

# CDP NEWSLETTER

n°1 Automne 2014



## ÉDITORIAL

La Clinique de Diagnostic Prénatal (CDP) a désormais sa Newsletter. Ce premier numéro est le fruit de six années de travail exclusivement en médecine fœtale, de six années de collaboration avec mes collègues gynécologues obstétriciens principalement, mais aussi les pédiatres, chirurgiens pédiatres et généticiens; six années de maturation et de réflexion.

Cette revue trimestrielle s'adresse au corps médical en général et aux médecins s'occupant de la période qui s'étend de la conception jusqu'à la période néonatale en particulier. Gynécologues-obstétriciens, pédiatres, chirurgiens pédiatres, généticiens, anesthésistes, sans oublier infirmières et sages-femmes ; tous sont concernés.

Cette newsletter partagera avec vous l'expérience de la CDP en matière de médecine fœtale. Elle vous présentera des cas cliniques/pathologiques depuis le diagnostic anténatal jusqu'à la prise en charge en post natal. Elle résumera, tout en les discutant, les articles récents qui ont un impact sur les conduites à tenir ou la prise en charge des grossesses et du nouveau-né. Vous y trouverez aussi un récapitulatif des points forts des congrès d'obstétrique, de diagnostic anténatal et de périnatalité. Une page sera consacrée aux grossesses multiples, qui sont devenues de plus en plus fréquentes et qui demandent de notre part une attention et une prise en charge particulières. Un calendrier prévisionnel des événements scientifiques figurera à la fin de chaque revue.

Je profite de la parution de ce numéro pour remercier tous ceux qui ont contribué à son développement et tous les médecins avec qui nous collaborons. Centrée sur la mère, le fœtus et le nouveau né, cette Newsletter sera, je l'espère, un espace de partage de nos connaissances scientifiques et contribuera à enrichir le dialogue entre les différentes spécialités.

Dr Malek Nassar  
Médecine fœtale

Clinique de  
Diagnostic Prénatal



## SOMMAIRE

### GROSSESSES GÉMELAIRES

- Prise en charge des grossesses gémeillaires 2
- Notions importantes 2
- Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français 2
- Les chiffres de la CDP 2

### VACCINATION ET GROSSESSE

- Règles générales 3
- Dépistage prénatal et vaccination 3
- Recommandations particulières pendant la grossesse 3

### CAS CLINIQUE 4

### AGENDA DES CONGRÈS 4

# GROSSESSES GÉMELAIRES

## Prise en charge des grossesses gémellaires

Pr Yves Ville

Chef de service de gynécologie obstétrique, Hôpital Necker-Enfants Malades

La gémellité a de tous temps été utilisée métaphoriquement pour le côté surnaturel qui l'entoure mais aussi pour mettre en scène les périls qui la menacent. Les mésaventures souvent funestes des grossesses gémellaires des mythes de toutes origines illustrent la fragilité des jumeaux et de leur mère.

La relative rareté des naissances gémellaires en dépit de leur augmentation constante depuis 30 ans fait que la plupart des praticiens ne seront qu'exceptionnellement confrontés à leur prise en charge qu'elles soient ou non émaillées des complications générales ou spécifiques dont un peu plus d'une sur 4 sera affectée.

La prise en charge des complications les plus sévères des grossesses monochoriales a permis de diminuer la mortalité et la morbidité foetale et périnatale de ces grossesses les plus à risque. Cependant le plus grand mérite de ces développements au cours des 15 dernières années a été de réaffirmer l'importance d'un diagnostic précoce de chorionicité et d'un suivi et d'une prise en charge adaptés.

Des recommandations pour la pratique clinique ont été publiées en 2009 par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français qui sont l'aboutissement d'une démarche réunissant spécialistes médicaux et parents de multiples.

Ces recommandations étaient nécessaires. Leur plus grand mérite est d'avoir réaffirmé et illustré le caractère fondamental de la chorionicité. Les grossesses gémellaires n'existent pas sans cet identifiant vital à plus d'un titre, elles sont monochoriales ou bichoriales et cette attribution dès la première échographie est devenue opposable. Toute la spécificité, la difficulté et l'anticipation qui doivent garantir la qualité de la prise en charge de ces grossesses en découlent. Rareté et relative inexpérience allant de pair, le rôle et l'éducation des femmes enceintes de jumeaux sont donc fondamentaux pour garantir leur sécurité et celle de leurs enfants à naître, et c'est avec cet objectif que le livret du CNGOF a été élaboré.

