme habituel) et proposer un ADNc à toutes GG
- En cas d'anomalie à l'écho T1 (exemple : CN>3,5mm), proposer une cs référée
- Prélèvement fœtaux à adapter en fonction du type de GG et du terme

Cas particulier : jumeau évanescent (*vanishing twin*) avant 12 SA

- Si grossesse arrêtée embryonnée :
  faire ADNc en cochant GG et préciser «jumeau évanescent»
- Si grossesse arrêtée non embryonnée :
  faire des marqueurs sériques comme grossesse singleton sans rien préciser

Informations données à la patiente

- Information sur augmentation des **risques maternels et fœtaux** liés à la GG
- Information donnée sur **l'association «jumeaux et plus»**
- Information sur risque de **transfert** dans une autre maternité (niveau III) en cas de complications avant 32 SA
- Nécessité d'un suivi mensuel avec un obstétricien au plus tard à 20 SA

Surveillance écho

- **Grossesse BCBA** = Echo mensuelle pour les avec mesure longueur du col à chaque fois
  - Surveillance écho plus rapprochée (par 15 j) est conseillée si discordance de poids > 20 % entre les 2 fœtus (/au fœtus le plus gros)

- **Grossesse MCBA** = Echo tous les 15 j par un échographiste référent

Détail du suivi écho des **MCBA**

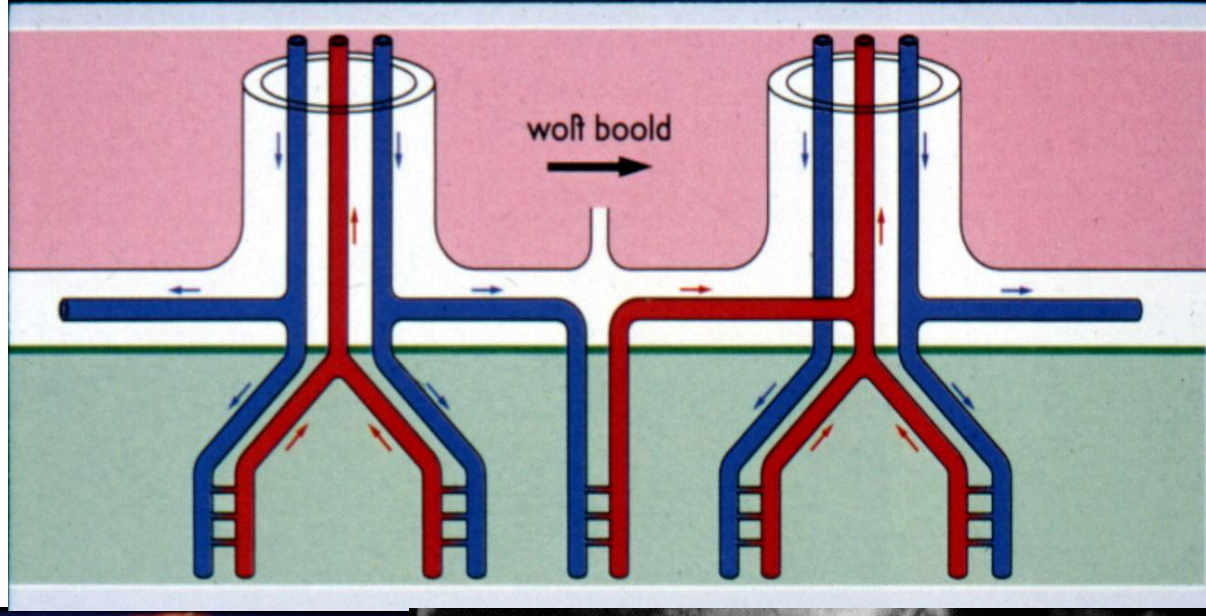
- Biométrie complète
- Mesure des QLA
- Visualisation des vessies
- Doppler fœtaux : DO et DC
- Mesure de la PSV : dépistage du TAPS si discordance de PSV
- Par un échographiste entrainé

Pathologies secondaires à la présence d'anastomoses placentaires

- TOPS (STT) : *twin oligo-polyhydramnios syndrome*
- TAPS : *twin anemia polycytemia sequence*
- TRAP : *twin reverse arterial perfusion*
- Doppler ombilical type III : alternance d'une diastole positive avec une diastole nulle et *reverse flow*

