



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

# Déclenchement du travail des grossesses gémellaires : comparaison avec les grossesses monofoétales et facteurs associés au risque d'échec

*Induction of labor in twin pregnancies compared to singleton pregnancies; risk factors for failure*

A. Ghassani<sup>a</sup>, M.-C. Ghiduci<sup>a,b</sup>, M. Voglimaci<sup>a</sup>,  
C. Chollet<sup>a</sup>, O. Parant<sup>a,\*,b,c</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie obstétrique, hôpital Paule-de-Viguier, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse cedex 9, France

<sup>b</sup> UMR1027, Université de Toulouse III, 31073 Toulouse, France

<sup>c</sup> Inserm, UMR1027, 31073 Toulouse, France

Reçu le 17 février 2014 ; avis du comité de lecture le 11 mai 2014 ; définitivement accepté le 14 mai 2014

## MOTS CLÉS

Accouchement ;  
Grossesse  
gémellaire ;  
Déclenchement ;  
Maturation cervicale ;  
Césarienne

## Résumé

**But.** – Évaluer les modalités du déclenchement du travail des grossesses gémellaires, les comparer aux monofoétales et identifier les facteurs associés au risque d'échec.

**Matériels et méthodes.** – Étude rétrospective monocentrique (CHU de Toulouse) comparant une cohorte de grossesses gémellaires biamniotiques (J1 céphalique), déclenchées  $\geq 36$  SA entre janvier 2007 et décembre 2012, à une cohorte de grossesses monofoétales déclenchées  $\geq 36$  SA au cours de l'année 2007, tirées au sort et appariées sur la parité et l'âge gestationnel.

**Résultats.** – Cent cinquante-six grossesses gémellaires ont été incluses et comparées à 156 grossesses monofoétales. Le même protocole de déclenchement a été utilisé dans les 2 cohortes (ballonnet  $\pm$  dinoprostone/ocytocine). Le taux de césarienne pour échec de déclenchement à terme (césarienne en phase de latence) était comparable entre les 2 populations (14,7% gémellaires vs 13,5% monofoétales ;  $p=0,66$ ). Les facteurs indépendamment associés à l'échec de déclenchement sur l'ensemble de la population étaient la nulliparité (OR = 1,49) et un score de Bishop  $< 6$  en début de déclenchement (OR = 2,83).

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : [olivier.parant@wanadoo.fr](mailto:olivier.parant@wanadoo.fr), [parant.o@chu-toulouse.fr](mailto:parant.o@chu-toulouse.fr) (O. Parant).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.05.011>

0368-2315/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Delivery;  
Twin pregnancy;  
Labour induction;  
Cervical maturation;  
Cesarean section

*Conclusion.* – La gémellité n'apparaît pas comme facteur d'échec du déclenchement. Le protocole de déclenchement des grossesses monofœtales semble pouvoir être utilisé pour les jumeaux.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Summary

*Objectives.* – The aim of this study was to evaluate the modalities of induction of labour in twin pregnancies compared with singleton pregnancies and to identify risk factors for failure.

*Materials et methods.* – A retrospective population-based study was conducted at the Toulouse University Hospital to compare a cohort of diamniotic twin gestations (Twin A in vertex presentation), with induction of labour  $\geq 36$  weeks of gestation, between January 2007 and December 2012, to a singleton's cohort that were induced  $\geq 36$  weeks of gestation during the 2007 year. One singleton pregnancy was matched for each twin pregnancy with parity and gestational age.

*Results.* – One hundred and fifty-six twins pregnancies met the inclusion criteria for an induction of labor and were compared to 156 single pregnancies. The same and standard protocol of induction of labor was used for the two cohorts (intrauterine balloon catheter  $\pm$  dinoprostone/ocytocine). The cesarean section rate for failed labor induction (cesarean in latent phase) was similar in the 2 populations (14.7% for twin vs 13.5% for single;  $P=0.66$ ). The factors associated to failed induction of labor in the total population were nulliparity (OR = 1.49) and Bishop score  $< 6$  at the beginning of the induction (OR = 2.83).

*Conclusion.* – Twin did not appear as risk of failed induction. The protocol for induction of labor in singletons may be safely proposed to twin gestations.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Le taux d'accouchement gémellaire en France est de 1,5% [1]. Il est d'environ 4% des accouchements dans les centres de type 3 (données CHU de Toulouse). Le taux national de césarienne en cas de grossesse gémellaire est important, évalué à 54,8% (vs 19,9% pour les grossesses monofœtales) [2]. La France est cependant parmi les 6 pays européens ayant le taux de césariennes gémellaires le plus bas [3]. Les modalités d'accouchement des grossesses gémellaires ont toujours divisé les sociétés savantes; les controverses principales portent sur le choix du mode d'accouchement, le terme optimal, le lieu de l'accouchement ou le déclenchement.

Les grossesses gémellaires sont associées à une mortalité et une morbidité périnatale majorée par rapport aux grossesses monofœtales (risque relatif de l'ordre de 4) [4]. Les deux principaux facteurs rendant compte de cette différence sont la prématurité (40–50%) et le retard de croissance intra-utérin (30–50%) [2]. La surmortalité de J2 par rapport à J1 a été également bien documentée [5].

Le nadir de la morbi-mortalité périnatale se situe au alentours de 38 SA, avec une augmentation au-delà de 39 SA dans toutes les études, notamment dans les grossesses monochoriales [5]. Il est donc important de définir des modalités spécifiques de surveillance et de déterminer un âge gestationnel optimal pour l'accouchement. Même si une grossesse gémellaire sur deux entre en travail autour de 37 SA, certaines sont susceptibles d'évoluer au-delà de 39 SA.

Le déclenchement du travail en cas de grossesses gémellaires peut s'avérer nécessaire afin de minimiser le risque de morbi-mortalité, en cas de pathologie intercurrente (pathologies vasculaires placentaires notamment) ou lorsque l'âge gestationnel atteint 39 SA [1].

Le déclenchement artificiel du travail est un acte médical non dénué de complications materno-fœtales. Il est associé à un risque accru de césarienne non programmée, particulièrement chez les nullipares et les patients ayant des conditions locales défavorables (score de Bishop  $< 6$ ) [6]. Contrairement aux grossesses monofœtales, très peu d'études ont été réalisées sur les modalités du déclenchement chez les gémellaires [7].

Les objectifs de notre travail sont d'évaluer les modalités du déclenchement gémellaire à terme au CHU de Toulouse, les comparer à celles des grossesses monofœtales et d'identifier les facteurs associés à l'échec du déclenchement.

## Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude de rétrospective, monocentrique au CHU de Toulouse comparant une cohorte de grossesses gémellaires ayant bénéficié d'un déclenchement du travail à terme et une cohorte de grossesses monofœtales appariées, déclenchées dans les mêmes conditions. La maternité du CHU de Toulouse (hôpital Paule-de-Viguière) est une maternité de type 3, située en région Midi-Pyrénées, réalisant environ 4500 accouchements annuels dont 4% de gémellaires (160–180 accouchements gémellaires par an). Le taux de césarienne pour les grossesses gémellaires est de 50,5% (vs taux global 22%).

La population étudiée était représentée par l'ensemble des grossesses gémellaires prises en charge à l'hôpital Paule-de-Viguière pour un déclenchement artificiel du travail d'indication médicale (quelle qu'en soit l'indication) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 31 décembre 2012. La population de comparaison était constituée d'une cohorte de grossesses

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272389>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272389>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)