

Des arbitres scientifiques (en l'occurrence, les auteurs principaux) ont procédé à l'analyse de la présente directive clinique en septembre 2016. Ils ont donné leur aval à la poursuite de son utilisation pour l'instant.

N° 260 (directive réaffirmée, octobre 2017)

N° 260-Échographie et grossesse gémellaire

La présente directive clinique a été rédigée par le comité d'imagerie diagnostique, analysée par le comité de génétique et le comité de médecine fœto-maternelle, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Lucie Morin, MD, Outremont (Québec)

Kenneth Lim, MD, Vancouver (C.-B.)

Tous les membres de comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

*Membres du comité d'imagerie diagnostique: Lucie Morin, MD (présidente), Outremont (Québec); Kenneth Lim, MD (coprésident), Vancouver (C.-B.); Stephen Bly, MD, Ottawa (Ont.); Kimberly Butt, MD, Fredericton (N.-B.); Yvonne M. Cargill, MD, Ottawa (Ont.); Gregory Davies, MD, Kingston (Ont.); Nanette Denis, CRGS, Saskatoon (Sask.); Robert Gagnon, MD, Montréal (Québec); Marja Anne Hietala-Coyle, inf. aut., Halifax (N.-É.); Annie Ouellet, MD, Sherbrooke (Québec); Shia Salem, MD, Toronto (Ont.); Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.). Collaborateur spécial: Jon Barrett, MD, Toronto (Ont.). Membres du comité de génétique: R. Douglas Wilson, MD (président), Calgary (Alb.); François Audibert, MD, Montréal (Québec); Jo-Ann Brock, MD, Halifax (N.-É.); June Carroll, MD, Toronto (Ont.); Lola Cartier, MSc, Montréal (Québec); Alain Gagnon, MD, Vancouver (C.-B.); Jo-Ann Johnson, MD, Calgary (Alb.); Sylvie Langlois, MD, Vancouver (C.-B.); Lynn Murphy-Kaulbeck, MD, Moncton (N.-B.); Nanette Okun, MD, Toronto (Ont.); Melanie Pastuck, inf. aut., Cochrane (Alb.). Membres du comité de médecine fœto-maternelle: Robert Gagnon, MD, Montréal (Québec); Lynda

Hudon, MD (coprésidente), Montréal (Québec); Melanie Basso, inf. aut., Vancouver (C.-B.); Hayley Bos, MD, London (Ont.); Joan M. Crane, MD, St. John's (T.-N.-L.); Gregory Davies, MD, Kingston (Ont.); Marie-France Delisle, MD, Vancouver, (C.-B.); Savas Menticoglou, MD, Winnipeg (Man.); William Mundle, MD, Windsor (Ont.); Annie Ouellet, MD, Sherbrooke (Québec); Tracy Pressey, MD, Vancouver (C.-B.); Christy Pylypjuk, MD, Saskatoon (Sask.); Anne Roggensack, MD, Calgary (Alb.); Frank Sanderson, MD, Saint John (N.-B.).

Mots clés : Ultrasound, twins, antenatal, prematurity, cervix, amniotic fluid

Résumé

Objectif : Analyser la littérature portant sur l'utilisation de l'échographie diagnostique dans la prise en charge des grossesses gémellaires. Formuler des recommandations quant à la meilleure façon d'utiliser l'échographie dans les cas de grossesse gémellaire.

Issues : Baisse des taux de mortalité et de morbidité périnatales, ainsi que des taux de morbidité néonatale à court et à long terme, dans les cas de grossesse gémellaire. Optimisation du recours à l'échographie dans les cas de grossesse gémellaire.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed et The Cochrane Library, en 2008 et en 2009, au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *twin* », « *ultrasound* », « *cervix* », « *prematurity* ») et de mots clés (p. ex. « *acardiac* », « *twin* », « *reversed arterial perfusion* », « *twin-to-twin transfusion syndrome* », « *amniotic fluid* ») adéquats. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune restriction n'a été imposée en matière de date. Les études ont été restreintes à celles qui disposaient d'un résumé ou d'un texte en français ou en anglais. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en septembre 2009. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(10):e436–e452

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.019>

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : Les données recueillies ont été analysées par le comité d'imagerie diagnostique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, avec l'apport des membres du comité de médecine fœto-maternelle et du comité de génétique de la SOGC. Les recommandations ont été formulées conformément aux lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ([Tableau 1](#)).

Avantages, désavantages et coûts : La facilitation et l'optimisation du recours à l'échographie dans les cas de grossesse gémellaire constituent les avantages auxquels l'on s'attend de la présente directive clinique.