La médecine s'est éloignée pour toujours, souhaitons-le, d'une approche paternaliste où le borgne est trop souvent roi au royaume des aveugles quand il n'ajoute pas l'arrogance à l'ignorance. Le respect du libre arbitre dans la sécurité est l'ambition de la périnatalité moderne et gageons que la connaissance partagée sera plus souvent à l'origine des meilleurs choix que d'incompréhensions entre l'attente des femmes concernées et les bonnes intentions de leur obstétricien.

### NOTIONS IMPORTANTES

- 1- La chorionicité est un facteur pronostic dans les grossesses gémellaires
- 2- Les grossesses multiples issues de la procréation médicalement assistée ne sont pas toutes bichoriales. Elles peuvent également être monochoriales.

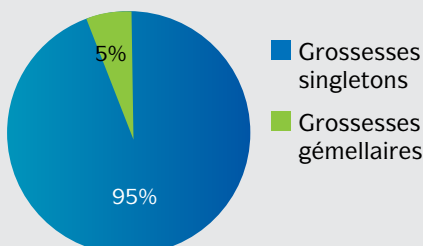
### RECOMMANDATIONS DU COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS (CNGOF)

Tout compte-rendu d'examen échographique de grossesse gémellaire doit donner une information sur la chorionicité en particulier au premier trimestre (accord professionnel).

Il est recommandé de porter le diagnostic de chorionicité d'une grossesse gémellaire le plus précocement possible, car plus il est précoce, plus il est fiable (accord professionnel).

Si le diagnostic de chorionicité au premier trimestre ne peut être effectué, la patiente doit être adressée à un échographiste référent d'un CPDPN (accord professionnel). Les signes les plus pertinents (proches de 100 %) sont le compte des sacs gestationnels entre 7 et 10 SA ou la recherche du signe du lambda entre 11 et 14 SA (accord professionnel).

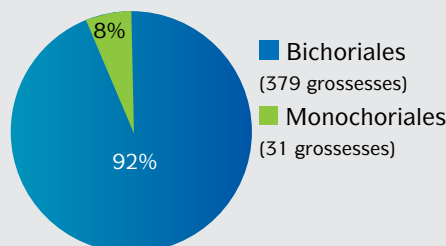
### POURCENTAGE DES GROSSESSES GÉMELAIRES SUIVI À LA CDP\*



Dans la littérature, le pourcentage de grossesses gémellaires dans la population générale est de 2%. Cette différence de pourcentage entre la population générale (2% des grossesses) et celui de la CDP (5%) est probablement due à un biais de référence.

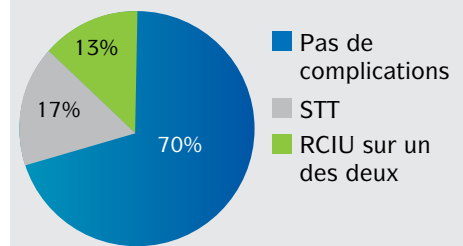
\* Le nombre total de grossesses gémellaires est de 410.

### CHORIONICITÉ



La procréation médicalement assistée peut expliquer ce taux bas de monochoriale à la CDP (8%) par rapport à celui décrit dans la littérature qui oscille entre 15 et 20 %.

### LES ISSUES DES GROSSESSES MONOCHORIALES



Deux des cinq grossesses qui ont présenté un syndrome transfuseur transfusé, complication spécifique aux grossesses monochoriales, ont bénéficié d'un drainage répétilif du liquide amniotique (le laser n'étant pas disponible). Malheureusement les issues de toutes ces grossesses étaient de mauvais pronostic.

# VACCINATION ET GROSSESSE

Dr Dina Helou  
Pédiatrie Générale - Vaccinologie

La vaccination de la femme enceinte peine encore à s'affirmer, et ce, par peur des conséquences sur le fœtus. Ce qu'il faut savoir, c'est que le risque foetal de la vaccination pendant la grossesse reste **un risque théorique**. Par conséquent, cette vaccination est toujours envisagée en fonction du risque infectieux encouru par la femme enceinte.

