

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE

Cours présenté par Dr A.ABES

Maitre assistante en gynécologie-obstétrique

EHS SMK

I-DEFINITION:

La grossesse gémellaire est le développement simultané de deux fœtus dans la cavité utérine.

C'est une GHR à la fois maternelle et fœtale.

II-PATHOGENIE:

La grossesse gémellaire est uni ou bi ovulaire :

A- LA GROSSESSE GEMELLAIRE BI OVULAIRE OU DIZYGOTE

Resulte de la fécondation de deux ovules chacun par un spermatozoïde distinct ; chaque fœtus à un patrimoine génétique différent : les sexes peuvent alors être différents.

La fécondation peut avoir lieu au cours du même coït (c'est le cas le plus courant) ou au cours de deux coïts successifs (superfécondation).

B- LA GROSSESSE GEMELLAIRE MONO OVULAIRE OU MONOZYGOTE

Un ovule est fécondé par un seul spermatozoïde ; le patrimoine génétique est identique, le sexe est toujours le même.

Les deux fœtus proviennent d'une fécondation unique.

II- ETIOLOGIES :

- l'origine ethnique
- l'Age maternel avancé ou au contraire trop jeune <18 ans ou >35 ans.
- PMA.
- antécédents familiaux.
- taille et poids : IMC
- femmes aux cycles longs.

III- DIAGNOSTIC POSITIF :

A- INTEROGATOIRE :

- précise les facteurs héréditaires maternels et paternels.
- les antécédents personnels ;
- signes sympathiques+++ ;
- MAF +++.
- HTA ;

B- EXAMEN CLINIQUE :

1- INSPECTION :

- Hauteur utérine excessive ;
- muscles droits anormalement écartés,
- ombilic déplié avec vergetures importantes ;
- varices des membres inférieurs importants ;
- œdème des membres inférieurs et sus pubien avec peau d'orange ;

2- PALPATION :

- existence de deux pôles fœtaux, rarement quatre pôles.

3- AUSCULTATION :

- Mise en évidence de deux foyers cardiaques ;

4- TOUCHE VAGINAL :

- déhiscence du col avec ampliation précoce du segment inférieur ;
- précise le type de présentation ;

C- EXAMENS PARACLINIQUES :

1. ECHOGRAPHIE

Le diagnostic est possible dès 8 SA de grossesse gémellaire mono choriale bi amniotique (membrane fine de séparation), ou bi choriale bi amniotique (membrane de séparation épaisse).

2. RADIOGRAPHIE DU CONTENU UTERIN

Confirme le diagnostic en fin de grossesse,

Précise la position des fœtus.

3. ERCF

Mise en évidence de deux rythmes cardiaques différents.

III- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE

- Grossesse molaire.
- Utérus myomateux
- Kyste de l'ovaire sur grossesse

AU COURS DU TROISIEME TRIMESTRE

- Macrosomie fœtale,
- hydramnios ;
- tumeurs et grossesse : kyste de l'ovaire, myome ;

IV- PRONOSTIC :

A- PRONOSTIC MATERNEL

- risque d'insertion vicieuse du placenta,
- toxémie gravidique ;
- hémorragie de la délivrance ;
- césarienne plus fréquente ;

B- PRONOSTIC FOETAL

- Prématurité,
- RCIU;
- MIU;
- Avortements
- Syndrome transfuseur-transfusé,
- Lyse précoce de l'un des deux jumeaux,
- Malformations,

V- ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE :

Sous surveillance des contractions utérines par tocographie interne et enregistrement des deux foyers cardiaques, l'accouchement gémellaire se déroule en quatre phases :

A- ACCOUCHEMENT DU PREMIER JUMENTAUX

Caractérisé par un travail long avec irrégularité de la dilatation du col à cause de la surdistension utérine :

- risque de RPM précoce.
- devant une anomalie de dilatation. une mise en route d'une perfusion de syntocinane,

B- TEMPS DE REPOS: phase de rémission

Caractérisé par une rémission clinique de la contractilité utérine suivant l'expulsion de j1 qui dure environ 15- 30 minutes :

- on vérifie le diagnostic de présentation,
- ERCF obligatoire sur j2.

C- ACCOUCHEMENT DU DEUXIEME JUMENTAUX

-engagement et descente rapide de j2 après rupture de la deuxième poche des eaux et perfusion d'ocytocique si le fœtus est en présentation céphalique.

-après accouchement de j1, le deuxième jumeaux se trouve au large de la cavité utérine insuffisamment rétractée, il a alors tendance à s'étaler (présentation dystocique),

-on vérifie alors la position de j2 :

*si présentation de siège : attendre accouchement spontané sous perfusion de syntocinane ou bien grande extraction de siège.

*si présentation transverse : version par manœuvre interne suivie d'une grande extraction de siège.

D- TEMPS DE DELIVRANCE

-survient après un nouveau temps de repos, après expulsion des deux fœtus :

-elle est souvent hémorragique (vaste surface d'insertion placentaire, contractilité et rétractilité moins bonne : utérus sur distendu).

-souvent artificielle suivie d'une révision utérine avec perfusion d'utérotoniques.

-examen du délivre systématique. Vérifier l'intégrité du placenta, préciser s'il s'agit d'un seul placenta (mono chorale) ou bien deux (bi chorale).

VI- LES RISQUES DE L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE :

- Dystocie dynamique (dystocie de démarrage, dilatation stationnaire).
- Procidence du cordon,
- Souffrance fœtale aigue ;
- Traumatisme obstétrical.
- Dystocie gémellaire : -accrochage des fœtus,
-monstres doubles ;
-enroulement des cordons.

VII- CONDUITE A TENIR DEVANT UNE GROSSESSE GEMELLAIRE :

Dépend de plusieurs facteurs : Age gestationnel, pathologie de grossesse, pathologie de l'un des deux jumeaux, conditions obstétricales et position des deux jumeaux.

A- AGE DE GROSSESSE

*après 38 SA, si pathologie maternelle associée (risque de MIU) : RCF obligatoire et déclenchement artificielle du travail si j1 en position céphalique avec col favorable sinon césarienne.

*en pratique : en cas de grossesse gémellaire mono chorale, l'accouchement doit être programmé entre 36- 38 SA, et entre 38- 40 SA en cas de grossesse bichoriale.

B- PATHOLOGIE DE L'UN OU DES DEUX JUMEAUX

-RCIU de l'un ou des deux jumeaux, ou syndrome transfuseur- transfusé : césarienne.

C- CONDITIONS OBSTETRIQUES

*j1 en siège : césarienne,

*grossesse gémellaire sur utérus cicatriciel. Césarienne.

*grossesse mono amniotique :césarienne.

VIII-CONCLUSION :

La grossesse gémellaire est une grossesse à haut risque maternel et surtout fœtal qui nécessite une prise en charge particulière aussi bien pendant la grossesse que l'accouchement.