



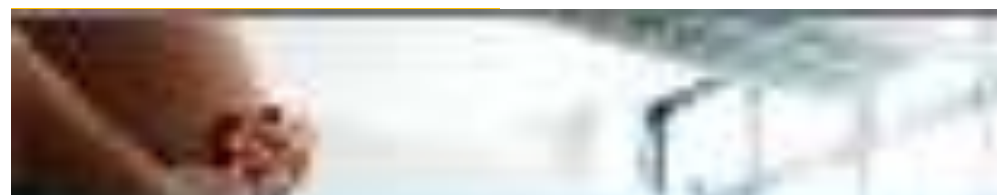
L'ACCOUCHEMENT DES JUMEAUX

- VOIES D'ACCOUCHEMENT
- MODALITES D'ACCOUCHEMENT DU 2^{ème}
JUMEAU

JOURNEES PERINATALE
MAYOTTE 2022



Dr Thierry Abossolo
CHU Saint Denis La REUNION
Service : Dr Anca Birsan



Situation épidémiologique

Chiffres INED

Taux de 1,6 % en France

- l'âge maternel (1/3 des grossesses multiples)
 - Taux de femmes enceintes de plus de 35 ans était de 25 %
 - Recours à la PMA
- le recours à la procréation médicalement assistée

Année	Taux de grossesses multiples (%)	Taux de femmes enceintes de plus de 35 ans (%)	Recours à la PMA (%)
2010	1,4	24,5	1,2
2011	1,4	24,5	1,2
2012	1,4	24,5	1,2
2013	1,4	24,5	1,2
2014	1,4	24,5	1,2
2015	1,4	24,5	1,2
2016	1,4	24,5	1,2
2017	1,4	24,5	1,2
2018	1,4	24,5	1,2
2019	1,4	24,5	1,2
2020	1,4	24,5	1,2
2021	1,4	24,5	1,2
2022	1,4	24,5	1,2
2023	1,4	24,5	1,2
2024	1,4	24,5	1,2
2025	1,4	24,5	1,2
2026	1,4	24,5	1,2
2027	1,4	24,5	1,2
2028	1,4	24,5	1,2
2029	1,4	24,5	1,2
2030	1,4	24,5	1,2



Modalités de l'accouchement

soit la réalisation d'une césarienne programmée, soit une tentative de voie basse.

Evaluer les bénéfices et les risques de chacune de ces voies d'accouchement, que ce soit pour les nouveau-nés mais aussi pour la mère.

Twin Birth Study, parue en 2013 dans le New England Journal of Medicine

Essai contrôlé randomisé international multicentrique entre 2003 et 2011 incluant toutes les grossesses gémellaires au-delà de 32 semaines d'aménorrhée avec un premier jumeau en présentation céphalique

Le critère de jugement était un critère composite de morbi-mortalité néonatale

Pas différence significative pour la morbidité néonatale entre les deux groupes, avec un taux de morbidité

- de 2,5 % dans le groupe des césariennes programmées et
- de 1,9 % dans le groupe des tentatives de voie basse

avec un odds ratio non significatif à 1,16.

critère de jugement secondaire : la morbidité maternelle.

Pas de différence pour la morbidité maternelle entre les groupes

- 7,3 % des césariennes programmées
- 8,5 % des tentatives de voie basse,

odds ratio non significatif à 0,86.

L'étude JUMODA,

Réalisée en population française entre février 2014 et mars 2015, a inclus tous les accouchements de grossesses gémellaires au-delà de 22 semaines d'aménorrhée dans 176 maternités françaises réalisant plus de 1 500 accouchements par an.

Le critère de jugement était un critère composite de morbi-mortalité néonatale

Augmentation de la morbidité néonatale

- 5,2 % en cas de césariennes programmées
- 2,2 % en cas de tentative de voie basse

un odds ratio significatif à 2,38





ACOG

The American College of
Obstetricians and Gynecologists

Recommandation :

