

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**
—
**Recommandations
pour la pratique clinique**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Avertissement

Le « texte court » des recommandations ici présenté a été rendu public au nom du CNGOF le 11 décembre 2009.

Il est la reproduction in extenso des conclusions définitives du comité d'organisation après synthèse des exposés des experts et prise en compte des observations du groupe de relecture

Le « texte long » incluant le détail des communications des experts et l'ensemble des références bibliographiques sera publié dans un numéro spécial du *Journal de Gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, à paraître au premier trimestre 2010.

Recommandations pour la pratique clinique

Les grossesses gémellaires

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
184 rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 Paris

Comité d'organisation

F. PUECH, président (gynécologue obstétricien, CHU, Lille),
C. VAYSSIERE, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU,
Toulouse), P. JABERT (vice-président Fédération Jumeaux et Plus, Paris),
D. LEMERY (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand, SFMP,
Société française de médecine périnatale), J.-C. PONS (gynécologue
obstétricien, CHU, Grenoble), A. SIMON (sage-femme, CNSF, Collège
national des sages-femmes), Y. VILLE (gynécologue obstétricien, CHU,
Paris)

Experts du groupe de travail

G. BENOIST (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), B. BLONDEL
(épidémiologiste, INSERM, Villejuif), P. DERUELLE (gynécologue
obstétricien, CHU, Lille), R. FAVRE (gynécologue obstétricien, CHU,
Strasbourg), D. GALLOT (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-
Ferrand), O. PICONE (gynécologue obstétricien, CHU, Paris),

E. QUARELLO (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), L. SALOMON (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), T. SCHMITZ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), M.-V. SENAT (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), L. SENTILHES (gynécologue obstétricien, CHU, Angers), J. STIRNEMANN (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), F. VENDITELLI (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), N. WINER (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes)

Lecteurs

D. ARCHAMBEAU (anesthésiste, CHU, Paris), F. AUDIBERT (gynécologue obstétricien, CHU, Montréal, Québec), M. BERLAND (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), R. BESSIS (obstétricien secteur privé, Paris), P. BOULOT (gynécologue obstétricien, CHU, Montpellier), B. BRANGER (pédiatre, CHU, Nantes), F. BRETELLE (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), A. BURGUET (pédiatre, CHU, Dijon), M.-P. DEBORD (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), S. DOUVIER (gynécologue obstétricien, CHU, Dijon), M. DREYFUS (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), J. FRESSON (pédiatre, CHU, Nancy), P. GILLARD (gynécologue obstétricien, CHU, Angers), F. GOFFINET (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. GRANGÉ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), C. JEAN (sage-femme, CHU, Toulouse), O. JOURDAIN (gynécologue obstétricien secteur privé, Bruges), R. KUTNAHORSKY (gynécologue obstétricien, CH, Colmar), B. LANGER (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), C. LECONTE (sage-femme secteur public, Lugrin), S. LEROUX (sage-femme, CH, Annecy), E. MACHUQUE (sage-femme, CHU, Paris), G. MAGNIN (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), C. Mercier (sage-femme secteur privé, Izon), S. Ouakel (sage-femme secteur privé, Levroux), M. PERINEAU (gynécologue obstétricien secteur privé, Toulouse), D. RIETHMULLER (gynécologue obstétricien, CHU, Besançon), J.-P. SCHAAL (gynécologue obstétricien, CHU, Grenoble), P. VIOSSAT (sage-femme secteur privé, Grenoble)