ANASTOMOSES Profondes

Artères - Veines



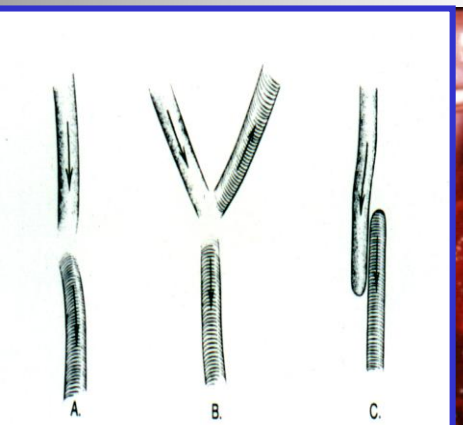
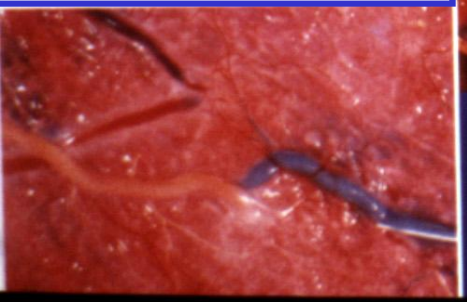
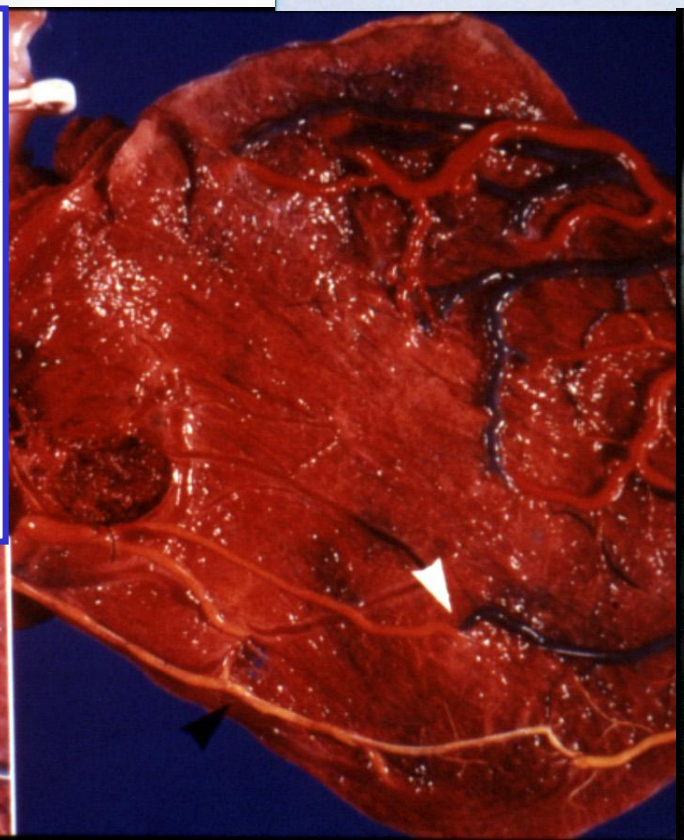
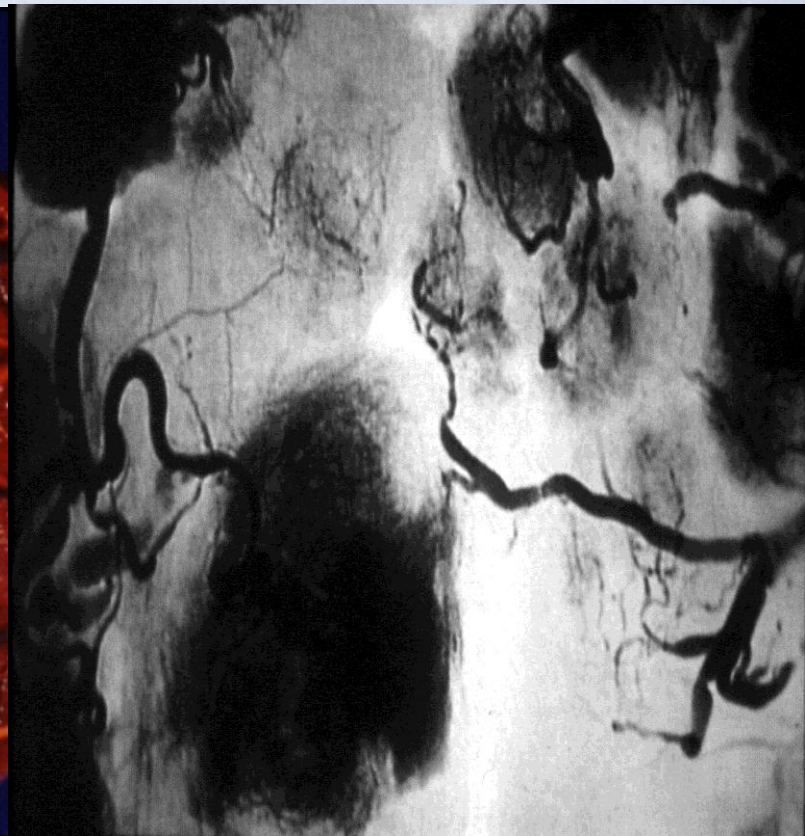


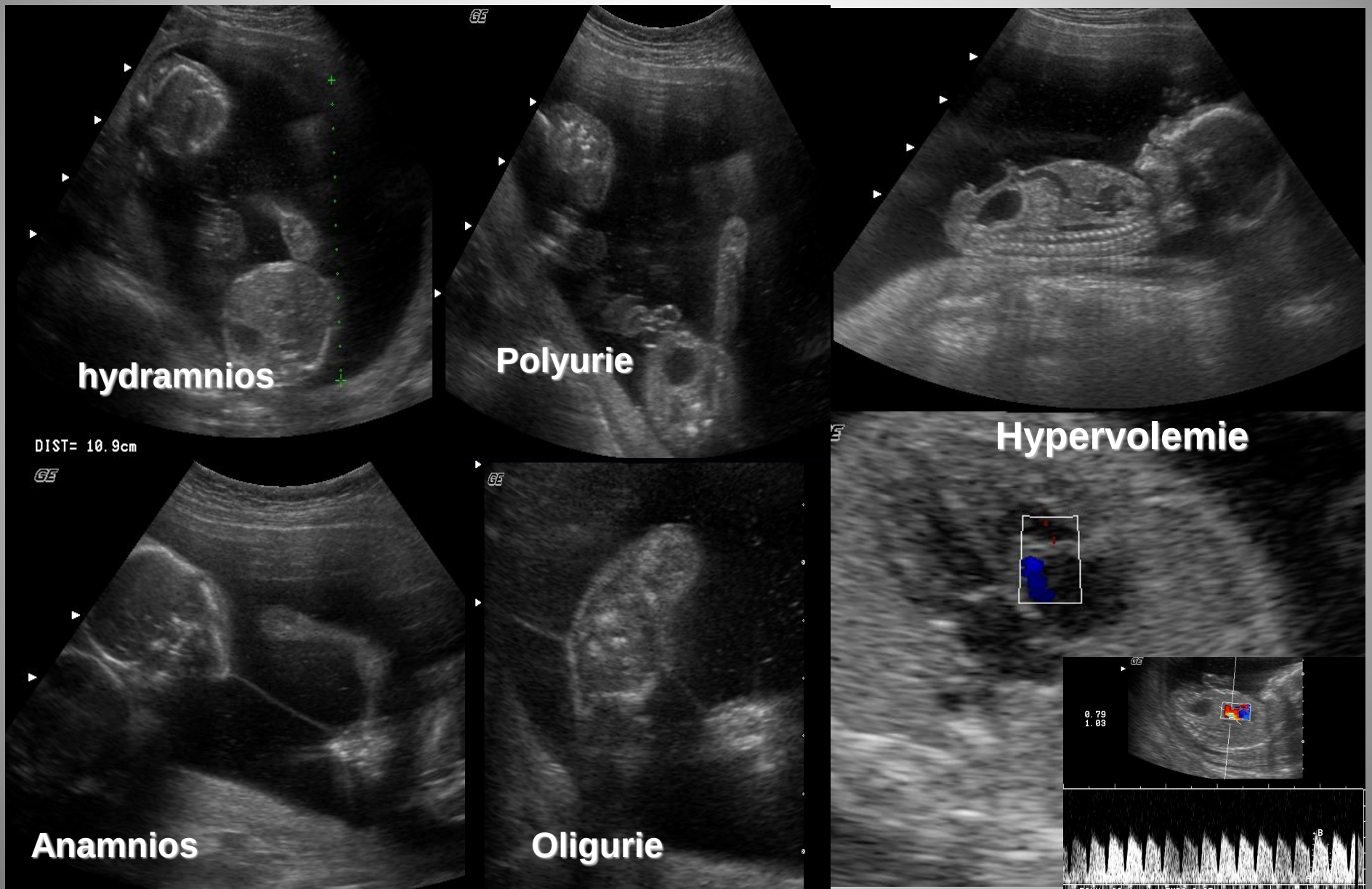
Fig. 2. Fetoscopic appearance of variable types of arteriovenous anastomoses seen on surface of monochorionic placentas affected by twin-twin transfusion syndrome. *Arrows*, Direction of blood flow with arteries stippled and veins striped. (Reprinted by permission from De Lia JE, Kuhlmann RS, Cruikshank DP, O'Bee LR. Placental surgery: a new frontier. Placenta 1993;14:481.)