Tentative de voie basse en première intention en cas de grossesse gémellaire

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

**Recommandations
pour la pratique clinique**



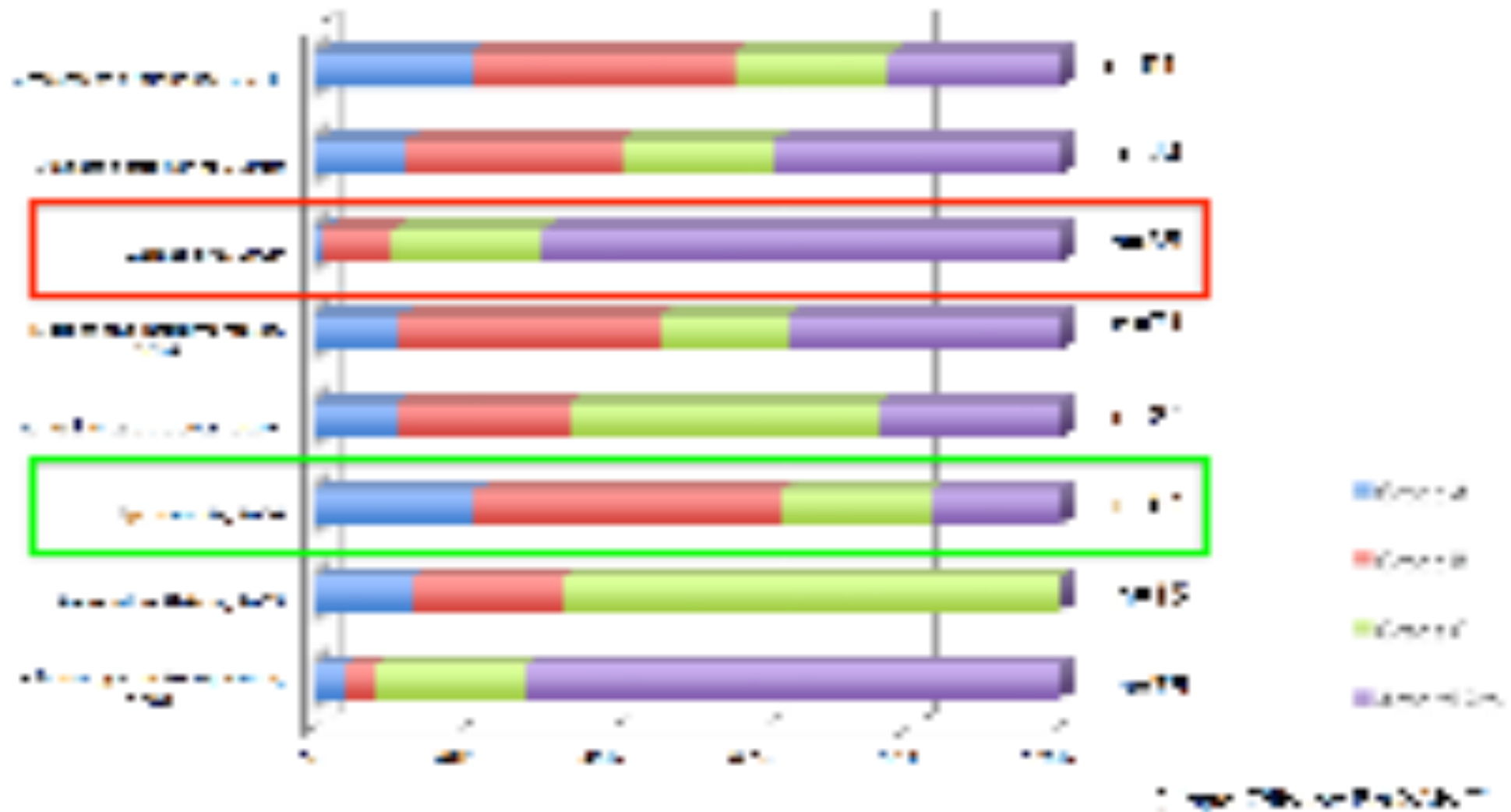
Recommandations du CNGOF 2009

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).

VOIE BASSE POSSIBLE

- J1 en présentation céphalique proche du terme (grade B),
- J1 en présentation du siège proche du terme (grade B),
- chez les femmes avec utérus cicatriciel (grade C),
- J1 en présentation céphalique ou podalique chez les femmes ayant un travail prématuré (grade C).

Niveau de preuves



Voies d'accouchement

Préalables

- Patiente doit avoir une **information** sur les risques de la VB et de la césarienne
- Il est **souhaitable** que les patientes ayant une grossesse gémellaire **puisse bénéficier d'une analgésie péridurale**
- La voie basse devrait être réalisée par un **obstétricien ayant une pratique de l'accouchement gémellaire par voie basse (AP)**.





Situations particulières

1. 1^{er} jumeau en siège
2. Utérus cicatriciel
3. Grossesse monoamniotique

Cas particuliers J1 en siège

20 à 30% des grossesses gémellaires

2 études rétrospectives hospitalières à Port-Royal et Rouen

Bats, J Obstet Gynecol Biol Reprod, 2006 (n=166)

Sentilhes, Acta Obstet Gynecol Scand, 2007 (n=195)

Morbidité et mortalité de J1 et J2 pas de différence dans les deux groupes

Études suédoises en population (n=15 991) en faveur de la césarienne.

