



ECOUTER
RASSURER
GUIDER

AFGM
ASSOCIATION FRANÇAISE DES
GROSSESSES MONOCHORIALES

VOIE D'ACCOUCHEMENT DES GROSSESSES MULTIPLES

Contrairement aux idées reçues, le recours à la césarienne n'est pas systématique en cas de grossesse multiple. Près de la moitié des femmes accouchent par voie basse sans aucun souci. Chaque cas étant unique, le mieux reste de faire confiance aux recommandations de l'équipe médicale, la plus à même de vous guider. En revanche, n'oubliez pas que pour des multiples, rien n'est jamais certain, et ce jusqu'au dernier moment !

Nous vous proposons de retrouver ci-après ici les recommandations actuelles de l'HAS (haute autorité de la santé) sur ce sujet.

GENERALITES

Par rapport à une grossesse monofoetale, la grossesse gémellaire est associée à des risques plus importants de prématurité avant 37 SA (risque multiplié par 7) et de faible poids (risque de poids de naissance inférieur à 2 500g multiplié par 9 environ).

Le taux de césarienne avant le travail est trois fois plus important pour la grossesse gémellaire que pour la grossesse monofoetale. Les pratiques obstétricales françaises se caractérisent par une prise en charge active de la naissance du 2^{ème} jumeau (accouchement dirigé de J2) afin de réduire l'intervalle de temps entre les deux naissances.

Une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en céphalique (quand la tête se présente en premier) n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. Dans le cas d'une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en siège, les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre.

Terme accouchement théorique :

- Entre 36 et 37+6 SA pour les mono-bi
- Entre 32 et 33+6 SA pour les mono-mono

Pour les grossesses triples, il n'existe pas de consensus.

Attention les recommandations sont différentes selon les pays. En France, nous sommes les plus "permissifs".

Cependant, la césarienne est obligatoire dans les cas suivants :

- Mise en travail avant 32 SA
- Discordance de poids > 30% entre les bébés
- Poids d'un jumeau < 1800g
- Antécédent de césarienne
- Macrosomie fœtale (poids à la naissance supérieur à 4 kg et diabète - rare chez les jumeaux !)



ECOUTER
RASSURER
GUIDER

AFGM
ASSOCIATION FRANÇAISE DES
GROSSESSES MONOCHORIALES

- Certaines infections maternelles avec risque de transmission fœtale (VIH et charge virale élevée, primo infection herpétique)
- Défaut de placentation (placenta accreta, placenta prævia, etc.)
- Malformations fœtales et fœtopathies (anasarque, hernie diaphragmatique, thrombopénie fœtale, omphalocèle, laparoschisis, etc.)
- Antécédents et pathologies maternelles intercurrentes, c'est-à-dire qui survient au cours d'une autre maladie (ex : accident vasculaire cérébral, etc...)
- Problèmes périnéaux (antécédents de périnée complet compliqué, cure de prolapsus et/ou incontinence urinaire, etc...).

RECOMMANDATIONS

Il existe des situations à risque pour lesquelles la césarienne programmée est nécessaire (par exemple : placenta prævia recouvrant). Il existe des situations de fréquence plus rares pour lesquelles la césarienne programmée peut être discutée au cas par cas, en concertation avec les spécialistes concernés par une pathologie fœtale et/ou maternelle (accord d'experts).

A retenir pour les grossesses monochoriales :

- Accouchement entre 33 et 37+6SA
- Césarienne et voie basse possible
- Décision collégiale entre la patiente et le STAFF
- Demande de césarienne d'emblée possible même si pas de contre-indication à la voie basse
- Analgésie péridurale quasi obligatoire pour la voie basse

Cas particulier de J1 en siège

Il existe 2 types de siège

- **Complet** : présence en regard du détroit supérieur du pôle fœtal représenté par les pieds = le bébé est en "tailleur"
- **Décompleté** : présence en regard du détroit supérieur du pôle fœtal représenté par le sacrum = les pieds du bébé sont au niveau de sa tête et les fesses posées sur le bassin maternel

La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication à la césarienne programmée.

Les critères d'acceptabilité de la voie basse sont :

- confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales
- absence de déflexion de la tête fœtale
- coopération de la patiente

L'évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse définis ci-dessus, doit être réalisée, avant toute décision de césarienne programmée.

Qu'est-ce que la manœuvre grande extraction et la version par manœuvre interne pour J2 :

- Une VMI (version par manœuvre interne) consiste à transformer une présentation céphalique ou transverse en présentation podalique pour faciliter son extraction.



ECOUTER
RASSURER
GUIDER

AFGM
ASSOCIATION FRANÇAISE DES
GROSSESSES MONOCHORIALES

- La MGE (manœuvre grande extraction) est extraction manuelle du fœtus en présentation du siège.

Ces 2 techniques peuvent être utilisées pour l'accouchement voie basse de J2.

NB : il n'est pas exceptionnel que J1 naisse par voie basse et J2 par césarienne si J2 présente des signes de souffrance fœtale et qu'il faut "accélérer" la naissance.

Nous espérons que cette fiche pratique vous apportera des informations utiles pour vous aider à mieux appréhender le moment important de votre accouchement.

ATTENTION, ces informations sont données à titre de conseils uniquement,
et ont simplement vocation à vous guider.
Les professionnels de santé qui vous suivent peuvent aussi vous éclairer.