Critères Diagnostiques



Classification

- Stade I
  - Poly/oligohydramnios avec vessie du donneur visible
- Stade II
  - Vessie du donneur non visible
- Stade III
  - Anomalie doppler
- Stade IV
  - Hydrops
- Stade V
  - MFIU

TOPS

- Diagnostic = urgence +++++
- Information des patientes
- Écho/15 jours
- Si suspicion TOPS => centre de compétence

TOPS

- TTT par fœtoscopie laser si TOPS < 26 SA
- Urgence obstétricale !

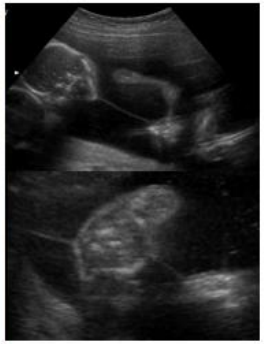
2004 !

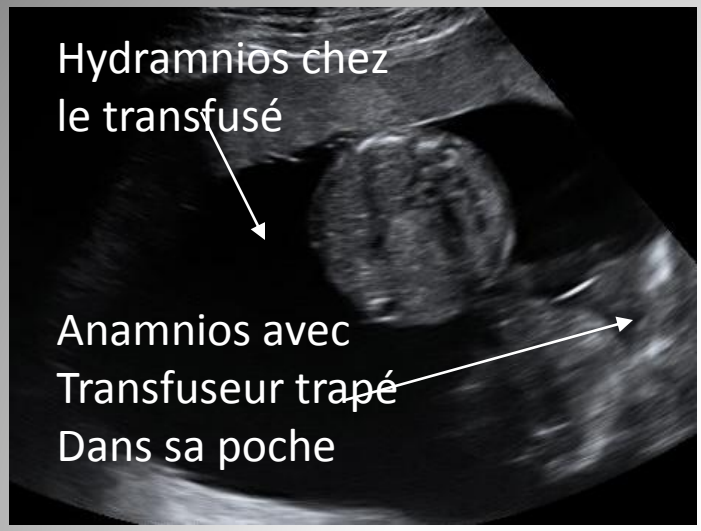
The NEW ENGLAND JOURNAL N ENGL J MED 351;2 WWW.NEJM.ORG JULY 8, 2004

ORIGINAL ARTICLE

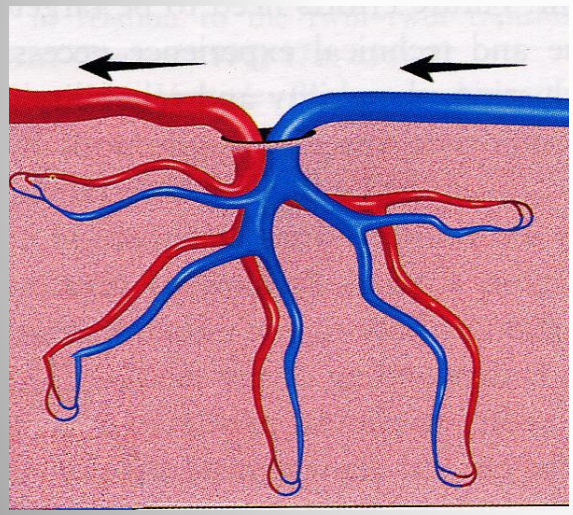
Endoscopic Laser Surgery versus Serial Amnioreduction for Severe Twin-to-Twin Transfusion Syndrome at Midgestation

Marie-Victoire Senat, M.D., Jan Deprest, M.D., Ph.D., Michel Boulvain, M.D., Ph.D., Alain Paupe, M.D., Norbert Winer, M.D., and Yves Ville, M.D.