Compte tenu des limites méthodologiques des études, il n'y a pas lieu de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de grossesse gémellaire avec J1 en siège, proche du terme. (Grade B)



Cas particuliers J1 en siège : importance de la parité

J1 en siège : expérience bisontine
BourtembourgA et al. J GynObstetBiolReprod2012

Primipare :

80 % de césarienne en
cours de travail

CAT :

- programmation césar
à 39^{ème} SA
- si mise en travail
avant on accepte une
épreuve du travail



Multipare :

80 % réussite essai VB

CAT :

épreuve du travail

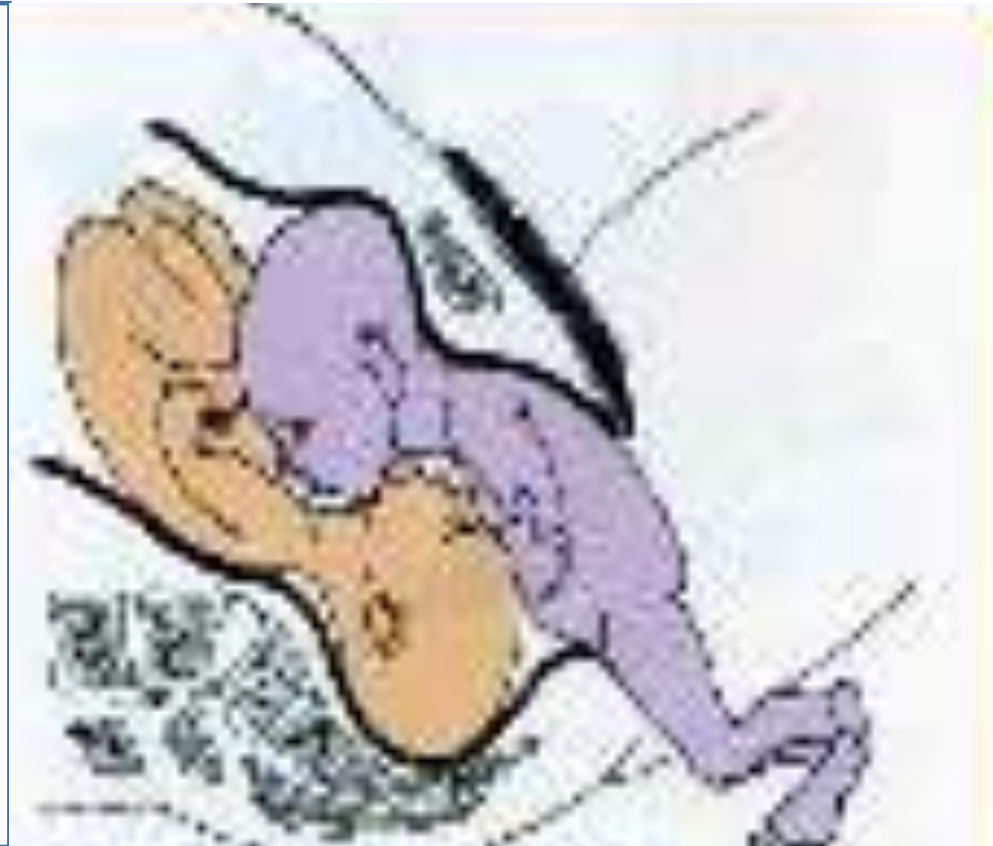
Cas particuliers J1 en siège : accrochage des mentons

69 cas colligés par Nissen entre 1900 et 1958

- Mortalité: **64%** des J1, **23%** des J2
 - Favorisé par rupture du second sac ou grossesse
- NissenED. ObstetGynecol1958, 11, 514

147 cas rapportés dans la littérature mondiale entre 1958 et 1987.

Aucun cas rapporté dans les grandes séries récentes...



Cas particulier de l'accouchement de l'utérus cicatriciel

- la décision d'une VB doit être prise en accord avec la patiente après l'avoir informée du risque théorique de rupture utérine
- Les conditions d'acceptation de la VB doivent être identiques à celles d'un accouchement sur UC avec singleton

Avis d'expert



Grossesse monoamniotique

En pratique

- En l'absence d'études prospectives, seules des recommandations sont proposées. Une surveillance intensive du bien-être fœtal (intégrité du volume amniotique fœtal et biologie) réalisée entre 24 et 26 SA est actuellement conseillée, accompagnée d'une hospitalisation des deux sujets dans le service et l'indication est controversée.
- Il y a un réel risque de mort in utero d'un ou des deux fœtus situés dans les grossesses monoamniotiques après 22 SA, une naissance programmée est volontiers privilégiée après une cure de corticoïdes entre 20 et 26 SA selon les souhaits.
- Enfin, un accouchement par voie naturelle est recommandé par les équipes maternels à la prise en charge des grossesses gémellaires.

