

Grossesses gémellaire

Gestion de l'accouchement

F Goffinet

Maternité Port-Royal

**INSERM U953 Recherche épidémiologique en santé périnatale
et en santé des mères et des enfants**

Journée Franco-Québécoise, GYNAZUR
Nice, jeudi 16 septembre 2010

Position du problème

- **Situation à risque maternel et périnatal élevé**
 - Prématurité, hypotrophie fœtale, pathologies gravidiques
 - France en 2003 (*Blondel, JGOBR, 2006*) : taux de césarienne = 50,2 % vs 19,3 % en cas de grossesse unique
- **Risques spécifiques au cours du travail et au moment de l'accouchement de J2**
 - Prolapsus du cordon
 - Décollement placentaire
 - Bradycardie foetale
 - Césarienne sur J2
- **Risque obstétrical = césarienne ?**
 - Attitude standardisée : éviter l'improvisation
 - Équipe au complet pendant le travail et au moment de l'accouchement

Larges études rétrospectives en population ≠ études prospectives

- **La validité de nombreuses variables analysées est discutable**
 - Ex. Etude sur la Rupture Utérine (*Porreco et al., AJOG 2009*)
- **Information absente ou incomplète pour interpréter les résultats :**
 - **Décision du mode d'accouchement ?**
 - Analyse en intention de traiter impossible
 - **Présentation de J2 ?**
 - **Management du travail et de l'accouchement de J2 ?**
 - Ex. Césarienne sur J2 ?
 - **Cause du décès néonatal ?**
- **La qualité du suivi et de la prise en charge est probablement différente dans les groupes comparés**

Prise en charge obstétricale de la grossesse gémellaire

**Décision du mode
d'accouchement**



**Management du travail et de
l'accouchement chez des femmes
à bas risque obstétrical**

- monoamniotique
- EPF et présentations
- Position placentaire
- RCIU
- Pathologie maternelle
- etc

- Equipe au complet en salle de travail ?
- Surveillance fœtale ?
- Péridurale ?
- Siège ou céphalique ?
- Expectative ou management actif ?
- Délai entre la naiss. des deux jumeaux ?
- etc

**Si ces critères n'ont aucun impact
sur l'issue néonatale en cas d'accouchement par
voie basse**



**Nous pouvons accepter les conclusions des
études en population sur bases de données**

Conduite du travail : principes de base

- CS anesthésie + bilan complet
- Équipe au complet **dans** la maternité
- Enregistrement continu des deux fœtus simultanément si possible avec :
 - RCF jumeaux (décalage)
 - Ou électrode de scalp sur J1 dès RAM
- Péridurale quasi-systématique
- Échographe pour certains en salle de travail
 - Procubitus du cordon
 - Présentation de J2
 - Réaliser une VME sur J2

Stratégie d'accouchement de J2 (après discussion et acceptation de la VB !)

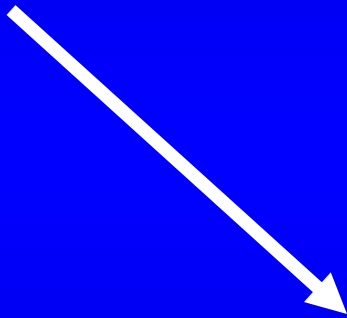
**Expectative
(± active)**

Attitudes actives:

Siège : VME sinon césarienne

Grande extraction

Céphalique : Version grande extraction



délai entre J1 et J2



Morbidité néonatale?

Risque de césarienne sur J2?

Manoeuvres difficiles?

J2 céphalique

- **Auteurs anglo-saxons:**
 - Tentative d'accouchement voie basse sans manœuvre
 - RAM \pm ocytocine variable
- **Délai long**
- **Risque de césarienne sur J2 élevé**
 - Première cause de césarienne sur J2 en GB
(*Neilson, Turnbull, 2002*)

J2 podalique ou transverse : VME


- **Nombre de césariennes sur J2 élevé**
(Chervenak, OG, 1985; Neilson, Turnbull, 2002)
 - Taux de succès compris entre 66 et 80 %
 - Taux de césarienne sur J2 = 40 %
- **Césarienne pour SFA = 39-47 % vs 4 % en cas de grande extraction du siège**
(Wells, Surg OG, 1991; Neilson, Turnbull, 2002)

