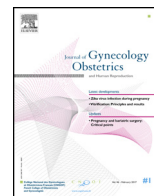




Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Article original

Photocoagulation laser par fœtoscopie pour syndrome transfuseur-transfusé : analyse d'une série consécutive unicentrique de 200 cas



Fetoscopic laser coagulation in 200 consecutive monochorionic pregnancies with twin-twin transfusion syndrome

L. Lecointre^{a,b,*}, N. Sananès^{a,b,c}, A.S. Weingertner^a, A. Gaudineau^{a,b},
 C. Akladios^b, V. Cavillon^a, B. Langer^b, R. Favre^a

^a Pôle de gynécologie-obstétrique, département d'échographie et de médecine fœtale, CMCO-HUS, 19, rue Louis-Pasteur, 67300 Schiltigheim/Strasbourg, France

^b Pôle de gynécologie-obstétrique, département d'obstétrique, hôpital de Haute-pierre, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, avenue Molière, 67098 Strasbourg cedex, France

^c Inserm, UMR-S 1121, « Biomatériaux et Bioingénierie », 11, rue Humann, 67085 Strasbourg cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 8 mai 2016

Reçu sous la forme révisée le 9 octobre 2016

Accepté le 10 octobre 2016

Disponible sur Internet le 30 janvier 2017

Mots clés :

Coagulation laser fœtoscopique

Syndrome transfuseur-transfusé

Grossesses monochoriales

R É S U M É

But. – Rapporter les données préopératoires, caractéristiques chirurgicales, complications et le devenir périnatal des grossesses gémellaires compliquées de syndrome transfuseur-transfusé (STT) traitées par coagulation laser fœtoscopique. Analyser les facteurs prédictifs de survie néonatale et comparer les 100 cas les plus récents avec les 100 les plus anciens.

Matériels et méthodes. – Étude de cohorte observationnelle monocentrique de 200 grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques compliquées de STT prises en charge entre janvier 2004 et décembre 2014 et traitées par coagulation laser fœtoscopique.

Résultats. – Parmi les 200 patientes traitées, on note 49 stades I, 88 stades II, 55 stades III et 8 stades IV. L'âge gestationnel moyen au laser était de $20,1 \pm 3,0$ semaines d'aménorrhée (SA) tandis que l'âge gestationnel à l'issue de grossesse était en moyenne de $31,6 \text{ SA} \pm 5,4$. Le taux de survie néonatal global était de 68,0 % avec la survie d'au moins un enfant dans 84,0 % des cas. Une rupture prématurée des membranes est survenue dans 39 cas en moyenne à $28,8 \text{ SA} \pm 4,6$. Les paramètres prédictifs d'avoir au moins un enfant vivant étaient le stade de Quintero et l'âge gestationnel à l'accouchement. Dans la période la plus récente, il y avait significativement plus de STT stade I de Quintero traités par laser, plus de coagulations selon Solomon et un nombre de vaisseaux coagulés plus important.

Conclusion. – La survie néonatale en cas de STT est améliorée par la photocoagulation laser fœtoscopique, idéalement selon une technique de Solomon. L'intérêt d'une prise en charge active des stades I est à l'étude.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objectives. – To report preoperative data, surgical characteristics, complications and perinatal outcome of twin-twin transfusion syndrome (TTTS) managed with laser ablation surgery, to analyze predictors of neonatal survival and to compare the 100 most recent cases with the older 100.

Materials and methods. – Observational cohort monocentric study of 200 cases of TTTS consecutively treated with fetoscopic laser coagulation between January 2004 and December 2014.

Keywords:

Fetoscopic laser therapy

Twin-twin transfusion syndrome

Monochorionic twins

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : liselecointre@hotmail.fr (L. Lecointre).

Results. – There were 49 stage I, 88 stage II, 55 stage III and eight stage IV. Median gestation at time of laser was 20.1 ± 3.0 weeks' gestation (WG) whereas median gestation at delivery was 31.6 ± 5.4 WG. Overall perinatal survival rate was 68.0% and 84.0% have one or more surviving twins. Preterm premature rupture of membranes occurred in 39 cases with and the median gestational age for this complication was 28.8 ± 4.6 SA. Predictive factors to have at least one living birth were Quintero stage and gestational age at delivery. In the most recent period, there were significantly more TTTS Quintero stage I treated with laser, more coagulation by the Solomon technique and a larger number of coagulated vessels.

Conclusion. – The neonatal survival of TTTS is improved by fetoscopic laser coagulation, preferably by using Solomon technique. The use of active management of stage I is currently on research.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le syndrome transfuseur-transfusé (STT) est une complication spécifique des grossesses multiples monochoriales ; sa prévalence est estimée entre 10 et 15 % [1]. Le diagnostic de STT peut être établi, au deuxième trimestre de la grossesse le plus souvent, par l'association d'un oligoamnios chez le donneur et d'un polyhydramnios chez le co-jumeau receveur [2,3]. La sévérité du STT est stadifiée selon la classification proposée par Quintero [4] (Tableau 1). Le pronostic global du STT est sévère en l'absence de traitement.