ÉPIDÉMIOLOGIE DES GROSSESSES GÉMELAIRES

Le taux d'accouchements gémellaires était de 15,6 pour 1 000 en 2008 et a augmenté d'environ 80 % depuis le début des années 70. On estime qu'un quart à un tiers de l'augmentation des accouchements gémellaires en France est attribuable à l'augmentation de l'âge maternel et au développement des traitements de l'infertilité. Il paraît donc nécessaire d'informer les femmes assez tôt dans leur vie féconde sur les risques associés à une grossesse tardive (accord professionnel). Une des priorités de la prise en charge du couple en infertilité reste la prévention des grossesses multiples (accord professionnel). Les principaux risques pour la santé des jumeaux portent sur la mortalité fœto-infantile, la prématurité, l'hypotrophie et les paralysies cérébrales. Le risque de prématurité (< 37 semaines) était de 44,3 % en 2003 en France, soit un risque relatif de 8,8 (7,8-10,0) par rapport aux enfants uniques. L'âge de la mère et l'origine spontanée ou induite de la grossesse ne semblent pas modifier de manière importante l'excès de risque périnatal des jumeaux. Les femmes ont un risque accru de mortalité et morbidité en cas de grossesse multiple. Il est important de pouvoir disposer de meilleurs outils pour surveiller l'état de santé des jumeaux et de leur mère en France, et d'aider ainsi le corps médical et les responsables de santé publique dans l'analyse des besoins et l'évaluation des pratiques médicales (accord professionnel).

Le diagnostic de chorionicité

Tout compte rendu d'examen échographique de grossesse gémellaire doit donner une information sur la chorionicité (en particulier au premier trimestre) (accord professionnel). Il est recommandé de porter le diagnostic de chorionicité d'une grossesse gémellaire le plus précocement possible, car plus il est précoce, plus il est fiable (accord professionnel). Si le diagnostic de chorionicité au premier trimestre ne peut être effectué, la patiente doit être adressée à un échographiste référent d'un CPDPN (accord professionnel). Les signes les plus pertinents (proches de 100 %) sont le compte des sacs gestationnels entre 7 et 10 SA ou la recherche du signe du lambda entre 11 et 14 SA (accord professionnel). Si le diagnostic de chorionicité a été établi au premier trimestre de la grossesse de manière appropriée et que la « photographie explicite de l'image échographique ayant permis le diagnostic de la chorionicité » peut être fournie, ce diagnostic est posé

de façon définitive et ne doit plus être remis en cause ultérieurement (accord professionnel).

Particularités du dépistage des aneuploïdies

Il paraît licite d'utiliser en pratique courante les tables de l'estimation du risque d'aneuploïdie établies pour les singletons (accord professionnel). Chez les grossesses bichoriales, l'estimation de ce risque au 1^{er} trimestre est réalisée par un calcul intégrant l'âge maternel, la mesure de la LCC et celle de la clarté nucale de chacun des 2 fœtus (grade B). Chez les grossesses monochoriales, l'estimation du risque d'aneuploïdie au 1^{er} trimestre doit être rendue sous la forme d'une échelle de risques dont les bornes seront constituées par les valeurs respectives des épaisseurs de la clarté de nuque des deux fœtus (accord professionnel). Il n'est pas recommandé de proposer en routine l'utilisation des marqueurs sériques du 1^{er} trimestre qui sont en cours d'évaluation pour les gémellaires (accord professionnel). Il n'est pas non plus recommandé de prescrire en routine les marqueurs sériques du 2^e trimestre (sensibilité moyenne associée à un taux de faux positifs élevé et test de dépistage ne donnant pas de risque pour chaque fœtus) (accord professionnel).

Quel prélèvement choisir pour les grossesses gémellaires : choriocentèse ou amniocentèse ?

Le risque de perte foetale lié au prélèvement pour une grossesse gémellaire pourrait être un peu plus élevé que celui observé pour une grossesse unique (grade C). En cas de choix du type de prélèvement, il est recommandé de privilégier la pratique de la choriocentèse plutôt que l'amniocentèse (accord professionnel). Sa réalisation, entre 11 et 14 SA, permet de disposer d'un résultat plus précoce par comparaison à l'amniocentèse avec possibilité de réaliser un fœticide sélectif moins risqué (accord professionnel). Le prélèvement d'une grossesse gémellaire doit être assuré par un opérateur rodé au prélèvement sur grossesse multiple (accord professionnel). Lorsqu'une amniocentèse est réalisée, le choix d'insérer deux aiguilles ou une seule est laissé à l'opérateur (accord professionnel). Il apparaît que le prélèvement systématique des deux conceptus n'est pas toujours nécessaire. Toutefois, la demande du couple peut conduire à le réaliser y compris dans des situations où un prélèvement unique pouvait sembler suffisant

(accord professionnel). La voie transabdominale doit être privilégiée à la voie cervicale en cas de choriocentèse (accord professionnel).

