



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



GROSSESSES GÉMELAIRES

Mort fœtale in utero et grossesse gémellaire

Intrauterine death and twin pregnancy

M.-V. Senat ^{a,*}

^a CHU Le Kremlin-Bicêtre, AP-HP, Service de gynécologie du Kremlin-Bicêtre, 78, avenue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France.

MOTS CLÉS

Mort fœtale in utero ;
Grossesse gémellaire ;
Monochoriale ;
Bichoriale.

Résumé

Objectifs. - Définir, lors d'une mort fœtale in utero survenant au cours d'une grossesse gémellaire bichoriale et monochoriale, les risques pour le jumeau survivant et établir la surveillance ultérieure de la grossesse.

Résultats. - La mortalité néonatale des grossesses gémellaires est jusqu'à sept fois supérieure à celle des singletons et représente et touche environ 5 % de toutes les grossesses gémellaires. En cas de grossesse bichoriale il n'existe pas d'interaction vasculaire placentaire entre le jumeau mort et le jumeau survivant n'entraînant pas a priori de conséquence sur celui-ci. Le risque estimé de mort fœtale et d'anomalie neurologique du cojumeau est estimé à 4 % et 1 % respectivement. Le risque principal est l'accouchement prématuré survenant en moyenne 3 semaines après le décès. En cas de grossesse monochoriale les anastomoses présentes sur la plaque choriale vont être responsables de la morbidité et la mortalité du cojumeau. Le risque de mort fœtale et d'anomalie neurologique du jumeau survivant est estimé à 12 % et 18 % respectivement avec un risque accru d'accouchement prématuré.

Conclusion. - Lors d'une mort fœtale in utero survenant au cours d'une grossesse bichoriale aucun examen complémentaire spécifique n'est à réaliser en dehors des échographies habituelles. En revanche, lors de la survenue d'une mort fœtale in utero au cours d'une grossesse monochoriale, un suivi échographique rapproché, par des échographistes spécialisés, doit être réalisé à la recherche de lésions cérébrales spécifiques survenant dans les trois à quatre semaines après le décès. Une IRM cérébrale sera systématiquement proposée à la recherche de ces lésions. Pour toute mort fœtale in utero survenant au cours d'une grossesse gémellaire une prise en charge psychologique adaptée doit être proposée ainsi qu'une surveillance visant à dépister un accouchement prématuré.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Twin pregnancy;
Monochorionic;
Dichorionic;
Intrauterine death;
Co-twin demise.

Summary

Single fetal death in a twin pregnancy occurs in 5% of all twin pregnancies. Following single-twin death the perinatal mortality and the morbidity for the surviving twin is increased mainly in monochorionic pregnancy. These may include co twin death and survival impairment in the surviving co-twin in about 12% and 18% of cases respectively in case of monochorionic pregnancy and 4% and 1% in case of dichorionic pregnancy. The odds of intrauterine death of the co-twin and neurological abnormality among survivors is six and four times higher in monochorionic compared with dichorionic pregnancies due to shared placental circulation. The risk of preterm delivery is about 50% occurring 3 or 4 weeks after the death. No specific exam

* Auteur correspondant :
marie-victoire.senat@bct.aphp.fr



should be done in case of intrauterine death in dichorionic pregnancy whereas ultrasound and MRI should be realised to detect specific cerebral anomalies within 3-4 weeks of the death of the co-twin. For all death in utero occurring in twin pregnancy, a psychological care must be offered.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Méthodologie

Il a été réalisé une recherche informatique sur Medline, et la Cochrane Database, des études cliniques, revues systématiques, et méta-analyses publiées en langue française ou anglaise, concernant les morts fœtales in utero survenant au cours des grossesses gémellaires bichoriales et monochoriales.

Les termes Mesh testés étaient : « intrauterine death and twin pregnancy ».

Les recherches croisées étaient : « twins » [Mesh] AND « intrauterine death » [Mesh] AND « morbidity » AND « mortality » AND « co-twin demise ». Cette recherche a été complétée par une recherche manuelle des références des articles sélectionnés. 26 articles ont été sélectionnés.

Épidémiologie

Les grossesses gémellaires constituent des grossesses à haut risque fœtal et néonatal. La mortalité néonatale des grossesses gémellaires est jusqu'à sept fois supérieure à celle des singletons [1] et représente environ 5 % de toutes les grossesses gémellaires [2]. Cette mortalité est principalement imputée à la prématurité et au retard de croissance intra-utérin, plus fréquent lors de ces grossesses. Les causes de mort fœtale in utero (MFIU) d'un jumeau comprennent des causes cordonales, des causes placentaires (insuffisance placentaire, syndrome transfuseur-transfusé), les retards de croissance intra-utérin et les anomalies congénitales plus fréquentes dans les grossesses monochoriales (MC) en raison de l'augmentation des anomalies de la ligne médiane. La MFIU de l'un des deux jumeaux peut survenir tout au long de la grossesse. Il est cependant difficile d'établir l'incidence réelle des MFIU d'un jumeau en raison du manque d'études ayant comptabilisé les MFIU au cours des trois trimestres. Il faut par ailleurs différencier la survenue fréquente (20 % à 50 %) de cet accident au 1^{er} trimestre de la grossesse [3] par rapport aux accidents plus tardifs survenant aux 2^e et 3^e trimestres de la grossesse.