Déclarations sommaires :

1. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour formuler des recommandations quant aux évaluations anatomiques à répétition dans les cas de grossesse gémellaire. Ainsi, la tenue d'un examen anatomique complet dans le cadre de chaque examen échographique pourrait ne pas s'avérer nécessaire à la suite d'une évaluation normale et exhaustive (III).
2. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour recommander un protocole systématique de surveillance du travail préterme en matière de fréquence, de chronologie et de seuils optimaux de longueur cervicale (II-2).
3. À l'heure actuelle, les courbes de croissance propres aux grossesses monofœtales offrent les meilleurs facteurs de prédiction de l'issue indésirable pour ce qui est des grossesses gémellaires et peuvent être utilisées pour l'évaluation des anomalies de croissance (III).
4. On suggère que la discordance de croissance soit définie au moyen d'une différence (20 mm) en matière de mesure absolue du périmètre abdominal ou d'une différence de 20 % en matière de poids fœtal estimé déterminé par échographie (II-2).
5. Bien que nous ne disposions pas de données suffisantes pour recommander un calendrier particulier pour ce qui est de l'évaluation échographique des grossesses gémellaires, la plupart des spécialistes recommandent la tenue en série d'évaluations échographiques toutes les deux à trois semaines, à partir de la 16^e semaine de gestation, dans le cas des grossesses monochorioniques et toutes les trois à quatre semaines, à partir de l'échographie anatomique (18–22 semaines), dans le cas des grossesses dichorioniques (II-1).
6. La vélocimétrie Doppler de l'artère ombilicale peut s'avérer utile dans la surveillance des grossesses gémellaires, en présence de complications mettant en jeu la circulation placentaire ou la physiologie hémodynamique fœtale (II-2).
7. Bien que de nombreuses méthodes d'évaluation du niveau de liquide amniotique dans les cas de grossesse gémellaire (poche verticale la plus profonde, poche unique, indice de liquide amniotique) aient été décrites, nous ne disposons pas d'assez de données pour affirmer qu'une méthode permet de mieux prédire les issues indésirables de grossesse que les autres (II-3).
8. L'orientation vers un centre en mesure de prendre en charge de façon adéquate les grossesses exposées à des risques élevés s'avère indiquée lorsque la présence de complications propres aux grossesses gémellaires est soupçonnée au moment de l'échographie. (II-2) Parmi ces complications, on trouve :
 1. Syndrome transfuseur-transfusé
 2. Grossesses gémellaires monoamniotiques
 3. Jumeaux conjoints
 4. Séquence de perfusion artérielle inversée gémellaire
 5. Décès d'un seul fœtus au cours du deuxième ou du troisième trimestre
 6. Discordance en matière de croissance dans les cas de grossesse gémellaire monochorionique.

Recommandations :

1. Toutes les patientes chez lesquelles la présence d'une grossesse gémellaire est soupçonnée au moment de l'examen physique du premier trimestre ou qui sont exposées à un risque à ce chapitre (p. ex. les grossesses attribuables aux techniques de procréation assistée) devraient être soumises à un examen échographique au cours du premier trimestre (II-2A).
2. Lorsqu'une grossesse gémellaire est identifiée, tout devrait être mis en œuvre pour tenter de déterminer et de signaler l'amnionité et la chorionité (II-2A).
3. Bien que la précision de la confirmation de l'âge gestationnel au cours du premier et du deuxième trimestre soit comparable, la datation devrait être effectuée au moyen d'une échographie menée pendant le premier trimestre (II-2A).
4. Au-delà du premier trimestre, il est suggéré d'utiliser une combinaison de paramètres, plutôt qu'un seul paramètre, pour confirmer l'âge gestationnel (II-2C).
5. Lorsque la grossesse gémellaire est attribuable à la fécondation *in vitro*, la détermination avec précision de l'âge gestationnel devrait être établie à partir de la date du transfert de l'embryon (II-1A).
6. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour formuler une recommandation quant à l'identité du fœtus (en présence d'une discordance de taille) à utiliser pour procéder à la datation d'une grossesse gémellaire. Cependant, pour éviter de voir la possibilité d'un retard de croissance intra-utérin chez l'un des jumeaux passer inaperçue, la plupart des spécialistes s'entendent pour affirmer que le clinicien peut envisager de procéder à la datation de la grossesse en utilisant le plus grand des deux fœtus (III-C).
7. Dans les cas de grossesse gémellaire, le dépistage de l'anéuploïdie au moyen de mesures de la clarté nucale devrait être offert (II-2B).
8. Un examen échographique détaillé visant à dépister les anomalies fœtales devrait être offert, préférentiellement entre la 18^e et la 22^e semaine de gestation, et ce, dans tous les cas de grossesse gémellaire (II-2B).
9. Lorsque l'échographie est utilisée aux fins du dépistage de l'accouchement préterme dans le cadre d'une grossesse gémellaire, la mesure échographique endovaginale de la longueur cervicale devrait être effectuée (II-2A).
10. La mise en œuvre d'une surveillance fœtale accrue devrait être envisagée en présence d'un retard de croissance diagnostiqué chez l'un des jumeaux ou d'une discordance significative en matière de croissance (II-2A).
11. La vélocimétrie Doppler de l'artère ombilicale ne devrait pas être offerte de façon systématique en présence d'une grossesse gémellaire non compliquée (I-E).
12. Pour définir l'oligohydramnios et le polyhydramnios, l'échographiste devrait utiliser la poche verticale la plus profonde dans chacun des sacs : oligohydramnios, lorsqu'elle est < 2 cm, et polyhydramnios, lorsqu'elle est > 8 cm (II-2B).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5695807>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5695807>

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