



* Cette fiche présente des informations générales et ne se substitue en aucun cas à la discussion avec le médecin qui aura en charge votre grossesse et votre accouchement.

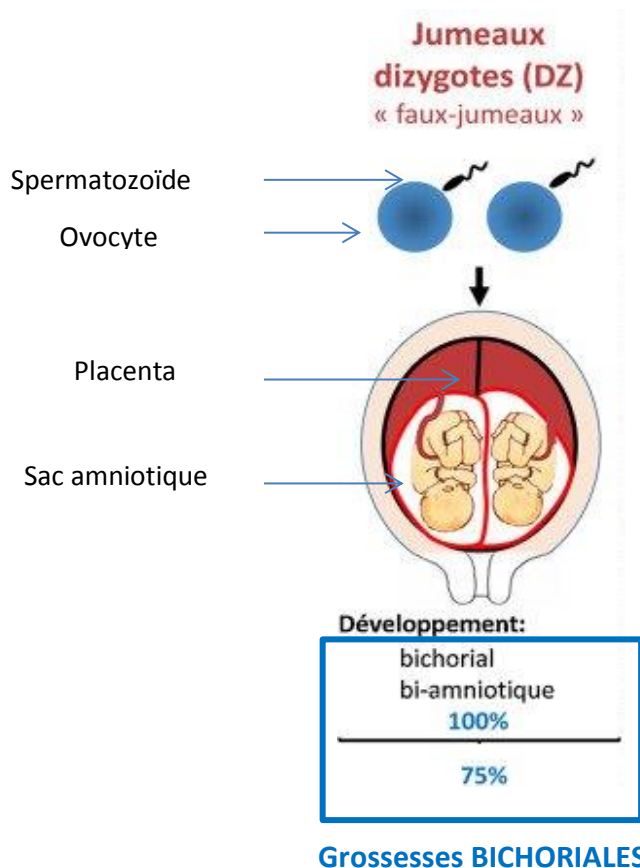
Vous attendez des jumeaux : c'est une situation particulière et votre suivi de grossesse va être adapté. Cette fiche vous explique pourquoi. Nous savons aussi que nous utilisons souvent des mots du langage médical, qui ne sont pas connus du grand public et nous souhaitons vous les expliquer. Notre but est que vous vous sentiez plus à l'aise dans vos relations avec les soignants qui vont suivre votre grossesse et que les échanges avec eux soient plus faciles pour vous.

A. VRAIS OU FAUX JUMEAUX ? QUELQUES DÉFINITIONS

Les grossesses gémellaires sont dites **dizygotes** quand 2 ovules (*ovocytes*) ont été fécondés chacun par un spermatozoïde. Les bébés (*foetus*) ont alors un patrimoine génétique différent et sont de sexe identique ou différent.

Ce sont donc des frères/sœurs conçus simultanément. Dans le langage commun, on dit que ce sont de « **faux jumeaux** ».

Chaque foetus a son propre placenta et sa propre poche (*sac amniotique*). Dans le langage médical, ces grossesses sont dites **dizygotes (2 œufs) bichoriales (2 placentas) biamniotiques (2 poches)**.