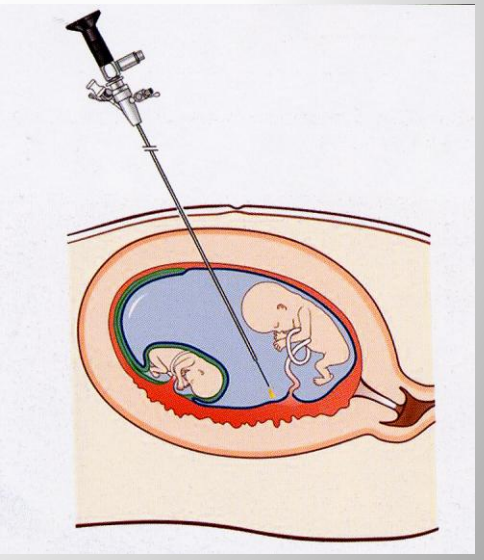




Laser dans le cadre d'un TOPS

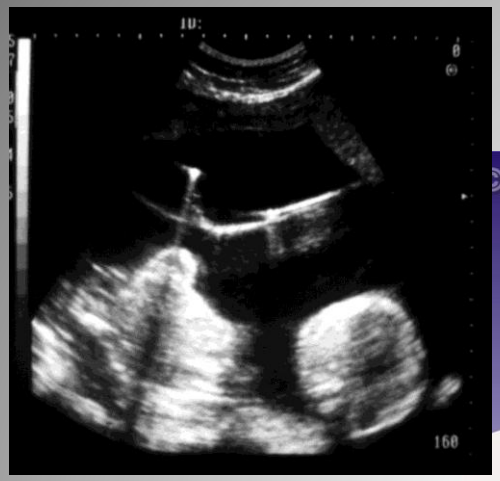


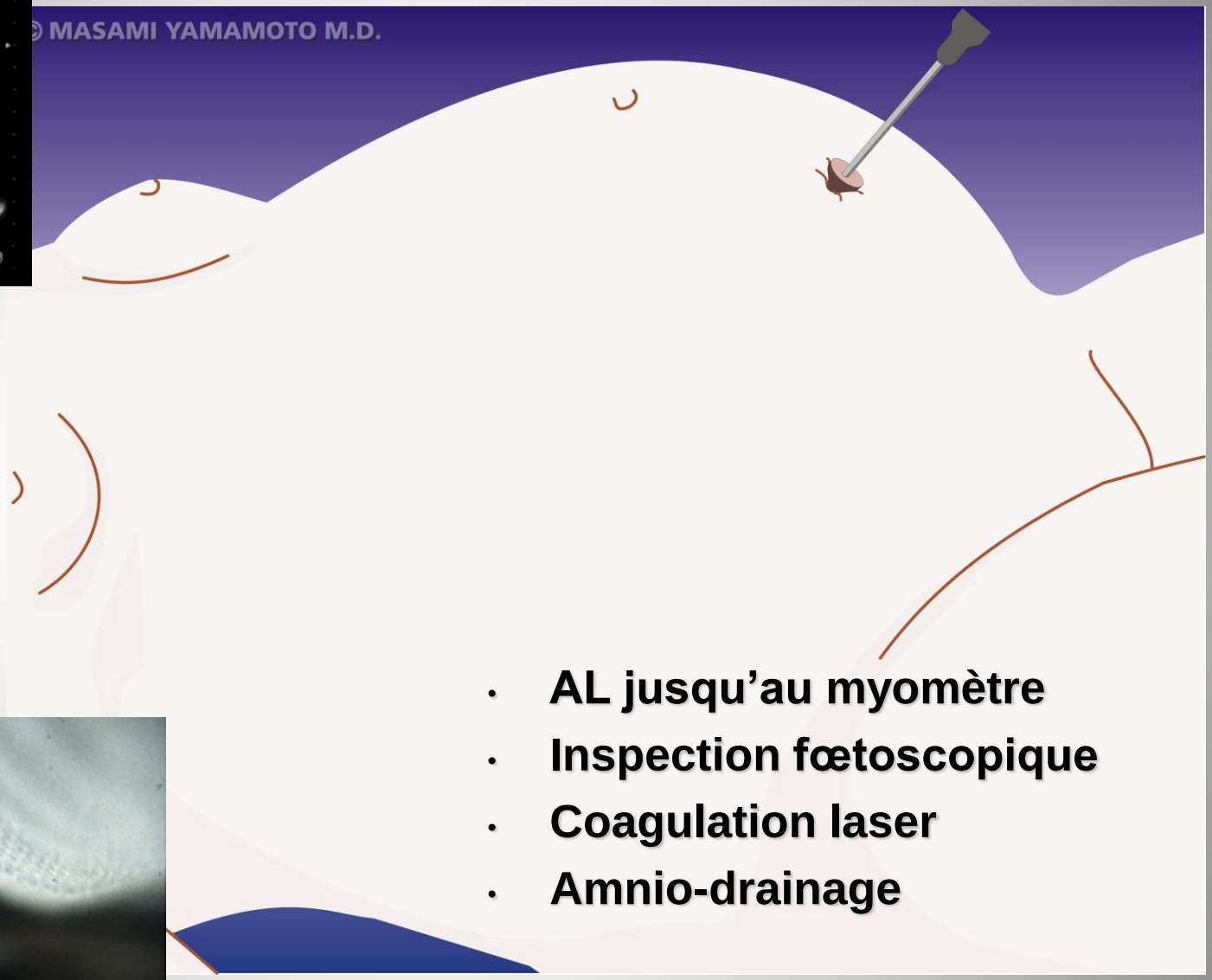
Anastomoses AV



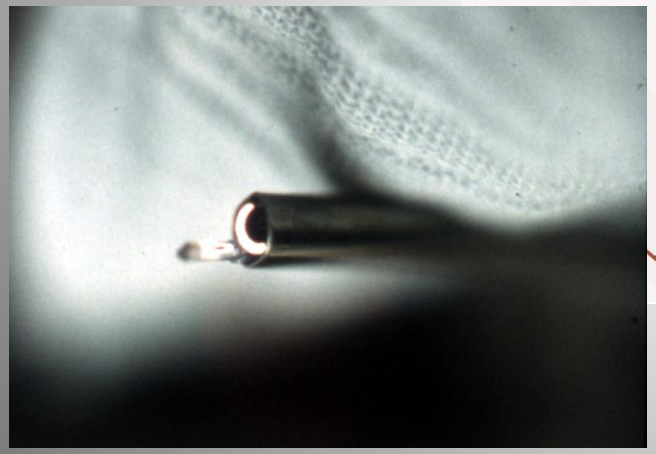
Techniques

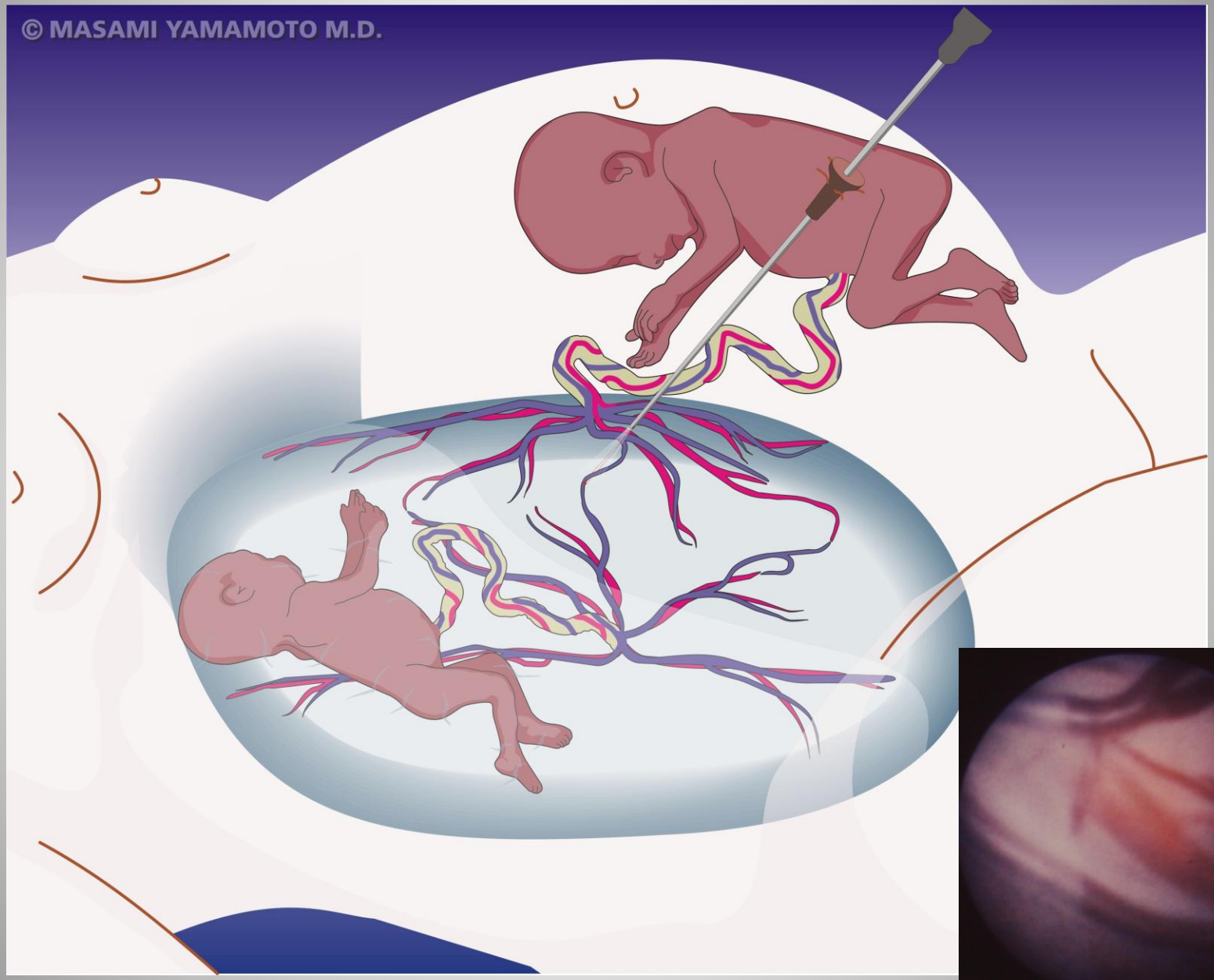
- Naissance après 28 SA
- Transfusion Sanguine
- Amnio-drainage
- Photocoagulation des Anastomoses
- Fœticide Sélectif par coagulation du cordon





- **AL jusqu’au myomètre**
- **Inspection fœtoscopique**
- **Coagulation laser**
- **Amnio-drainage**




© MASAMI YAMAMOTO M.D.