Surveillance des grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques

Du fait de l'augmentation du risque de morbi-mortalité des grossesses gémellaires et de leur relative rareté, il est recommandé que la surveillance clinique et échographique des grossesses monochoriales soit assurée par un praticien travaillant en étroite collaboration avec une structure de soin expérimentée dans la prise en charge des grossesses monochoriales et de leurs principales complications (accord professionnel). En cas de doute ou de complications, il est recommandé d'adresser la patiente pour avis au CPDPN (accord professionnel). Il est recommandé d'effectuer une surveillance mensuelle en consultation et une surveillance bimensuelle en échographie (accord professionnel). Une menace d'accouchement prématuré doit faire envisager une complication spécifique sous-jacente (accord professionnel). Le terme optimal d'accouchement d'une grossesse monochoriale non compliquée est inférieur au terme optimal d'accouchement d'une grossesse bichoriale. Il est raisonnable d'envisager l'accouchement à partir de 36 SA sans dépasser 38 SA + 6 jours avec une surveillance rapprochée (accord professionnel).

Surveillance des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques

Un suivi mensuel par un gynécologue obstétricien dans une structure adaptée est recommandé (accord professionnel). En cas de BMI entre 19 et 25, la prise de poids totale recommandée est de 16 à 24 kg (grade B). Les données actuelles sont insuffisantes pour recommander ou non un dépistage systématique du diabète gestationnel (accord professionnel). Une échographie mensuelle avec estimation du poids fœtal et doppler ombilical est recommandée (accord professionnel). Une surveillance échographique plus rapprochée est conseillée s'il existe une discordance de poids supérieure à 20-25 % entre les 2 fœtus (grade B). En raison du risque augmenté de complications obstétricales, un suivi plus rapproché au dernier trimestre pourrait être organisé (accord professionnel). Il est recommandé de programmer

l'accouchement des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées à partir de 38 SA et avant 40 SA (grade C).

Où les suivre et où les faire accoucher ?

Le suivi des grossesses gémellaires est actuellement mal codifié en France. Il doit être assuré par un praticien ayant une bonne connaissance de ce type de grossesse (accord professionnel). En cas de grossesse monochoriale, le suivi doit être assuré par un praticien travaillant en étroite collaboration avec une structure expérimentée dans la prise en charge de ce type de grossesse et de leurs complications (accord professionnel). Le suivi d'une grossesse monoamniotique doit se faire en étroite collaboration avec une structure de type III (accord professionnel).

Les données actuelles sont insuffisantes pour recommander en France la mise en place de « *twin clinics* » pour la prise en charge des grossesses gémellaires (accord professionnel).

L'augmentation du risque de complications maternelles ainsi que le taux élevé d'interventions médicales (césarienne, extractions instrumentales et manœuvres) justifient la disponibilité immédiate et permanente d'un gynécologue obstétricien ayant une pratique de l'accouchement gémellaire par voie basse (accord professionnel). La présence d'un anesthésiste est particulièrement recommandée lors de la phase d'expulsion et de délivrance en raison du risque accru d'hémorragie. Il est recommandé que la maternité où a lieu l'accouchement ait un accès rapide à des produits dérivés du sang (avis d'expert). La disponibilité immédiate et permanente d'une équipe pédiatrique, en effectif et compétence en réanimation adaptés au nombre de nouveau-nés et à leur degré de prématurité, est recommandée (accord professionnel). L'accouchement des gémellaires peut avoir lieu dans les maternités qui répondent à ce cahier des charges (accord professionnel).