Naissance entre 32 SA et 36 SA est recommandée (AP). La césarienne doit être privilégiée (AP).

La voie basse peut être discuter...



Accouchement du 2^{ème} Jumeau

1. Quel délai
2. CAT en fonction de la présentation
3. Manoeuvres
4. Césarienne sur 2^{ème} jumeau

Accouchement du 2^{ème} jumeau

Délai



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).

Prise en charge de l'accouchement du deuxième jumeau active afin de raccourcir le délai entre la naissance des 2 jumeaux (grade C) : moins de 15 mn

Accouchement du 2^{ème} jumeau

EN CAS DE PRESENTATION CEPHALIQUE

60%

3 options

- RPM , expectative
- VMI/grande extraction
- Césarienne sur J2

EN CAS DE PRESENTATION PODALIQUE
ou TRANSVERSE

2 options

- VMI/grande extraction
- Césarienne sur J2



Accouchement du 2^{ème} jumeau

Présentation céphalique



EN CAS DE PRESENTATION CEPHALIQUE HAUTE ET MOBILE DU 2^{ème} JUMENT

GRANDE EXTRACTION DE SIEGE PRECEDEE
D'UNE VERSION PAR MANŒUVRE INTERNE

A MEMBRANES INTACTES

(grade C)

- EN CAS DE PRESENTATION - CEPHALIQUE ENGAGEE

REPRISE DE EFFORTS EXPULSIFS

OCYTOCINE

RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES

En cas de présentation céphalique haute et mobile de J2 , une VMI/grande extraction du siège serait associée au taux de césarienne sur J2 le plus bas (Grade C)

Avec opérateur expérimenté

Etude observationnelle française JUMODA,

- 176 maternités réparties sur l'ensemble du territoire français,
- accouchements de grossesse gémellaire avec **deuxième jumeau en présentation céphalique > 32SA**
- **Objectif : évaluer la morbidité et la mortalité néonatales en fonction du mode d'accouchement : spontané ou version par manœuvre interne**

Pauphilet V *et al.* Effects of internal version compared with pushing on neonatal morbidity of cephalic second twins. *Obstet Gynecol* 2020 ; 135.

Les deux stratégies « version par manoeuvres internes suivie d'une grande extraction du siège » et « efforts de poussée » sont globalement équivalentes.

- score composite de morbi-mortalité néonatale plus élevé chez les nouveau-nés lorsque l'option « VGE » est choisie en cas de terme < 37 SA ;
- plus grand nombre de césariennes en urgence pour l'accouchement de J2 dans l'option « efforts de poussée ».

Accouchement du 2^{ème} jumeau

Présentation podalique ou transverse

- Grande extraction du siège (GES) +/- version par manœuvre interne (VMI)
- VMI : transforme présentation céphalique en présentation podalique,

3 étapes :

- Préhension : main intra-utérine saisit le pied antérieur ou les deux pieds
- Mutation : traction dans l'axe ombilico-coccygien, provoque rotation du mobile fœtal
- GES : extraction manuelle du fœtus en présentation du siège, dégagement des hanches puis petite extraction des épaules et de la tête dernière









Accouchement manœuvrier du deuxième jumeau : membranes rompues versus membranes intactes

A propos d'une série bisontine
Société de médecine de Franche-Comté
Roesch Marion



Extraction à membranes rompues
doit rester une option envisageable :

Faisabilité probablement supérieure
avec résultats obstétricaux et
néonataux comparables

Accouchement par césarienne du 2^{ème} jumeau



- HRP
- Rétraction du col
- Bradycardie ou procidence du cordon lors des manoeuvres

- Déroulement de la dilatation
- Expérience de l'opérateur

- Etude cas-témoin menée entre 2004 et 2018 au CHU de Toulouse.

Objectifs: Déterminer les facteurs associés à la réalisation d'une césarienne sur le deuxième jumeau après naissance par voie basse du premier jumeau, dans les grossesses gémellaires.

Les principaux facteurs associés à une augmentation du risque de césarienne du deuxième jumeau sont

- le surpoids anté-conceptionnel et
- la prise de poids pendant la grossesse

La rétraction du col

Le plus souvent en cas de prématurité ou de petit poids du 1er jumeau.