Surveillance post-coagulation

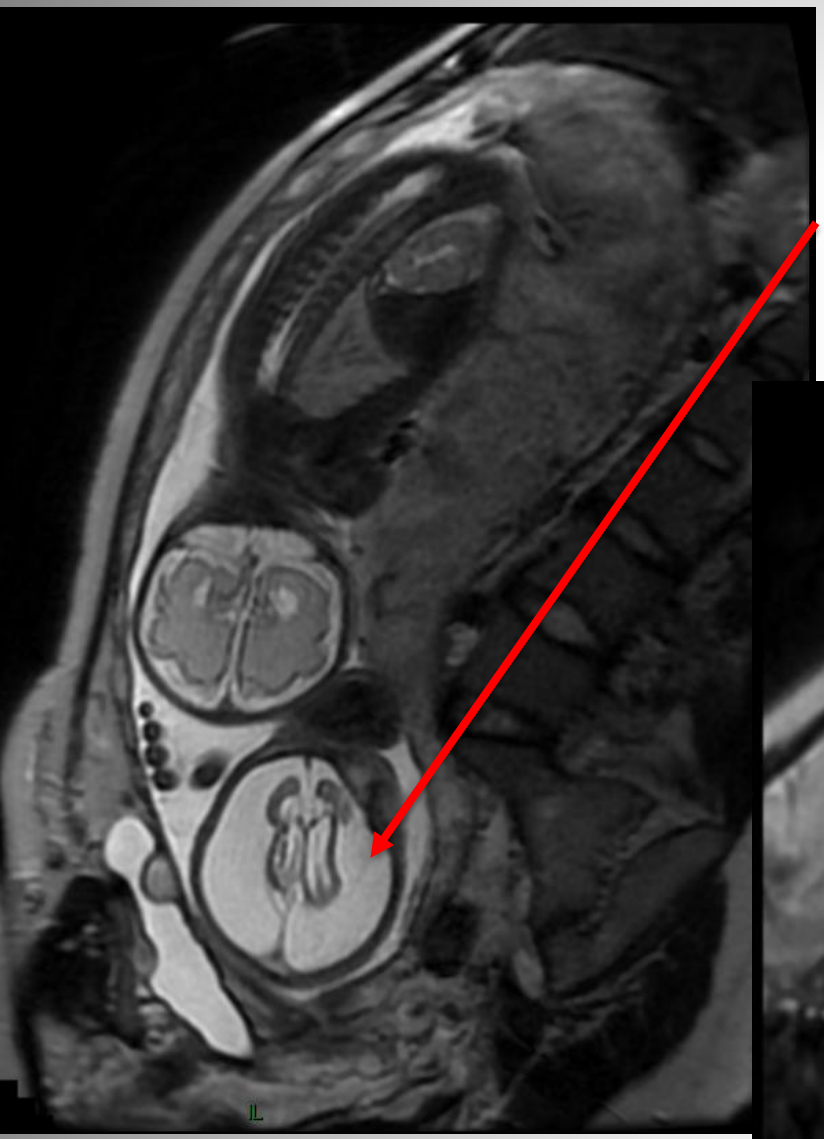
- 1 fois par sem :
  - Liquide , vessie
  - Doppler (Ombilical, Cérébral, *Ductus*)
- toutes les 2 sem : mesure du col
- 2 à 3 sem : biométries
- Morpho Post-laser puis 28 SA puis 32 SA
  - cerveau
  - cœur
  - extrémités
- IRM cérébrale 32 SA

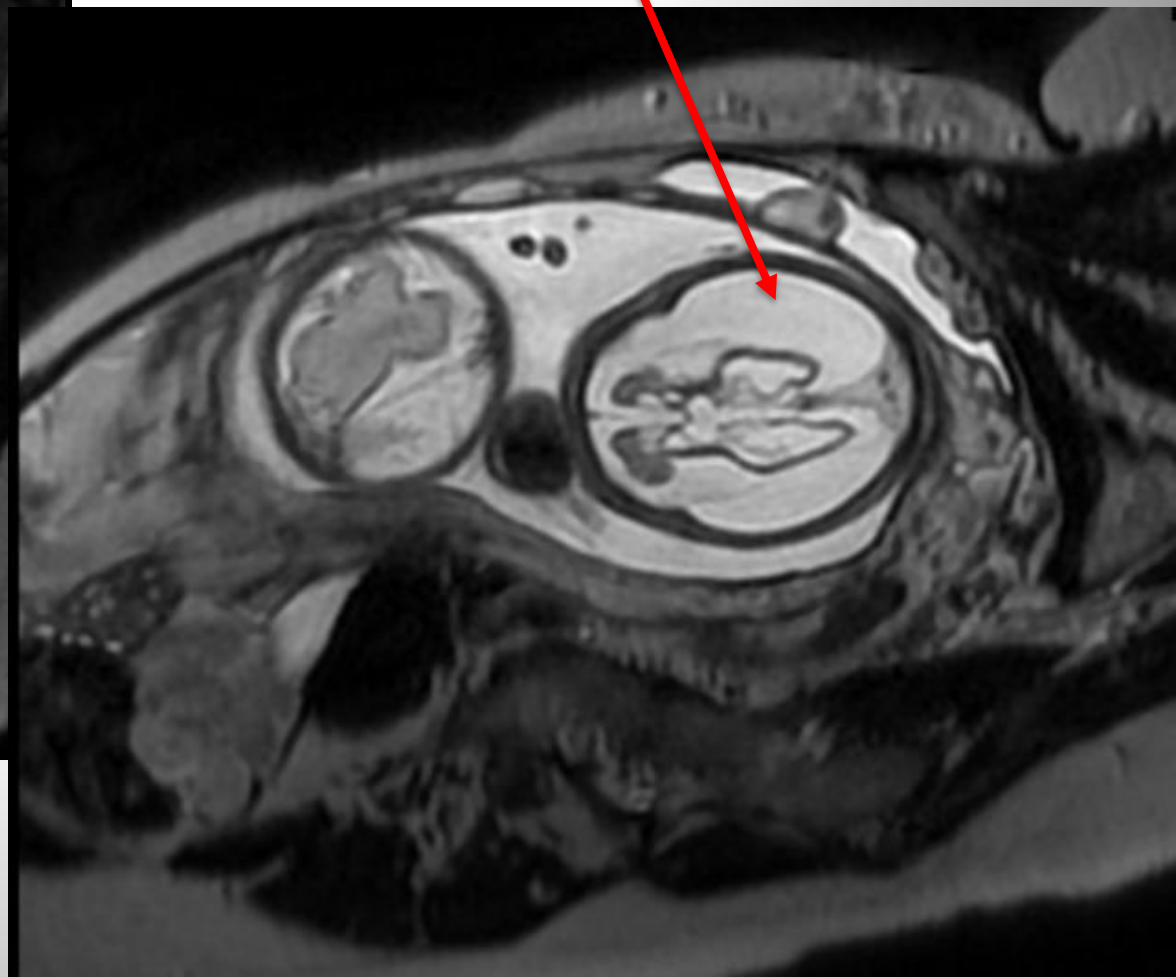
Complications du TTT

- FC
- RPM
- HRP
- Fuite intra péritonéale
- Récidive
- TAPS
- **Anomalies vasculaires disruptives**
- Brides amniotiques

