

■ Obstétrique

L'accouchement des femmes enceintes de jumeaux en France

RÉSUMÉ : Les grossesses gémellaires représentent 3,6 % des naissances en France. Elles sont grevées d'une augmentation importante des risques maternels mais surtout néonataux comparées aux grossesses monofœtales.

L'étude JUMODA a montré un faible taux de morbidité néonatale en population générale pour les patientes accouchant à partir de 32 SA avec un premier jumeau en présentation céphalique. Surtout, elle a mis en évidence que :

- la tentative de voie basse pour ces patientes n'était pas associée à une augmentation de la morbidité néonatale en comparaison avec la césarienne programmée ;
- la césarienne programmée était associée à une augmentation de la morbidité néonatale en comparaison à la tentative de voie basse entre 32 SA et 37 SA.

Ainsi, il n'existe plus d'obstacle à recommander la tentative de voie basse aux patientes enceintes de jumeaux accouchant à partir de 32 SA avec un premier fœtus en présentation céphalique.



T. SCHMITZ
Service de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

Plusieurs raisons justifient l'attention portée au mode d'accouchement des femmes enceintes de jumeaux. Tout d'abord, les grossesses gémellaires se compliquent plus fréquemment que les grossesses monofœtales d'un certain nombre de pathologies gravidiques, au premier rang desquelles le retard de croissance intra-utérin. Ces pathologies sont responsables de la naissance de fœtus plus fragiles à des âges gestationnels plus précoces, rendant l'accouchement potentiellement plus à risque que celui des grossesses monofœtales. Surtout, l'accouchement du deuxième jumeau (J2) a ses complications propres (procidence du cordon, rétraction du col, hypertonie utérine, décollement placentaire) qui le font considérer comme une situation à haut risque obstétrical. Enfin, le taux de césarienne dans cette population est très élevé, exposant mère et enfants aux complications de cette intervention.

En France, les données récentes sur l'accouchement des femmes enceintes de jumeaux proviennent de deux sources principales : l'étude JUMODA, menée entre les mois de février 2014 et mars 2015, et l'enquête nationale périnatale de 2016.

■ L'enquête nationale périnatale de 2016

L'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016 [1] rapporte les résultats suivants pour les femmes enceintes de jumeaux. Les grossesses gémellaires représentent 1,8 % de l'ensemble des grossesses en France métropolitaine, soit 3,6 % des naissances. Comparées aux patientes enceintes d'un seul enfant, les femmes enceintes de jumeaux sont plus âgées (36,7 % de femmes de plus de 35 ans *versus* 21 %), plus souvent hospitalisées pendant la grossesse (50,5 % *versus*

Obstétrique

17,5 %), accouchent plus souvent par césarienne (53,7 % *versus* 19,2 %), prématurément (47,5 % *versus* 6 %), d'enfants de petit poids de naissance (53,9 % *versus* 5,7 %). Le taux d'accouchement avant 32 SA est 11 fois supérieur à celui des grossesses monofœtales (9,9 % *versus* 0,9 %).

Les données de l'ENP de 2016 confirment donc bien, encore une fois, que la population des femmes enceintes de jumeaux constitue une population particulièrement à risque. Si l'ENP apporte des informations précieuses, elle ne concerne toutefois que 226 grossesses gémellaires et, par conséquent, ne permet pas d'analyses fines sur les modalités de l'accouchement. C'est une des raisons pour lesquelles l'étude JUMODA a été réalisée.

L'étude JUMODA

L'étude JUMODA [2] a été spécifiquement conçue pour déterminer le mode d'accouchement programmé optimal des femmes enceintes de jumeaux ainsi que les meilleures prises en charge de J2 après la naissance de J1, en raison des discordances qui existaient jusque-là dans la littérature à ce sujet.