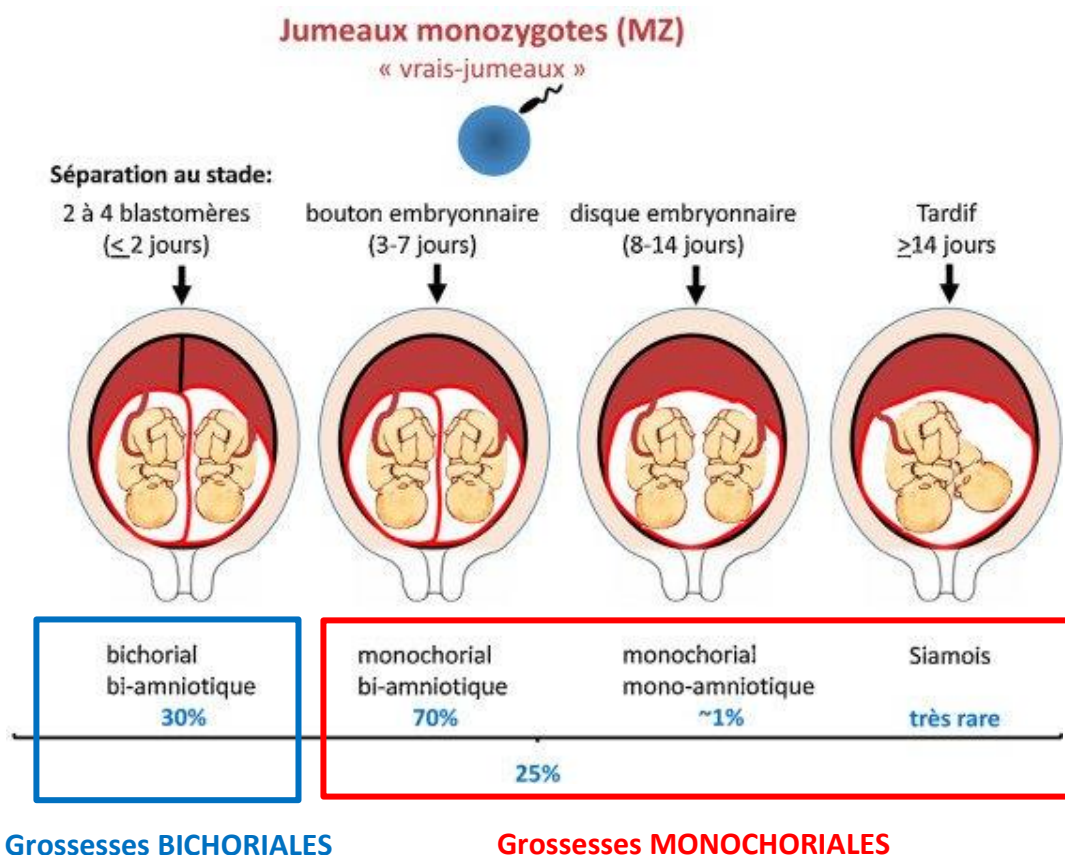


Les grossesses gémellaires sont dites **monozygotes** quand l'œuf résultant de la fécondation d'un ovocyte par un spermatozoïde se divise pour donner 2 œufs distincts. Les fœtus ont alors un patrimoine génétique identique et sont de même sexe.

Dans le langage commun, on dit que ce sont de « vrais jumeaux ».

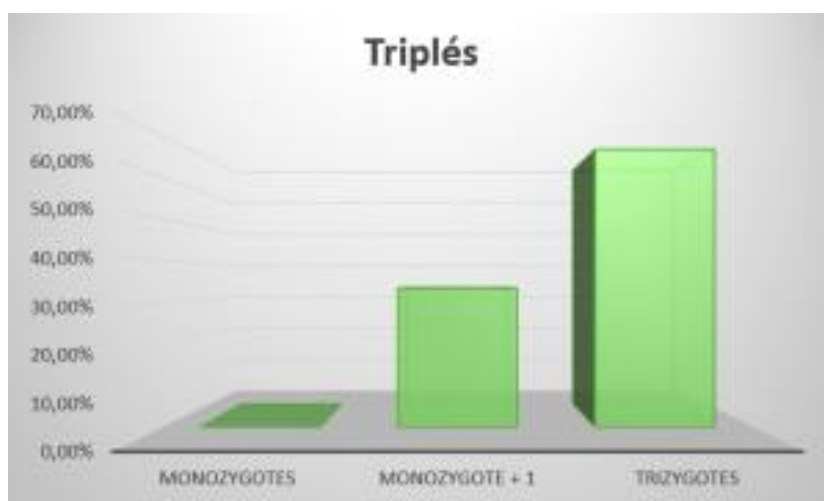
Selon le stade plus ou moins précoce de division de l'œuf, les placentas et sacs amniotiques seront communs ou pas :

- Division avant 3 jours : chaque fœtus a son propre placenta et son propre sac amniotique. Dans le langage médical, la grossesse est dite **monozygote (1 œuf) bichoriale (2 placentas) bi-amniotique (2 poches)**.
- Division entre 3 et 7 jours : les fœtus ont chacun leur propre sac amniotique mais le placenta est commun aux 2. La grossesse est **monochoriale (1 placenta) bi-amniotique (2 poches)**.
- Division entre 8 et 14 jours : les fœtus ont le même placenta et sont dans le même sac amniotique. La grossesse est **monochoriale (1 placenta) monoamniotique (1 poche)**.
- Division ultérieure : jumeaux conjoints (siamois, rarissime).