Certaines **règles générales** simples permettent d'aborder la vaccination de la femme enceinte de manière pratique et d'éviter une prise de risque inutile, à savoir :

- 1- Quel que soit le niveau de recommandation (possible, à éviter ou déconseillée), si la vaccination est justifiée du fait d'un voyage en **zone endémique**, d'un **contexte épidémique** ou **professionnel**, elle doit être réalisée.
- 2- En général, sont contre indiqués les vaccins vivants atténués (ROR, Polio Orale, varicelle, fièvre jaune, BCG).
- 3- Par précaution, éviter le premier trimestre, en dehors du vaccin de la grippe qui, lui, est recommandé à n'importe quel trimestre.
- 4- Toute vaccination par un vaccin vivant atténué (ROR-Varicelle) doit être réalisée après avoir expliqué à la patiente les risques théoriques d'une telle vaccination et en lui conseillant d'éviter une grossesse dans les **28 jours** suivant la vaccination. Un test de grossesse préalable à toute vaccination par un vaccin vivant atténué chez une femme en âge de procréer n'est par ailleurs plus recommandé.
- 5- Une vaccination, réalisée par mégarde chez une femme enceinte avec les vaccins actuellement disponibles, **ne justifie pas d'interrompre la grossesse**.
- 6- Il est possible de vacciner les enfants d'une femme enceinte séronégative par un vaccin vivant atténué du fait de l'absence de transmission interhumaine des virus vaccinaux.
- 7- L'immunisation passive par immunoglobulines pendant la grossesse n'entraîne aucun risque chez le fœtus.
- 8- **Tous les vaccins** disponibles actuellement peuvent être **administrés pendant l'allaitement** ; de plus l'allaitement ne diminue en aucun cas l'efficacité de la vaccination.

## DÉPISTAGE PRÉNATAL ET VACCINATION

Evaluer l'immunité de toute femme enceinte contre la **Rubéole**, la **Varicelle** et l'**Hépatite B**.

Toute femme enceinte non immunisée contre la rubéole et la varicelle devrait être vaccinée contre ces maladies en post partum immédiat, avec un rappel 4 à 8 semaines plus tard (pour la rubéole, utiliser un vaccin combiné ROR Rougeole-Oreillons-Rubéole).

Les nouveaux-nés de femmes porteuses de l'Antigène HBs devraient recevoir à la naissance une injection d'immunoglobulines contre l'hépatite B ainsi qu'une première dose de vaccin contre l'hépatite B dans les 12h suivant la naissance. Leur vaccination sera poursuivie selon le calendrier recommandé pour l'âge.

## RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES PENDANT LA GROSSESSE

### 1. Diphtérie-tétanos-coqueluche

Toute femme enceinte devrait recevoir une dose de dTCa (diphtérie à dose réduite d'anatoxine diphtérique-tétanos-coqueluche acellulaire) après la 20<sup>e</sup> SA (idéalement entre 27 et 36 SA), et ce à **chaque grossesse** et **quel que soit son statut vaccinal antérieur**. Pour les femmes dont le dernier rappel anti coquelucheux remonte à plus de 10 ans et n'ayant pas été vaccinées pendant le 3<sup>e</sup> trimestre, administrer une dose de dTCa en post partum immédiat. La vaccination combinée contre la coqueluche permettra de protéger également le nouveau-né, de manière directe, en évitant la contamination par la mère les premiers mois de vie, et indirecte, par passage d'anticorps maternels protecteurs. Concernant la femme enceinte à statut vaccinal inconnu ou incomplet pour le tétanos, il faudrait débiter la vaccination par un vaccin combiné dT pendant la grossesse et la poursuivre avec un total de 3 doses selon le schéma 0,1 et 6-12m, avec au moins une dose contenant la valence coqueluche acellulaire dTCa idéalement entre 27 et 36 SA.

Pour le cas particulier d'une blessure tétanigène pendant la grossesse et quand la vaccination remonte à plus de 5 ans, il est prudent de vacciner contre le tétanos en utilisant de préférence un vaccin combiné.

### 2. Grippe

La vaccination avec le vaccin inactivé est recommandée aux femmes enceintes, projetant de l'être ou allaitantes pendant la saison grippale, et ce à n'importe quel trimestre. En effet les femmes enceintes sont considérées à risque de présenter des complications graves liées à la grippe (taux d'hospitalisation significativement supérieur pendant la pandémie H1N1 de 2009 chez les femmes enceintes par rapport aux femmes non enceintes).