La césarienne sur J2

- **Risque fœtal plus élevé (réalisée pour SFA souvent)**
- **Risque maternel plus élevé (Neilson, Turnbull, 2002)**
- **Persad et al (Obstet Gynecol, 2001)**
(n = 1 151 grossesses gémellaires)
 - **Césarienne sur J2 = 4,3 %**
 - **augmentation concomitante avec taux global de césarienne sur gémellaire**
 - **Risque de césarienne = J2 non céphalique (OR=2,3);
intervalle J1-J2 > 60 mn (OR=8,2)**
 - **Conséquences en cas de césarienne sur J2 = anesthésie en
urgence (OR = 21,3), infection du post-partum (OR=
6,5); séjour post-partum plus long**
 - **Conséquences néonatales +++**

Conduite pratique à l'accouchement

Accouchement de J1 (idem grossesse unique)



**Arrêt de l'ocytocine,
pas de rupture artificielle des membranes immédiate
pas d'intervalle libre
pas de version par manœuvres externes
pas de repérage échographique préalable
réinjection KT péridurale de 10 cc de lidocaine 2%
10 mcg Lenitral IV en cas d'hypertonie utérine**

Examen clinique :

**Type et hauteur de la
présentation**



J2 céphalique fixée ou engagée



**Grande extraction
Version grande extraction
(Mbs intacts, les deux pieds)**



**Rupture des membranes, reprise
de l'ocytocine et efforts expulsifs**

Mode d'accouchements et manœuvres en cas d'attitude active (≥ 24 SA) (résultats comparables avant et après 34 SA)

	J1 n = 712 (%)	J2 n = 698 (%)
VBS	448 (62,9)	111 (15,9)
VB non spontanée	264 (37,1)	587 (84,1)
Forceps	222 (31,2)	74 (10,6)
Petite extraction	36 (5,1)	19 (2,7)
grande extraction	5 (0,7)	215 (30,8)
Version GE	1 (0,1)	272 (39,0)
Césarienne sur J2		7 (1,0)

Etat néonatal de J1 et J2 pour les accouchements ≥ 35 SA

	J1 n = 811 (%)	J2 n = 799 (%)
Poids de naissance (moy ± DS)	2620 ± 384	2540 ± 433
< 1 500 grs	2 (0,3)	8 (1,0)
Score d'Apgar à 5 mn		
3-6	7 (0,9)	11 (1,4)
≤ 2	3 (0,3)	5 (0,6)
Ph artériel < 7,20*	51 (15,2)	72 (20,2)
Transfert néonatal		
Réanimation	90 (11,1)	125 (15,6)
Unité Mère-Enfant	113 (13,9)	119 (14,9)
Décès néonatal	2 (0,3)	2 (0,3)

Neonatal outcome of twin pregnancy according to the planned mode of delivery

Schmitz and al., Obstet Gynecol, 111:695-703, 2008

- **Etude hospitalière comparative selon la décision du mode d'accouchement**
- **1993-2005, centre de type III, ≥ 35 SA, J1 cephalique, n=758 paires de jumeaux**
- **Décision du mode d'accouchement: staff avec toutes les informations nécessaires**
- **Données collectées prospectivement par les professionnel(les) (+ dossiers revus)**
- **Analyse univariée et régression logistique, analyse avec et sans le groupe de grossesses avec complications**