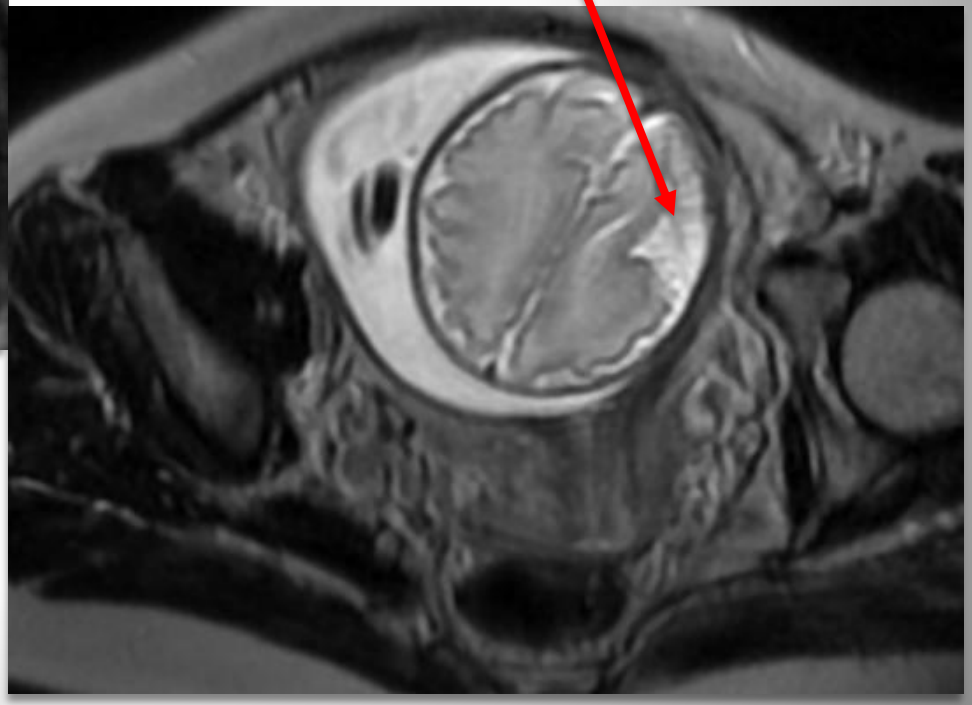
Atrophie cortico sous corticale étendue

IRM à 29 SA





Hémiatrophie et micropolygyrie
Donneur
IRM 32 SA



Pascale Sonigo

Complications du TTT

- FC
- RPM
- HRP
- Fuite intra péritonéale
- Récidive
- TAPS
- Anomalies vasculaires disruptives
- **Brides amniotiques**