En ce qui concerne les triplés, les naissances monozygotes (un seul œuf) sont excessivement rares. Environ un tiers des grossesses triples comporteront deux jumeaux monozygotes et un singulier (deux œufs ont été fécondés et l'un s'est scindé en deux) ; et deux tiers des grossesses seront trizygotes (issues de trois œufs).



B. SUIVI DE GROSSESSE

Le suivi de votre grossesse est différent selon que vous soyez dans l'une ou l'autre des situations présentées ci-dessus. Bien entendu, nous tenons aussi compte de vos besoins spécifiques en fonction de votre état de santé, de votre passé médical et du déroulement de vos précédentes grossesses.

Comme toute femme enceinte, vous bénéficierez d'une consultation obstétricale mensuelle réalisée par un obstétricien ou une sage-femme en collaboration avec un obstétricien.

Il sera également prévu une consultation avec le médecin anesthésiste vers 30 SA (semaines d'aménorrhées).

Un entretien avec une sage-femme vous sera proposé (*entretien prénatal*), vous pourrez parler de tout ce qui vous préoccupe par rapport à votre grossesse, son déroulement et les émotions que vous ressentez.

Il vous sera également proposé de participer aux 7 séances de préparation à l'accouchement (*préparation à la naissance et à la parentalité*).

Les échographies sont plus fréquentes :

- ▶ Mensuelle pour les grossesses gémellaires **bichoriales**
- ▶ Toutes les 3 semaines pour les grossesses triples trichoriales
- ▶ Tous les 15 jours pour les grossesses **monochoriales** (gémellaires ou plus).

Pour les grossesses triples et plus, ou grossesses multiples pathologiques, une hospitalisation pourra être programmée en cours de grossesse pour mieux surveiller votre santé et celle des bébés. Le médecin vous en parlera relativement tôt afin que vous puissiez vous organiser.



C. CHOIX DE LA MATERNITÉ

Les maternités sont classées en 3 types :

- **Type I** : elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres.
- **Type II** : elles disposent également d'une unité d'obstétrique ainsi que d'une unité de néonatalogie
 - ➔ Type II A : elles assurent des soins de néonatalogie.
 - ➔ Type II B : elles assurent des soins néonataux et intensifs.
- **Type III** : elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les types I et II. Elles disposent aussi d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs ainsi que d'une unité de réanimation néonatale

Les professionnels de santé travaillent en réseau et connaissent bien les capacités d'accueil propres à chaque structure.

En cas de pathologie, de risque d'accouchement prématuré, d'enfant(s) prévu(s) de petit poids, il peut être envisagé de vous transférer dans une maternité plus adaptée pour accueillir vos bébés. La **Cellule régionale de Transfert In Utero** est alors sollicitée pour vous trouver la place la mieux adaptée à vos besoins, tout en étant la plus proche possible de chez vous, en fonction des places disponibles dans les maternités concernées.

Le lieu d'accouchement est fonction du déroulement de la grossesse.

S'il est normal, l'accouchement aura lieu dans la maternité d'origine.

Dans le cas contraire, il faut se rapprocher d'un centre expert.

La décision sera prise avec vous par le gynécologue obstétricien qui vous suit.



D. MODALITÉS D'ACCOUCHEMENT

Les modalités de naissance seront discutées avec vous au cours des consultations.

L'équipe médicale qui vous suit prendra en compte principalement le nombre de fœtus, leur présentation (tête ou siège en bas, notamment pour l'enfant qui doit naître en premier), le terme de la grossesse (selon que vous accoucherez à terme ou prématurément) et vos antécédents (accouchement antérieur par voies naturelles ou césarienne, pathologies antérieures, grossesse en cours).

