


# RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p>RECOMMANDATIONS</p> <p><b>GROSSESSES GEMELLAIRES</b></p>	<p>Version du 11/06/2019</p> <p><b>Rédaction</b> Dr Gauchotte Dr Creutz-Leroy P. Basset</p> <p><b>Validation</b> Conseil de coordination du 27/06/2019</p>
---	---	--

## I. Définitions

**Grossesse monozygote:** grossesse multiple dont les embryons sont issus du même œuf initial (vrais jumeaux). Ce type de grossesse représente environ 3,5 à 5 pour 1000 grossesses.

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

**Grossesse monochoriale:** grossesse multiple comportant un seul placenta.

**Grossesse bichoriale:** grossesse multiple comportant deux placentas. Parmi les grossesses bichoriales, 90% sont dizygotes et 10% monozygotes. Elles sont toujours biamniotiques.

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

**Grossesse biamniotique :** grossesse multiple comportant deux poches amniotiques.

## II. Diagnostic

Le diagnostic de grossesse gémellaire doit être fait au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse et le plus précocement possible.

Le CR d'échographie doit impérativement préciser :

- **L'âge gestationnel** (LCC du plus petit fœtus mais si discordance de plus de 10 mm entre les 2 fœtus, datation sur le plus gros fœtus et nécessité d'adresser la patiente en médecine fœtale pour un bilan)
- **La chorionicité**
  - o Entre 7 et 10 SA : compte des sacs gestationnels
  - o Entre 11 et 14 SA : présence d'une membrane et insertion de cette membrane (recherche du signe du lambda).
- **L'identification des 2 jumeaux** avec par convention
  - o JA : insertion cordonale la plus à droite
  - o JB : insertion cordonale la plus à gauche.

Cette insertion reste inchangée durant toute la grossesse et est donc le seul moyen de différencier les 2 jumeaux tout au long du suivi.

Les images doivent être fournies.

**Si le diagnostic n'a pu être réalisé au 1er trimestre, la patiente doit être adressée à un échographiste référent membre du CPDP.**

## III. Suivi obstétrical

Selon les recommandations HAS de mai 2016,

Le suivi des grossesses bichoriales biamniotiques est un suivi de type A2

Le suivi des grossesses monochoriales est un suivi de type B

Par ailleurs, les grossesses triples relèvent également d'un suivi de type B

La patiente doit être informée sur l'augmentation des risques maternels et fœtaux liés à la grossesse gémellaire et de son suivi spécifique.

Lorsque la prise en charge est débutée sur ou en lien avec une maternité de type I ou II, le possible transfert sur une autre maternité doit être expliqué.

Les coordonnées de l'association « Jumeaux et plus » sont à remettre à la patiente (annexe 1).

## 1. Dépistage de la trisomie 21

Après avoir donné toutes les informations sur le dépistage à la patiente, **le dépistage par ADN foetal libre circulant dans le sang maternel (ADN1cT21) doit être proposé en première intention**. Il nécessite la signature d'un consentement (voir fiche réflexe diagnostic prénatal).

Les marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestre ne doivent pas être réalisés, cependant, la patiente doit bénéficier d'une échographie du 1<sup>er</sup> trimestre au terme habituel avec mesure des clartés nucales.

En cas de grossesse gémellaire avec arrêt de la grossesse d'un des 2 fœtus avant 12SA (jumeau évanescent) :

- Si grossesse arrêtée embryonnée : faire le dépistage ADN1CT21 en cochant grossesse gémellaire et préciser « jumeau évanescent »
- Si grossesse arrêtée non embryonnée : faire des marqueurs sériques comme grossesse singleton sans rien préciser.

Si un prélèvement diagnostique est nécessaire, la choriocentèse est à privilégier et elle doit être réalisée par un opérateur expérimenté.

## 2. Consultation d'anesthésie

Elle doit avoir lieu aux alentours de 32 SA.

## 3. Grossesse bichoriale biamniotique

Le suivi peut être faire sur tous les types d'établissement, cependant, l'accouchement doit avoir lieu dans un établissement répondant aux critères établis dans le point 1 du chapitre IV.

Une échographie mensuelle doit être réalisée avec estimation du poids foetal et Doppler ombilical. En cas de discordance de poids supérieure à 20-25% entre les 2 fœtus, la surveillance échographique et clinique doit être davantage rapprochée (tous les 15 jours).

## 4. Grossesse monochoriale biamniotique

**Le suivi clinique mensuel et le suivi échographique bimensuel doivent être réalisés par des professionnels expérimentés dans ce type de suivi.**

L'adressage au CPDP ne doit pas être retardé en cas de doute ou de complications.