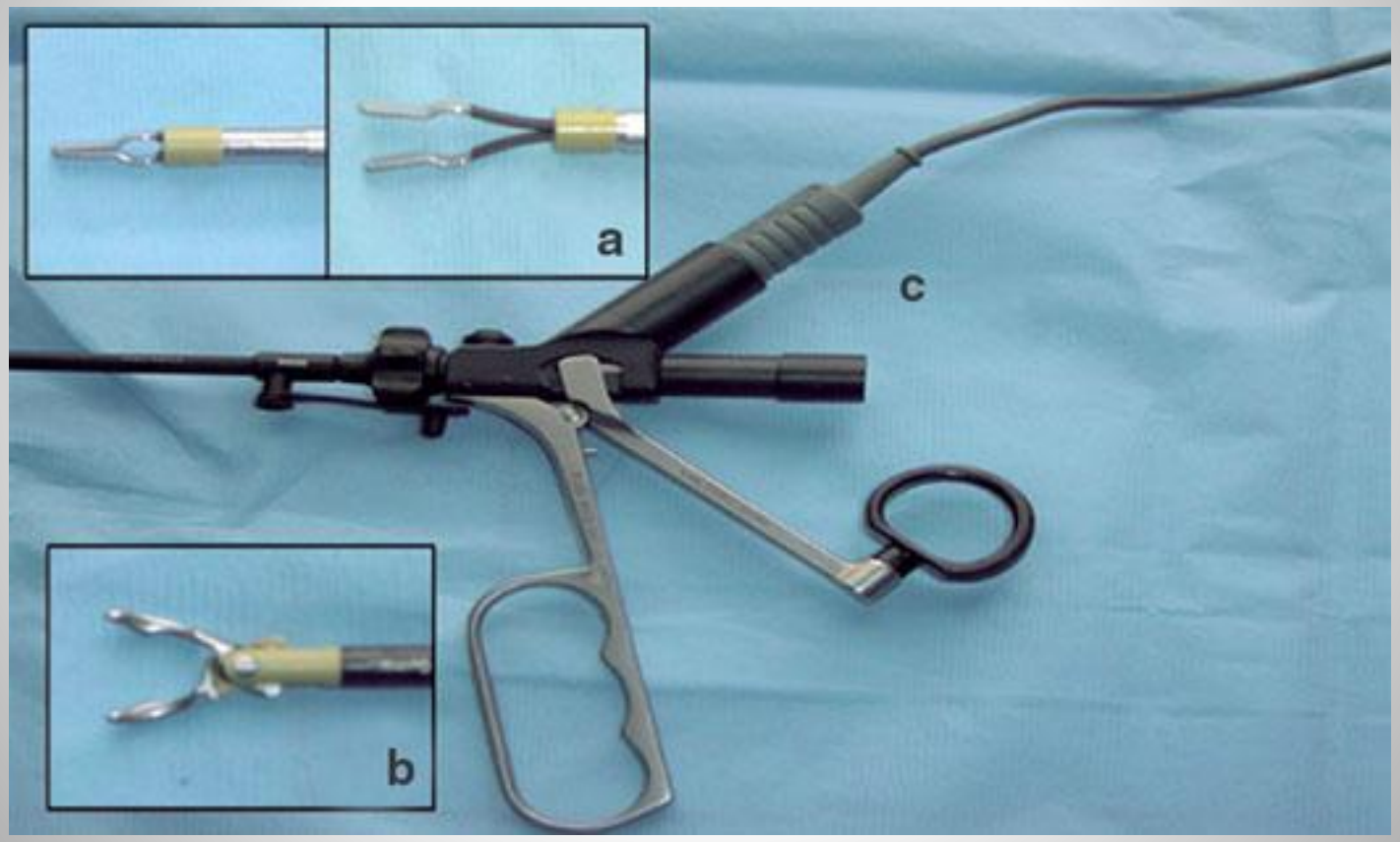
Brides amniotiques : exemples

Winer AJOG 2007

Cas particuliers : MFIU et IMG

- En cas de malformation d'une particulière gravité sur jumeau **BC** : fœticide sélectif possible
- En cas de MFIU sur un jumeau **BC** :
  - risque principal = AP
  - évaluer le bien être fœtal du jumeau survivant
  - avis référé : faire le point et discuter du lieu ACC
- En cas de grossesse **MC** :
  - ISG possible par coagulation du cordon
  - Si MFIU : développement neuro survivant avec IRM

Pince à coagulation du cordon



Cas (très) particulier : MCMA !

- Si vous pensez voir une MA : regarder à nouveau ! ...
- Pas de consensus sur suivi… mais risque accident funiculaire avant 30 SA
- Suivi référé obligatoire
- Accouchement VB possible si J1 en PC
- …

Conclusion

- GG peu fréquentes mais à risques très fréquents !
- Risque constant = AP…
- GG MC : suivi référé obligatoire
- Importance des diag précoces des complications spécifiques pour TTT fœtal sans délai
- Importance du travail en réseau pour améliorer le pronostic global

MERCI à la Réunion et au réseau !

Accouchement : recommandations HAS

- -Consultation d’anesthésie plus précoce que pour les grossesses mono-fœtales, aux alentours de 32SA.
- Terme d’accouchement: 38 SA, 37 SA si PAG<10èmepercentile et 36SA si PAG<5èmepercentile (au moins un des 2 foetus)

- 3.TRAVAIL

- Voie accouchement:
- -ne pas réaliser de radio-pelvimétrie-proposer un AVB aprèsdiscussion avec la patiente si:-J1 en présentation céphalique
- -absence de discordance de poids > 30%entre les 2 fœtus en se basant sur l'EPF du plus gros fœtus (gros-petit/gros). A l'inverse, si la discordance de poids est > 30%, discuter du dossier en STAFF.

- -proposer un déclenchement du travail ou une maturation par ballonnet (CI du propess) à 38SA, même en cas d’utérus cicatriciel (cf protocole utérus cicatriciel)
- Il n’y a pas lieu de recommander une césarienne:
  - -En cas de grossesse gémellaire avec J1 en PC proche du terme.
  - -En cas de grossesse gémellaire chez les femmes ayant un utérus cicatriciel.

Quelle voie d’accouchement pour les jumeaux ?(2009)

La patiente doit avoir une information sur les risques de la voie basse et de la césarienne (accord professionnel). Il est souhaitable que les femmes ayant une grossesse gémellaire puissent bénéficier d’une analgésie péridurale (accord professionnel). On note une limite métho- dologique et un manque de puissance des études sur cette question de la voie d’accouchement. La voie basse devrait être réalisée par un obstétricien ayant une pratique de l’accouchement gémellaire par voie basse (accord professionnel).

- -En cas de grossesse gémellaire avec J1 en PC chez les femmes ayant un travail prématuré au delà de 32 SA.
- Avant 32SA, si la patiente arrive en travail spontané, il est recommandé de pratiquer une césarienne.

Il n’y a pas lieu de recommander une voie d’accouchement plutôt qu’une autre en cas de grossesse gémellaire quel que soit son terme (grade C). En particulier, Il n’y a pas lieu de recommander une voie d’accouchement plutôt qu’une autre :

— en cas de grossesse gémellaire avec J1 en présentation cépha- lique proche du terme (grade B),

— en cas de grossesse gémellaire avec J1 en présentation du siège proche du terme (grade B),

— en cas de grossesse gémellaire chez les femmes avec utérus cicatriciel (grade C),

— en cas de grossesse gémellaire avec J1 en présentation céphalique ou podalique chez les femmes ayant un travail prématuré (grade C).

Modalités d’accouchement du 2e jumeau

La prise en charge de l’accouchement du deuxième jumeau devrait être active afin de raccourcir le délai entre la naissance des 2 jumeaux (grade C), car il existe un lien entre la durée de ce délai et :

— la dégradation progressive des paramètres acido-basiques néonatals (grade C),

— l’augmentation du nombre de césariennes sur deuxième jumeau (grade C),

— la morbidité néonatale du deuxième jumeau (grade C).

En cas de présentation non céphalique, une grande extraction du siège, précédée d’une version par manœuvre interne en cas de présentation transverse, serait associée aux taux de césariennes sur deuxième jumeau les plus bas (grade C). Dans ces situations, la version par manœuvre externe serait délétère (grade C).

En cas de présentation céphalique haute et mobile, et à condition que l'équipe y soit entraînée, une version par manœuvre interne suivie d'une grande extraction du siège, serait à privilégier par rapport à l'association reprise des efforts expulsifs/perfusion d'ocytocine/rupture artificielle des membranes, car cette première stratégie serait associée à moins de césariennes sur le deuxième jumeau (grade C).

En cas de présentation céphalique engagée, la prise en charge doit consister en une reprise des efforts expulsifs et de la perfusion d'ocytocine, et en une rupture artificielle des membranes (grade C). Les manœuvres obstétricales sur deuxième jumeau devraient être pratiquées en première intention à membranes intactes (accord professionnel).