Schématiquement, les études rétrospectives hospitalières, manquant de puissance statistique, ne mettaient pas en évidence de différence d'état de santé néonatale selon la voie d'accouchement [3-5] tandis que les études rétrospectives en population anglo-saxonnes, analysant des données de qualité parfois très douteuse, retrouvaient toutes une augmentation de mortalité et de morbidité associée à la voie basse en com-

paraision à la césarienne [6-9]. Enfin, au moment de la rédaction du protocole de l'étude, un essai international était en cours de recrutement pour randomiser selon la voie programmée d'accouchement, césarienne ou tentative de voie basse, les patientes enceintes de jumeaux entre 32 SA et 39 SA [10]. Cet essai a finalement conclu dans une population très sélectionnée, à bas risque, à l'absence de différence de morbidité néonatale entre les deux groupes.

Pour s'affranchir des défauts méthodologiques des études déjà publiées – manque de puissance des études rétrospectives hospitalières, mauvaise qualité des données des études rétrospectives en population, population très sélectionnée des essais randomisés – il a été décidé que l'étude JUMODA serait une étude prospective, nationale, comparative incluant toutes les femmes enceintes de jumeaux en France sur une période de 1 an. Il est important de garder à l'esprit que le recrutement n'a concerné que les maternités accouchant plus de 1 500 patientes par an et/ou plus de 20 grossesses gémellaires par an.

Entre février 2014 et mars 2015, 8 823 patientes ont été incluses dans l'étude, ce qui représente 75 % des grossesses gémellaires françaises chaque année et plus de 95 % des grossesses gémellaires prises en charge dans des maternités pratiquant plus de 1 500 accouchements par an. Les premiers résultats ont été publiés au mois de juin 2017 [2]. Ils concernent la population des femmes ayant accouché à partir de 32 SA avec un premier fœtus en présentation céphalique (N = 5915). Dans ce groupe de patientes, le taux de césarienne programmée était de 24,6 %

et celui des tentatives de voie basse de 75,4 %. Parmi ces dernières, 16,9 % des patientes ont eu une césarienne pour leurs deux jumeaux, 2,7 % pour J2 seulement et 80,3 % ont accouché de leurs deux enfants par voie basse.

Le critère de jugement principal était une variable composite de mortalité et de morbidité néonatale identique à celle définie dans l'essai randomisé international [10]. Comme cela est figuré dans le **tableau I**, le taux de mortalité et de morbidité néonatale était plus élevé dans le groupe césarienne programmée (5,2 %) que dans le groupe tentative de voie basse (2,2 %). Après ajustement sur les potentiels facteurs de confusion et en particulier sur les pathologies survenues pendant la grossesse, le risque pour l'un des deux enfants de développer un des événements morbides inclus dans le critère composite était plus important dans le groupe césarienne programmée que dans le groupe tentative de voie basse (aOR : 1,85 ; IC 95 % : 1,29-2,67). Les analyses en sous-groupe ont montré que l'augmentation des risques dans le groupe césarienne programmée n'était observée que pour les termes compris entre 32 SA et 37 SA. À partir de 37 SA, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (aOR : 1,10 ; IC 95 % : 0,22-5,47).

Plusieurs remarques peuvent être formulées à la lecture de ces résultats.

>>> Premièrement, lorsque les données sont de qualité car enregistrées prospectivement et que l'analyse est réalisée en intention de voie d'accouchement et non pas en mélangeant les césariennes programmées aux césariennes pendant le travail, à l'inverse de ce qui avait été

	Césarienne programmée	Tentative de voie basse	
Morbidité néonatale			
<i>Twin Birth Study</i> [10]	60/2783 (2,2 %)	52/2782 (1,9 %)	RR 1,16 (0,77-1,74)
JUMODA [2]	150/2908 (5,2 %)	199/8922 (2,2 %)	aOR 1,85 (1,29-2,67)

Tableau I : Comparaison des taux de mortalité et morbidité néonatale dans l'essai randomisé international *Twin Birth Study* et dans l'étude française JUMODA.