Toutes les études s'accordent à retrouver une mortalité périnatale supérieure dans les grossesses monochoriales (MC) par rapport aux grossesses bichoriales (BC) bien que l'incidence de ces MFIU varie d'une étude à l'autre. Simoes *et al.* rapportent, sur un suivi de 193 grossesses monochoriales entre 1994 et 2005, un taux de mort fœtale de 2,6 % (IC 95 % 1,1 %-5,9 %) après 24 SA avec un risque de mort fœtale de 1,2 % après 32 SA (IC 95 % 0,3 %-4,2 %) [4]. Lee *et al.* sur une cohorte de suivi de 1000 jumeaux entre 2000 et 2007 rapportent une incidence de mort fœtale après 24 SA de 3,6 % dans les grossesses MC et de 1,1 % dans les grossesses BC. Dans cette étude, le risque de MFIU dans une grossesse MC était approximativement 4 fois supérieure à celui des grossesses BC (OR 4,04 (IC 95 % 1,48 %-11,03 %)). Après

exclusion des jumeaux présentant des complications à type de RCIU, et les jumeaux ayant une discordance de croissance, de malformation congénitale ou de syndrome transfuseur-transfusé, le risque de MFIU des jumeaux « apparemment normaux » sans complication apparente restait similaire avec un OR 3,95 (IC 95 % 0,86 %-18,15 %) et ce risque existait tout au long de la grossesse [5]. Hack *et al.* sur une cohorte de 1407 jumeaux suivis entre 1995 et 2004 ont retrouvé une incidence de la mortalité périnatale beaucoup plus élevée. Celle-ci était de 11,6 % pour les grossesses MC et de 5 % pour les grossesses BC avec un OR 2,44 (IC 95 % 1,73 %-3,44 %) pour la mortalité des grossesses MC comparée à celle des grossesses BC. Cet excès de mortalité périnatale dans les grossesses MC était principalement dû à l'incidence élevée de MFIU représentant 7,6 % pour les grossesses MC comparée à 1,5 % pour les grossesses BC (OR 5,21 (IC 95 % 3,18 %-8,51 %)). Cette étude a mis en évidence que le risque de MFIU était présent tout au long de la grossesse avec une incidence de mortalité qui restait élevée même après 32 SA pour les grossesses MC comparée aux grossesses BC (OR 8,8 (IC 95 % 2,7 %-28,9 %)) [6].

MFIU et grossesse bichoriale

En cas de grossesse bichoriale, il n'existe pas d'interaction vasculaire placentaire entre le jumeau mort et le jumeau survivant n'entraînant pas a priori de conséquence directe sur celui-ci.

Dans une méta-analyse récente, après mort fœtale in utero d'un jumeau, le risque de mort fœtale in utero du jumeau survivant a été estimé à 4 % (IC 95 % 2 %-7 %) sur une série de 904 grossesses gémellaires BC [7] (NP2). Le risque d'anomalie neurologique sur le jumeau survivant a lui été estimé à 1 % (IC 95 % 0 %-7 %) sur une série de 267 grossesses gémellaires BC (NP2) [7]. Ce risque semble surtout être dépendant de la potentielle cause commune de la MFIU plutôt que de sa conséquence.

Le principal risque est représenté par des contractions utérines aboutissant à un accouchement prématuré et il a été montré qu'en moyenne ces grossesses accouchaient dans les 3 semaines qui suivaient le décès [8]. Une méta-analyse sur 11 études et 100 grossesses gémellaires avec MFIU d'un jumeau a montré que le risque d'accouchement prématuré induit ou spontané était de 57 % (IC 95 % 34 %-77 %) en cas de MFIU d'une grossesse BC [7]. En effet, le décès d'un des jumeaux serait à l'origine d'une réaction inflammatoire par la libération de cytokines qui elle-même serait responsable de l'accouchement prématuré. Cependant, ceci est à relativiser puisque le terme moyen d'accouchement d'une grossesse gémellaire avec 2 enfants vivants est de 36 SA avec 50 % des patientes qui accoucheront avant 37 SA et 5 % à 10 % avant 33 SA. Le risque théorique de coagulation intravasculaire disséminée chez

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273615>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273615>

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