Examiner très rapidement la présentation du 2^e jumeau après la naissance du 1er jumeau.

- Si la rétention du col est concomitante d'une contraction, il faut évaluer la dilatation lors du relâchement utérin en-dehors d'une contraction.
- En cas de persistance de la contraction, il peut être nécessaire d'utiliser un utéro-relaxant.

-Si la rétraction cède : procéder rapidement à l'accouchement du 2^e jumeau

-Si la rétraction ne cède pas, en cas de normalité du rythme cardiaque foetal du 2e jumeau : attendre que le col se dilate à nouveau à l'aide d'une perfusion d'ocytocine, à condition d'avoir un rythme cardiaque foetal en continu normal.

- En cas d'anomalies du rythme cardiaque foetal justifiant une naissance rapide du 2e jumeau, si le col n'est pas à dilatation complète, on réalisera alors une césarienne sur le 2e jumeau.

Décollement placentaire

fonction de la chorionicité

Grossesse bichoriale

- délivrance du placenta du 1er jumeau
- poursuivre l'accouchement du 2e jumeau selon l'arbre décisionnel du CNGOF.

Grossesse monochoriale

- Si l'opérateur est expérimenté et que les conditions locales sont favorables : section du cordon du 1er jumeau et sa délivrance suivie d'une naissance très rapide du 2e jumeau.
- Si ces conditions ne sont pas réunies : césarienne sur le 2e jumeau.

Procidence du cordon

généralement en cas de rupture des membranes sur le 2e jumeau, ou en cas de présentation haute

Bradycardie

Prise en charge rapide de l'accouchement du 2e jumeau :

en cas de **conditions locales favorables et d'une équipe expérimentée** : poursuivre l'accouchement par voie basse du 2e jumeau.

- Si le 2e jumeau est en présentation du siège : grande extraction (délai < celui de la césarienne sur 2ème jumeau)
- Si le 2e jumeau est en présentation céphalique
 - engagée : extraction instrumentale.
 - Non engagée et opérateur entraîné : VMI et GES(délai < celui de la césarienne sur 2ème jumeau)

Accouchement : anticiper et se préparer

Discussion avec la patiente et le co parent sur les modalités de l'accouchement après information loyale

Choix partagé



- Le mode d'accouchement doit être notifié dans le dossier avec date et nom des médecins présents lors de la décision au staff quotidien.
- Présence OBLIGATOIRE en salle
 - du gynécologue obstétricien,
 - de l'équipe d'anesthésie et de l'IBODE
 - du pédiatre, à proximité de la salle d'accouchement,,
- Anesthésie péridurale fortement recommandée, et efficace
- Seringue de NITRONAL
- Pelvimétrie non indispensable
- Échographe.
- **Lieu** : Bloc obstétrical
 - Afin de réduire les délais en cas d'intervention urgente (césarienne sur J2 pour SFA par exemple)

Conduite pratique

- Dès le dégagement de la tête de J1, arrêt de l'ocytocine.
- Dès l'accouchement de J1 : s'assurer de l'enregistrement continu du RCF de J2
 - TV pour évaluer la présentation de J2 et sa hauteur
 - réinjection de l'APD
 - dérivé nitré prêt à l'emploi en cas d'hypertonie utérine
- intervention rapide :
 - si présentation de J2 céphalique :
 - Engagée ou fixée : reprise de l'ocytocine, RAM puis voie basse spontanée ou extraction instrumentale.
 - Haute : version/grande extraction à membranes intactes (ou après RAM si échec).
 - Si présentation de J2 transverse : version/grande extraction à membranes intactes (ou après RAM si échec).
 - Si présentation de J2 en siège : grande extraction à membranes intactes (ou après RAM si échec).

J1 au petit saignement

Arrêt perfusion CT

Naissance de J1

Examen immédiat de la parturiente
Prise en charge active de l'accouchement de J2

J2 non céphalique

Saïpe

GES

Transversaire

VNI + GES

J2 céphalique

Haut et mobile

Siège
arrêté

VNI + GES

Fixé

Siège
en
mouvement

EEIOT/FRAM

33

EXAMEN
IMMÉDIAT
DE LA PARTURIENTE



Quelles que soient les décisions prises, elles doivent être coordonnées de façon pluridisciplinaire permettant une action convergente entre obstétriciens avertis, néonatalogues, et les futurs parents

1. Pas d'improvisation
2. Connaître les manœuvres
3. Etre adapter à chaque situation