

LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE

Dr. LAEMAR MAND
Maitre Assistant
Chef de Service
Maternité CHUC

I-INTRODUCTION : La G gémellaire "GG" est une G à haut risque, en raison du risque de mortalité et de morbidité périnatale. Le caractère "à haut risque" s'applique aussi bien à la G qu'à l'accouchement. Il en existe 2 types

1-La GG dizygote: La plus fréquente, elle résulte de la fécondation de 2 ovules par 2 spermatozoïdes. Souvent associée à des antécédents familiaux de gémellité, à une multiparité et à un âge maternel élevé. Le patrimoine génétique des 2 œufs est différent et les placenta et les cavités amniotiques sont séparés.

2-La GG monozygote: Moins fréquente, elle résulte de la fécondation d'un ovule qui s'est divisé. Le patrimoine génétique est identique et l'ovo-implantation varie en fonction du stade de division.

- Si la division se fait au stade de **Morula** ($\frac{1}{3}$ des cas), il y aura un placenta bichorial et bi-amniotique.

- Si la division se fait au stade de **Blastocyte**, il y aura un placenta monochorial et bi-amniotique.

- Si la division se fait à un stade de **division très avancé** (1 à 2% des cas), il y aura un placenta monochorial et mono-amniotique. Le risque malformatif est très élevé (siamois.) Les anastomoses vasculaires sont plus fréquentes dans un placenta monochorial à un stade de division avancé. Les G multiples (≥ 3) sont exceptionnelles. Le risque de G gémellaire va de paire avec l'utilisation de plus en plus fréquente des

inducteurs de l'ovulation et des techniques de fécondation in vitro.

II-PHYSIOLOGIE MATERNELLE AU COURS D'UNE GROSSESSE

GÉMELLAIRE : Les modifications maternelles sont exagérées en cas de gémellité avec



Au niveau cardiovasculaire, une élévation du travail et du débit cardiaque.



Au niveau respiratoire, une augmentation de la consommation en O₂ destiné à l'unité fœto-placentaire.



Au niveau rénale, une augmentation de la filtration glomérulaire.



Au niveau métabolique, une augmentation du métabolisme du glucose sans risque accru de diabète gestationnel par rapport à une G mono-fœtale mais avec une prise pondérale plus importante (rétention hydro-sodée.)



Au niveau sanguin, une augmentation du risque d'anémie, qui doit être systématiquement corrigée (apport de fer.)

III-DIAGNOSTIC POSITIF D'UNE GROSSESSE GÉMELLAIRE :

ORIENTATION CLINIQUE:

A-L'ANAMNÈSE: Recherche 1-Les antécédents familiaux de gémellité. 2-La notion de G après PMA.

B-L'EXAMEN CLINIQUE: L'examen au 1^{er} trimestre est pauvre et ne retrouve que 1-Des signes sympathiques exagérés.

L'examen au 3^e trimestre est plus riche de renseignements avec 2-Hauteur utérine excessive. 3-Perception de 2 foyers cardiaques à l'auscultation.

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE:

1. Echographie: Elle permet de

1) Poser le diagnostic.

2) Préciser la chorionicité.

3) Suspecter le type de zygote.

IV-PRISE EN CHARGE ET MESURES PRÉVENTIVES DANS UNE GROSSESSE GÉMELLAIRE :



Etablir un diagnostic précoce, pour instaurer rapidement une surveillance prénatale attentive, destinée à limiter le risque de prématurité et d'hypotrophie.



Restriction de l'activité physique maternelle, ce qui n'est pas synonyme de repos strict au lit.



Préconiser des visites hebdomadaires à domicile de sages-femmes à partir de 20 SA.



Hospitalisation en cas de complications.



Cerclage prophylactique en cas d'anomalies du col (béance.)



Tocolytiques, uniquement en cas de menace (risque d'OAP) de type Salbutamol, Progestérone et β mimétiques (pendant une 20aine de mn, à partir de la 20^e SA correspondant au développement des récepteurs utérins de β mimétiques.) - *Atoziban: tractoc. le⁺ +++*

V-COMPLICATIONS ET TRAITEMENTS D'UNE GROSSESSE GÉMELLAIRE :

1) *L'accouchement prématuré*: Complications la plus fréquente. Traitement:



β mimétiques, en cas d'épisode aigu de menace, pour une courte durée (risque d'intolérance hémodynamique.)