Pour les **grossesses triples et plus**, la césarienne est le mode de naissance le plus fréquemment envisagé.

Pour les **grossesses monochoriales monoamniotiques**, la césarienne est recommandée.

E. COMPLICATIONS PROPRES AUX GROSSESSES MONOCHORIALES

La **particularité des grossesses monochoriales consiste en la présence d'un placenta unique**, sur lequel est inséré le cordon ombilical de chaque fœtus. Les jumeaux « partagent » le placenta, avec même la présence de connexions entre les vaisseaux (*anastomoses*) et un territoire commun aux deux jumeaux.

Dans quelques cas, la répartition entre les territoires de chaque fœtus est inégale. Dans d'autres cas, les anastomoses peuvent exposer à des complications. Des déséquilibres de croissance des jumeaux ou des troubles circulatoires (*hémodynamiques*) peuvent alors survenir, et être dépistés en échographie (d'où la fréquence de celles-ci). Selon les signes échographiques, on parle :

- d'un **TOPS** (Twin Oligoamnios Polyhydramnios Sequence) ou **STT** (Syndrome Transfuseur Transfusé) : le jumeau receveur présente une surcharge de volume sanguin, a une vessie distendue et un excès de liquide amniotique ; le co-jumeau donneur a une vessie de petite taille et peu de liquide amniotique.
- d'un **TAPS** (Twin Anemia Polycythemia Sequence) : le jumeau receveur est en surcharge sanguine, tandis que le jumeau donneur est anémié.
- de **Retard de Croissance Intra-Utérin Sélectif**.

Parfois, la future maman se plaint d'une augmentation trop rapide et volumineuse de son ventre, voire même d'une gêne respiratoire. Dans ce cas, une consultation aux urgences de la maternité est nécessaire.

Les anastomoses vasculaires et le territoire placentaire partagé entre les jumeaux les rendent dépendants l'un de l'autre, ainsi en cas de décès de l'un des jumeaux, il existe un risque non négligeable de décès du second ou de séquelles en cas de survie, c'est pour cela que l'enjeu majeur des grossesses monochoriales réside dans leur surveillance rapprochée afin de dépister le plus rapidement une situation à risque.



Selon le contexte et l'évolution, **un traitement par fœtoscopie laser est proposé**, consistant à séparer le placenta en deux territoires distincts (*dichorionisation*), ou dans les cas les plus graves à coaguler le cordon d'un jumeau trop sévèrement atteint afin de préserver la survie de son co-jumeau. Ce geste très technique se réalise dans un Centre d'expertise qui pratique les fœtoscopies.

Plusieurs centres d'expertise existent en France : Necker, Kremlin Bicêtre, Poissy, Clermont Ferrand, Lille, Marseille, Nantes, Rouen, Strasbourg, Toulouse, Grenoble, Tours, Montpellier et **Lyon**.

Pour aller plus loin

Figure 1. Placenta d'une grossesse gémellaire Monochoriale Biamniotique.

Noter la présence des anastomoses sur la plaque choriale. La flèche jaune pleine pour l'anastomose veino-veineuse ; la flèche jaune pointillée pour l'anastomose artério-artérielle, les flèches bleues pour les anastomoses artério-veineuses).



Figure 2. Placenta d'une grossesse gémellaire Bichoriale Biamniotique avec galettes fusionnées.
Noter l'absence de communication entre les 2 territoires placentaires



Bibliographie :

- Twin-to-twin transfusion syndrome: diagnosis and treatment. Salomon LJ, Ville Y. *Bull Acad Natl Med.* 2008 Nov;192(8):1575-86
- [Macroscopic description of placental vascular anastomoses after dye injection for the comprehension of monozygotic pregnancy complications]. Atallah A, Bolze PA, Buenerd A, Marino S, Massardier J, Gaucherand P, Massoud M. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2017 May;45(5):269-275.
- Twin-to-Twin Transfusion Syndrome: From Observational Evidence to Randomized Controlled Trials. Stirnemann JJ, Chalouhi G, Ville Y. *Twin Res Hum Genet.* 2016 Jun;19(3):268-75. Review