De plus, une protection secondaire du nouveau-né est également escomptée, encore une fois en diminuant le risque de contamination par la mère les premiers mois de vie et par le biais d'un passage d'anticorps protecteurs, surtout lorsque la vaccination est effectuée durant le dernier trimestre.

Abstracted from the Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 2011; the Guidelines for Vaccinating Pregnant Women, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2013; and the Red Book 2012.

## CAS CLINIQUE

Dr Malek Nassar  
Dr Richard Kharrat

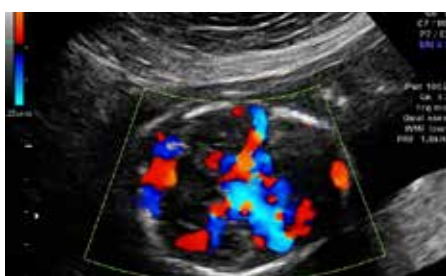
Une patiente âgée de 24 ans G2P1, ayant dans ses antécédents un accouchement par voie basse d'un garçon en 2010, est adressée à la CDP pour cardiomégalie et dilatation des ventricules latéraux. A l'échographie, le bilan montre effectivement une cardiomégalie importante avec un index cardio-thoracique de 0,591 (circonférence cardiaque/circonférence thoracique) une ventriculomégalie de 13 mm. Au niveau du cerveau en 2D le parenchyme cérébral semble normal. L'examen Doppler révèle une collection vasculaire antérieure correspondant à un anévrisme de la veine de Gallien.

Un an et demi plus tard la patiente se présente avec le même tableau et le diagnostic d'un anévrisme de la veine de Gallien avec un retentissement cardiaque important

notamment une insuffisance a été retenue à la foetopathologie.

L'anévrisme de la veine de Gallien est une malformation dont l'incidence est extrêmement rare.

Deloison et al ont publié la plus grande série d'anévrismes de la veine de gallien dans *Ultrasound Obstetrics Gynecology* décembre 2012. Sur les 21 fœtus atteints, les trois nouveaux-nés vivants (14,3 %) et sans séquelles étaient tous porteurs d'un anévrisme isolé sans atteinte cérébrale (ventriculomegalie, défaut de gyration, hydrocéphalie) ou cardiaque (cardiomegalie, fuite tricuspide). Les fœtus associant une malformation cardiaque et/ou cérébrale à l'anévrisme avaient un mauvais pronostic.



## AGENDA DES CONGRÈS

**1- The 18<sup>th</sup> International Annual meeting of the Lebanese Society of Obstetric and Gynecology.**  
Beyrouth - Jeudi 13 au samedi 15 novembre 2014.  
[www.lsog.org.lb](http://www.lsog.org.lb)

**2- 38<sup>e</sup> Journées Nationales du CNGOF.**  
Paris - Mercredi 3 au vendredi 5 décembre 2014.  
[www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)

**3- Advances in Fetal Medicine Course.**  
Londres - Samedi 6 et dimanche 7 décembre 2014.  
[www.fetalmedicine.com](http://www.fetalmedicine.com)

**4- ISUOG Education Course: Fetal Anomalies (Head and Heart)**  
Londres - Vendredi 23 et samedi 24 janvier 2015.  
[www.isuog.org](http://www.isuog.org)

**5- 5<sup>e</sup> Rencontres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal.**  
Paris - Lundi 26 au mercredi 28 janvier 2015.  
[www.congres-rpdp.fr](http://www.congres-rpdp.fr)

**6- 25<sup>e</sup> salon de gynécologie pratique, Paris**  
Paris - Mercredi 18 au vendredi 20 mars 2015.  
[www.gynecologie-pratique.com/congres/accueil](http://www.gynecologie-pratique.com/congres/accueil)

Le Professeur Ville est vivement remercié. Son support, son encouragement et sa contribution au 1er numéro de cette Newsletter ont été primordiaux.  
La CDP tient aussi à remercier Dr Dina Helou pour sa contribution à la rédaction du premier numéro de cette Newsletter.

Conscient que la collaboration interdisciplinaire est le succès d'une amélioration de la prise en charge de nos malades, vos commentaires et vos suggestions sont les bienvenus.  
Email : [info@cdp-lb.com](mailto:info@cdp-lb.com)