## 5. Grossesse monochoriale monoamniotique

Dès le début de la grossesse, la patiente doit être vue par un gynécologue obstétricien spécialisé dans les grossesses à haut risque et exerçant dans un établissement de type IIB ou III.

Le suivi doit être réalisé en étroite collaboration avec la maternité de type III précocement et il est souhaitable que les parents puissent rencontrer l'équipe obstétricale et néonatale du type III précocement afin de mieux préparer une éventuelle prise en charge en urgence.

Un avis au CPDP peut être demandé à tout moment.

## IV. Accouchement

### 1. Lieu d'accouchement

Le lieu d'accouchement doit associer **la disponibilité immédiate et permanente :**

- **d'un gynécologue obstétricien expérimenté dans l'accouchement gémellaire par voie basse,**
- **d'un anesthésiste -réanimateur**
- **et d'une équipe pédiatrique en effectif et compétence en réanimation adaptés à l'âge gestationnel, à l'estimation pondérale et aux possibles pathologies de l'un ou des deux jumeaux.**

La maternité doit avoir également un accès rapide aux produits dérivés du sang.

Les grossesses gémellaires monochoriales monoamniotiques doivent être prises en charge dans une maternité de type IIB ou de type III en raison de la prématurité induite et de la nécessité de plusieurs intervenants pédiatriques.

### 2. Terme d'accouchement

**Pour les grossesses bichoriales biamniotiques :** L'accouchement est à programmer, en l'absence de complication, à partir de **38 SA et avant 40 SA.**

**Pour les grossesses monochoriales biamniotiques :** L'accouchement est à programmer, en l'absence de complication, à **partir de 36 SA et avant 38 SA + 6 jours.**

**Pour les grossesses monochoriales monoamniotiques :** L'accouchement est à programmer, en l'absence de complication, à **partir de 32 SA et avant 36 SA.**

### 3. Voie d'accouchement

La patiente doit être informée sur les risques de la voie basse et de la césarienne. Cette information est tracée dans le dossier.

**Il n'y a pas lieu de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre quel que soit le terme**, en particulier :

- Si J1 est en présentation céphalique proche du terme (grade B)
- Si J1 est en présentation du siège proche du terme (grade B)
- Si la femme présente un utérus cicatriciel (garde C)
- Si J1 est en présentation céphalique ou podalique au cours d'un travail prématuré (grade C).

Le recours à l'analgésie péridurale est à encourager.

### 4. Déroulé de l'accouchement

La présence de l'équipe médicale comprenant au moins 2 sages-femmes, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre.

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

La prise en charge de J2 doit être active afin de raccourcir le délai entre la naissance des 2 jumeaux : un délai maximum de 15 mn est généralement admis.

- Dès le dégagement de la tête de J1 : arrêt de l'ocytocine
- Dès l'accouchement de J1 : enregistrement continu de RCF de J2 puis
- TV pour évaluer la présentation de J2 et sa hauteur
- +/- Réinjection de l'anesthésiant au niveau de la péridurale
- Dérivé nitré prêt à l'emploi en cas d'hypertonie utérine
- Intervention rapide :
  - o Si présentation de J2 céphalique :
    - Engagée ou fixée : reprise de l'ocytocine, rupture artificielle des membranes (RAM) puis voie basse spontanée ou extraction instrumentale
    - Haute : version/grande extraction à membranes intactes ou après RAM si échec
  - o Si présentation de J2 transverse : version/grande extraction à membranes intactes ou après RAM si échec
  - o Si présentation de J2 en siège : grande extraction à membranes intactes ou après RAM si échec

Le risque d'hémorragie du post-partum étant augmenté, sans être systématique, les indications de délivrance artificielle et révision utérine sont très larges.

## V. Grossesses triples

Le niveau de risque doit être expliqué aux parents et une réduction embryonnaire est à proposer.

Au regard des risques obstétricaux et néonataux associés, au nombre de professionnels à mobiliser, l'accouchement doit avoir lieu sur le type III avec une présentation précoce du dossier.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. HAS. Mai 2016
- Recommandations pour la pratique clinique. Grossesses gémellaires. CNGOF. Paris, 2009
- Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandation de bonne pratique. HAS, décembre 2009
- A. HERMAN. Bedside estimation of down syndrome risk during first trimester ultrasound screening. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002.

## VI. Annexes :

Annexe 1 : Coordonnées de l'association **Jumeaux et plus** :



Fédération nationale : <http://www.jumeaux-et-plus.fr/>

En Meurthe-et-Moselle : <http://www.jumeaux-et-plus.fr/association/meurthe-et-moselle/>

9 rue de l'Aulnois – 54119 DOMGERMAIN

Tel : 0783883045

Email : [jumeauxetplus54@gmail.com](mailto:jumeauxetplus54@gmail.com)