La coagulation laser fœtoscopique des anastomoses vasculaires s'est imposée comme le traitement de référence des STT. Plusieurs auteurs ont montré l'intérêt de la coagulation laser fœtoscopique par rapport à l'amniotomie dans le traitement de cette complication [5–9]. L'essai clinique randomisé multicentrique Eurofoetus [5] a démontré la supériorité de la coagulation laser fœtoscopique avec un bénéfice significatif sur la survie d'au moins un jumeau (76 % vs 56 % ; $p < 0,05$) ainsi que sur l'âge gestationnel à l'accouchement et sur la morbidité neurologique à court et long terme [10]. Cependant, la mortalité néonatale reste non négligeable, tout comme le risque de lésions cérébrales sévères (3 à 16 % des cas) [5,11–13] et d'anomalies du développement neurologique (8 à 18 % des cas) [14]. À noter aussi que la coagulation laser fœtoscopique est associée à un risque de rupture prématurée des membranes.

En France, la prise en charge du STT est organisée autour d'un centre de référence parisien et de 11 centres de compétence régionaux. Le premier cas de photocoagulation laser à Strasbourg a eu lieu en 2004. Depuis, certaines indications sont discutées (prise en charge des stades précoces), la qualité des endoscopes s'est améliorée et les techniques ont évolué (bichorionisation complète).

L'objectif principal de cette étude est de rapporter les données préopératoires, les caractéristiques chirurgicales, les complications et le devenir périnatal des STT traités par laser dans notre centre. L'objectif secondaire est d'analyser les facteurs prédictifs de survie néonatale et de comparer les 100 cas les plus récents avec les 100 les plus anciens.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle portant sur des données recueillies de façon prospective entre janvier 2004 et

décembre 2014. Les critères d'inclusion étaient les grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques compliquées de STT et traitées par coagulation laser fœtoscopique au centre médico-chirurgical et obstétrical des hôpitaux universitaires de Strasbourg, Schiltigheim, France. Nous avons exclu les grossesses triples, les grossesses gémellaires compliquées de mort fœtale lors de la première échographie diagnostique, ou lorsqu'il existait des anomalies chromosomiques ou congénitales fœtales. Cette étude a été approuvée par la Commission nationale française de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le numéro 1879796.

Le diagnostic de chorionicité était fait à l'échographie du premier trimestre par l'absence de signe du lambda. Le STT était diagnostiqué en échographie par l'association d'un oligoamnios (avec une plus grande citerne inférieure à 2 cm) chez le donneur et d'un polyhydramnios (avec une plus grande citerne supérieure à 8 cm si la grossesse est âgée de moins de 20 SA ou supérieure à 10 cm au-delà de 20 SA) chez le co-jumeau receveur [2,3]. La gravité du STT était évaluée selon la classification de Quintero [4]. Dans notre pratique, la coagulation laser fœtoscopique était systématiquement proposée pour tous les stades dits sévères de II à IV et pour les stades I en cas d'hydramnios massif du receveur et/ou de mauvaise tolérance maternelle de cet hydramnios.

La coagulation laser fœtoscopique était réalisée sous sédation maternelle par de l'Hypnovel® 5 mg et de l'Atarax® 100 mg per os une heure avant l'intervention. Une anesthésie locale cutanée et de la paroi utérine à la Xylocaine® 1 % était réalisée en début d'intervention. Le geste était réalisé à l'aide d'un fœtoscope Storz® 1,3 à 2 mm avec une optique droite ou inclinée à 30° au travers d'une chemise droite ou courbe selon la localisation placentaire. Par ailleurs, selon la taille du fœtoscope, des trocars de huit à 12 frenchs étaient utilisés. La coagulation était réalisée à l'aide d'une fibre laser de 400 µm, d'une puissance maximale de 40 Watts, passée au travers de la chemise du fœtoscope. En début de geste, les anastomoses vasculaires en surface placentaires étaient identifiées, puis coagulées, après repérage de la membrane inter-amniotique. Une nouvelle cartographie en fin de geste permettait de contrôler que toutes les anastomoses étaient bien coagulées et ne se s'étaient pas reperméabilisées.

De 2003 à 2009, la méthode utilisée était la coagulation sélective pure des anastomoses vasculaires placentaires identifiées. De 2009 à 2012, les patientes étaient randomisées dans le cadre d'un essai randomisé pour la technique de photocoagulation : soit sélective pure décrite par Quintero et al. [15], soit la technique Solomon décrite par l'équipe de Lopriore et al. [16]. Depuis 2012, toutes les patientes bénéficient de la technique Solomon où tout l'équateur vasculaire est coagulé. Toute l'intervention était réalisée sous contrôle échographique. Une antibioprophylaxie par Clamoxyl® 1 g i.v. était administrée en peropératoire. En fin de geste, un amniotomie était effectué afin de réduire la plus grande citerne du receveur à 5 cm ou moins. Aucune tocolyse systématique n'était

Tableau 1
Classification de Quintero.
The Quintero staging.

Stade 1	Poly/oligomanios avec vessie du donneur encore visible
Stade 2	Vessie du donneur non visible
Stade 3	Anomalies doppler avec flux diastolique nul chez le fœtus donneur ou <i>reverse flow</i> du Ductus Venosus chez le fœtus receveur ou flux veineux pulsatile
Stade 4	Anasarque d'un jumeau
Stade 5	Décès d'un jumeau

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8925375>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8925375>

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