POINTS FORTS

- Les grossesses gémellaires représentent 3,6 % des naissances en France.
- Le taux de césarienne chez les grossesses gémellaires est stable depuis 2010, autour de 55 %.
- La tentative de voie basse à partir de 32 SA, lorsque le premier jumeau est en présentation céphalique, n'est pas associée à une augmentation de morbidité néonatale en comparaison à la césarienne programmée.
- La césarienne programmée entre 32 SA et 37 SA, lorsque le premier jumeau est en présentation céphalique, est associée à une augmentation de la morbidité néonatale en comparaison à la tentative de voie basse.
- Il n'existe plus d'obstacle à recommander la tentative de voie basse aux femmes enceintes de jumeaux accouchant à partir de 32 SA avec un premier fœtus en présentation céphalique.

rapporté par toutes les études rétrospectives en population anglo-saxonnes, le taux de mortalité et de morbidité néonatale est plus bas dans le groupe tentative de voie basse que dans le groupe césarienne programmée.

>>> Deuxièmement, il est intéressant de noter qu'alors que la population de l'étude JUMODA n'est pas sélectionnée, que les femmes ayant présenté des pathologies gravidiques n'ont pas été exclues de l'analyse, le taux de morbidité en cas de tentative de voie basse est absolument identique à celui rapporté en cas de césarienne programmée dans l'essai randomisé international dans lequel ces patientes n'avaient pas été incluses. Cela signifie qu'en France, après tentative de voie basse en population générale, les résultats en termes de morbidité néonatale sont identiques à ceux rapportés après une césarienne programmée dans l'essai international en population à bas risque. Ce dernier point souligne probablement l'expertise de l'école obstétricale française dans la sélection des patientes pour la voie basse ainsi que pour la prise en charge de l'accouchement des femmes enceintes de jumeaux.

En conclusion, il n'existe plus d'obstacle à recommander la tentative de voie basse à la grande majorité des patientes enceintes de jumeaux accouchant à partir de 32 SA avec un premier fœtus en présentation céphalique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête nationale périnatale 2016. Accessible à drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_drees_-web.pdf
2. SCHMITZ T, PRUNET C, AZRIA E *et al.* Association Between Planned Cesarean Delivery and Neonatal Mortality and Morbidity in Twin Pregnancies. *Obstet Gynecol*, 2017;129:986-995.
3. FISHMAN A, GRUBB DK, KOVACS BW. Vaginal delivery of the nonvertex second twin. *Am J Obstet Gynecol*, 1993;168:861-864.
4. GRISARU D, FUCHS S, KUPFERMINEC MJ *et al.* Outcome of 306 twin deliveries according to first twin presentation and method of delivery. *Am J Perinatol*, 2000;17:303-307.
5. SCHMITZ T, CARNAVALET C DE C, AZRIA E *et al.* Neonatal outcomes in twin pregnancy according to the planned mode of delivery. *Obstet Gynecol*, 2008;111:695-703.
6. SMITH GC, SHAH I, WHITE IR *et al.* Mode of delivery and the risk of delivery-related perinatal death among twins at term: a retrospective cohort study of 8073 births. *BJOG*, 2005;112:1139-1144.
7. ARMSTRONG BA, O'CONNELL C, PERSAD V *et al.* Determinants of perinatal mortality and serious neonatal morbidity in the second twin. *Obstet Gynecol*, 2006;108:556-564.
8. SMITH GC, FLEMING KM, WHITE IR. Birth order of twins and risk of perinatal death related to delivery in England, Northern Ireland, and Wales, 1994-2003: retrospective cohort study. *BMJ*, 2007;334:576.
9. ROBERTS CL, ALBERT CS, NIPPITA TA *et al.* Association of prelabor cesarean delivery with reduced mortality in twins born near term. *Obstet Gynecol*, 2015;125:103-110.
10. BARRETT JF, HANNAH ME, HUTTON EK *et al.* A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *N Engl J Med*, 2013;369:1295-1305.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.