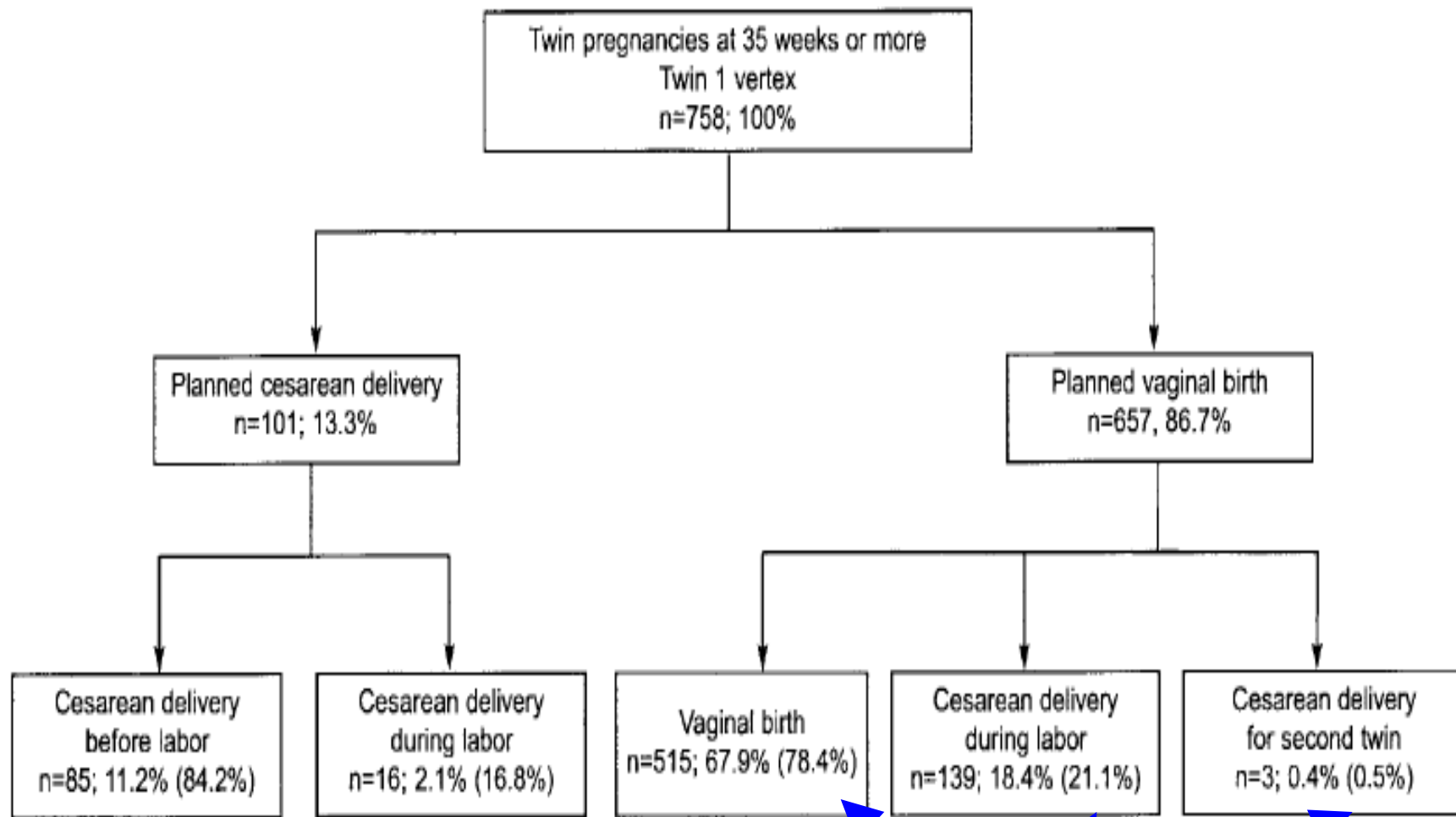


Fig. 2. Mode of delivery of the study population. Percentages in parenthesis are calculated for the planned mode of delivery. Percentages not in parenthesis are calculated for the total population.

Schmitz. Neonatal Outcomes and Twin Delivery. Obstet Gynecol 2008.

Table 2. Intertwin Delivery Interval After Vaginal Birth of the First Twin According to the Second Twin Presentation and Mode of Delivery

	n (%)	Intertwin Delivery Interval in Minutes (Mean±SD)	<i>p</i> *
Total	518 (100.0)	4.9±3.2	<.001
Second twin presentation			
Vertex	310 (59.8)	5.3±3.1	
Breech	168 (32.4)	4.0±3.1	
Transverse	40 (7.8)	5.3±3.2	
Second twin delivery			
Vertex spontaneous	70 (13.5)	4.4±2.8	<.001
Vertex instrumental	50 (9.6)	6.7±3.7	
Total breech extraction after internal version	206 (39.8)	5.3±3.0	
Total breech extraction	189 (36.5)	4.1±3.1	
Cesarean	3 (0.6)	11.3±3.5	

