



Accouchement grossesses gémeillaires

1. Accouchement Grossesse gémeillaire Bichoriale Biamniotique.
2. Accouchement Grossesse gémeillaire Monochoriale Biamniotique.
3. Grossesse gémeillaire Monochoriale Monoamniotique. Surveillance et accouchement.
4. Accouchement grossesse gémeillaire prématurée.
5. Accouchement grossesse gémeillaire différée.

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 élective

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 élective

❖ **Mode et voie d'accouchement: 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

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 récurrence 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 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 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) 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 (suppositoire d'indométacine, Dolcidium®) 48 heures

Protocole élaboré par le groupe Périnat du GGOLFB – 2017

Références:

- Modes of delivery of first and second twins as a function of their presentation. Study of 614 consecutive patients from 1992 to 2000. Sibony O, Tuitou S, Luton D, Oury JF, Blot P. - Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Jun 1;126(2):180-5.
- The risk of stillbirth and infant death by each additional week of expectant management in twin pregnancies - Page JM, Pilliod RA, Snowden JM, Caughey AB. -Am J Obstet Gynecol. 2015 May;212(5):630.e1-7.
- Twin-to-twin delivery interval: is a time limit justified? - Gourheux N, Deruelle P, Houfflin-Debarge V, Dubos JP, Subtil D. - Gynecol Obstet Fertil. 2007 Oct;35(10):982-9.
- Timing of birth in multiple pregnancy. - Dias T, Akolekar R. - Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014 Feb;28(2):319-26.
- Delivery of twins - Sentilhes L, Bouhours AC, Biquard F, Gillard P, Descamps P, Kayem G. -Gynecol Obstet Fertil. 2009 May;37(5):432-41.

Protocole élaboré par le groupe périnat du GGOLFB : Sophie Alexander, Patricia Barlow, Pierre Bernard (directeur), Gilles Ceysens, Maité Delfosse, Patrick Emonts, Philippe Jadin, Clotilde Lamy, Delphine Leroy, Philippe Petit, Christine Van Linthout, Louise Watkins-Masters, 2017