Anti-prostaglandines, en cas d'hydramnios, type Indométacine: Indocid[®] (bloque la formation de PG homogènes.)



Corticoïdes, souvent utilisés pour l'acquisition de la maturation pulmonaire.

2) *L'hypotrophie fœtale*: 1^e cause de mortalité in-utero après 32 SA et 2^e cause de morbidité fœtale. Elle est due à l'HTA, aux malformations fœtales et au syndrome transfuseur – transfusé. 3) *L'HTA maternelle*: Complication fréquente. Le bilan, le traitement et les modalités obstétricales sont comparables à ceux d'une G mono-fœtale.

4) *Le syndrome transfuseur – transfusé aigu et chronique*: Fait intervenir les anastomoses vasculaires monozygotes. Le pronostic dépend de la date de survenue du syndrome. Traitement:



Photocoagulation au laser, pour les anastomoses in-utero superficielles (profondes inaccessibles.) 5) *L'hydramnios aigu*: Complication fréquente, survenant après 24 SA. 6) *La mort in-utero des jumeaux*: Complication fréquente, survenant dans 2% des GG dizygotes et dans 7% de GG monozygotes. Elle est due à l'HTA, aux malformations fœtales et au syndrome transfuseur – transfusé. 7) *Les malformations fœtales*: Elles ont une forte prévalence et surviennent dans 8 à 10% des GG monozygotes.

I. SPÉCIFICITÉ DE L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE :



Le terme optimal de naissance est de 37 – 38 SA. Il existe cependant une grande fréquence d'accouchement prématuré.



Le pronostic néonatal des jumeaux est nettement meilleur que celui du singleton.

II. COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE :



Complications non-spécifiques: 1) La dystocie dynamique. 2) La procidence du cordon. 3) Le placenta prævia. 4) L'hémorragie de la délivrance.



Complications spécifiques: 5) La dystocie gémellaire (accrochage des 2 jumeaux.) 6) Les accidents funiculaires (enroulement des 2 cordons.) 7) Les siamois (jumeaux conjoints.)

III. CONDUITE A TENIR DEVANT UN ACCOUCHEMENT

GÉMELLAIRE : Choix du mode d'accouchement 1 Césarienne

prophylactique Indication absolue, devant Un jumeau 1 "J1" en transverse. Une dystocie osseuse. Un placenta prævia. Un obstacle prævia. Une GG mono-amniotique. Un retard de croissance intra-utérin. Indication relative, devant Un J1 en siège. Un utérus cicatriciel.

Une pathologie maternelle associée.

2 Voie basse



Déclenchement du travail, 1 Sous ordre médical et obstétrical.
2 Amniotomie, ou Perfusion de Syntocinon[®], sous control topographique, Score de Bishop > 6.



Analgesie obstétricale, par péridurale.



Voie veineuse périphérique.



Surveillance du travail par 1 Monitoring obstétrical. 2 Echographie.
3 ERCF. 4 Présence d'un obstétricien, anesthésiste-réanimateur et d'un pédiatre-néonatalogue.



Accouchement de J1, identique à une G mono-fœtale, le forceps est souvent utilisé.



Accouchement de J2, l'attitude obstétricale doit être activé sans intervalle
1 Clampage du cordon de J1. 2 Réduction de la perfusion de Syntocinon[®] pour éviter l'hypertonie utérine.



En cas de présentation longitudinale 3 Maintient de la position gynécologique, par un aide. 4 Reprise de la perfusion de Syntocinon[®].

5 Amniotomie. 6 Engagement et poursuite de l'accouchement dans la plupart des cas.

◆ En cas de présentation transverse ou oblique 3 Version par manœuvre interne "VMI" 4 Extraction du siège.



Délivrance (risque hémorragique) 1 Délivrance dirigée 2 Maintient de la perfusion de Syntocinon[®] pour éviter l'inertie secondaire.



Prise en charge des n-és, dans une unité pédiatrique en vue d'une réanimation éventuelle, vue la fréquence d'hypotrophie, de détresse respiratoire, d'ictère nucléaire et d'anémie.



Suite de couches, 1 Encourager l'allaitement. 2 Traiter l'anémie.