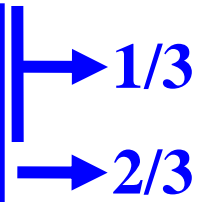




Table 4. Neonatal Morbidity of Second Twins According to the Planned Mode of Delivery

	Planned Cesarean		Planned Vaginal	<i>P</i>
Total population	101 (100.0)		657 (100.0)	
5-minute Apgar less than 7	2 (2.0)		13 (2.0)	.91
pH less than 7.20	15 (14.8)		80 (12.2)	.45
NICU transfer	13 (12.9)		47 (7.1)	.05
5-minute Apgar less than 4	1 (1.0)		4 (0.6)	.66
pH less than 7.00	1 (1.0)		6 (0.9)	.94
NICU more than 4 days	12 (11.9)		20 (3.0)	.001
Pneumothorax	1 (1.0)		1 (0.2)	.23*
Fracture	0 (0.0)		1 (0.2)	.87*
Neonatal death	0 (0.0)		0 (0.0)	NA
Composite morbidity	15 (14.8)		aOR 2.6 [1.2-5.4]	32 (4.9) .001
Population after exclusion of pregnancy complications	40 (100.0)		516 (100.0)	
5-minute Apgar less than 7	0 (0.0)		10 (1.9)	.48*
pH less than 7.20	7 (17.5)		58 (11.2)	.24
NICU transfer	1 (2.5)		26 (5.0)	.47
5-minute Apgar less than 4	0 (0.0)		3 (0.6)	.80*
pH less than 7.00	0 (0.0)		6 (1.2)	.64*
NICU more than 4 days	1 (2.5)		13 (2.6)	.99
Pneumothorax	1 (2.5)		1 (0.2)	.20*
Fracture	0 (0.0)		1 (0.2)	.93*
Neonatal death	0 (0.0)		0 (0.0)	NA
Composite morbidity	2 (5.0)		aOR 1.5 [0.3-7.4]	24 (4.7) .92

Attitude active

- **Faible taux de morbidité et mortalité néonatale**
 - Pas de différence entre décision voie basse et césarienne programmée
 - Nombreuses autres études hospitalières comparables
- **Une attitude active est associée avec:**
 - Un délai faible entre J1 et J2
 - Un taux faible de césarienne sur J2 (0.5%)
 - USA 1995-1997 : 9% (Wen Obstet Gynecol 2006)
 - Nova Scotia Canada : 5.9% (Armson, Obstet Gynecol 2006)
- **Lorsque la présentation de J2 est haute, les manœuvres immédiates ne sont pas difficiles**

Apport des études hospitalières en cas de situation médicale complexe

- **Les études en population sur bases de données ne peuvent apporter de conclusion définitive**
- **Les essais randomisés peuvent ne pas être appropriés pour interpréter les résultats d'une situation clinique complexe** (*Kotaska, BMJ 2006*)
- **Les études hospitalières peuvent apporter des informations pertinentes dans ce type de situation**
 - Les risques pour une patiente ne se résument pas aux données des larges études en population
 - Le type de prise en charge obstétricale a un impact majeur sur les issues

Discussion

- **Limites des études hospitalières**
 - **Puissance statistique**
 - **Extrapolation**
 - **Biais de confusion pour la comparabilité des groupes**
- **La voie basse est-elle dangereuse ?**
- **Au delà de quel risque doit-on préférer une césarienne ?**
 - **Pour les jumeaux ?**
 - **Pour une grossesse unique à bas risque ?**

Voie basse pour les jumeaux ?

- **Peut-être un excès de risque néonatal**
 - **Mais cet excès de risque et le risque absolu sont faibles si:**
 - **Sélection rigoureuse de la décision du mode d'accouchement**
 - **Equipe médicale expérimentée et au complet en salle de travail**
- **Les équipes universitaires ont la responsabilité de former les internes à la pratique des manoeuvres intra-utérines avant que cette expertise disparaisse**
- **La solution à un problème obstétrical n'est pas systématiquement la césarienne**