Prévention de la prématurité spontanée chez les grossesses gémellaires asymptomatiques

La tocographie et le dépistage d'une vaginose bactérienne ne permettent pas d'identifier une population à risque d'accouchement prématuré (respectivement grade B et grade C). Les données actuelles de la littérature sont contradictoires et insuffisantes pour déterminer,

respectivement, si la recherche de fibronectine fœtale dans les sécrétions cervicovaginales et le toucher vaginal sont des facteurs prédictifs de l'accouchement prématuré (accord professionnel). Seuls les antécédents obstétricaux (antécédent d'accouchement prématuré) (grade C) et surtout l'échographie endovaginale (grade B) par la mesure de la longueur cervicale sont des facteurs prédictifs de prématurité. Cependant, il n'existe aucune étude ayant montré que l'identification d'un groupe à risque d'accouchement prématuré par l'échographie endovaginale permettait de diminuer la fréquence de celui-ci chez les patientes enceintes de jumeaux et asymptomatiques (accord professionnel). Si une échographie vaginale est réalisée, l'information d'un col long (> 30 mm) est plus pertinente que celle d'un col court (< 25 mm) (accord professionnel). Le repos strict, l'utilisation de tocolytiques par voie orale à visée prophylactique, l'administration de progestérone et le cerclage prophylactique chez les patientes avec ou sans modifications cervicales ne permettent pas de diminuer la prématurité (grade A).

Prise en charge du syndrome transfuseur-transfusé (STT)

Les signes du STT sont importants à reconnaître précocement pour améliorer la prise en charge de ces grossesses (accord professionnel). On s'attachera à diagnostiquer, sur une grossesse monochoriale, 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 (accord professionnel). Une surveillance échographique bimensuelle et parfois hebdomadaire de ce type de grossesse est recommandée du fait du risque de complications (accord professionnel). Le STT est une urgence obstétricale de diagnostic échographique facile, dont le traitement et le conseil doivent être réalisés dans un centre pouvant proposer une coagulation laser fœtoscopique des anastomoses placentaires (accord professionnel). Le traitement par laser est le traitement de première intention (grade B). La surveillance après traitement devra se faire en lien avec le centre de compétence-référence (accord professionnel). 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 (accord professionnel).

Grossesses monochoriales monoamniotiques

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 (accord professionnel). Celle-ci peut se faire en hospitalisation dans une maternité de type III ou en externe en lien avec une maternité de type III (accord professionnel). Une naissance à partir de 32 SA et avant 36 SA est recommandée (accord professionnel). La césarienne doit être privilégiée (accord professionnel).

Conflits d'intérêts entre jumeaux

L'incidence des malformations est respectivement 2 fois et 3 fois plus fréquente en cas de grossesse bichoriale et monochoriale qu'en cas de grossesse unique. Leur prise en charge relève d'un CPDPN (accord professionnel). En cas de malformation d'une particulière gravité sur un jumeau bichorial, un foéticide est possible et ne présente pas de risque direct sur le jumeau sain (accord professionnel). Le risque de perte fœtale est d'environ 20 % (grade C). En cas de malformation d'une gravité particulière sur un jumeau issu d'une grossesse monochoriale, une occlusion funiculaire à la pince bipolaire est une alternative thérapeutique. En l'absence de risque imminent pour le jumeau sain, il est recommandé de pratiquer ce geste à partir de 18 SA (grade C) par un opérateur rodé à cette technique (accord professionnel). Le risque de rupture prématurée des membranes est d'environ 20 %. La participation active des femmes aux choix thérapeutiques est encore plus indispensable pour ce type de geste (accord professionnel).

Prise en charge d'une grossesse gémellaire en cas de MFIU

La mortalité néonatale des jumeaux est jusqu'à 7 fois supérieure à celle des singletons et concerne environ 5 % de toutes les grossesses gémellaires. En cas de grossesse bichoriale, 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 estimé de mort fœtale et d'anomalie neurologique du jumeau survivant est estimé à 4 % et 1 % respectivement. Le risque principal est l'accouchement prématuré. En cas de grossesse monochoriale, les anastomoses présentes sur la plaque choriale 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 (accord professionnel). 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 (accord professionnel). Si la patiente n'a pas accouché spontanément, un déclenchement devrait être proposé à 39 SA au plus tard (accord professionnel). Un accompagnement psychologique est recommandé dès le décès d'un jumeau (accord professionnel).

Quelle voie d'accouchement pour les jumeaux ?

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 méthodologique 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).

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 céphalique 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 2^e 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 néonataux (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).