

TOPO

Pr Sylvie JAILLARD

Cytogénéticienne et biologiste cellulaire, CHU Rennes — « Embryologie des grossesses gémellaires »
(présenté avec Lauren Mastengue, interne de biologie médicale)

09h15 — Grossesses gémellaires

GROSSESSE GÉMELLAIRE MONOCHORIALE BIAMNIOTIQUE

Lauren Mastengue

Interne de biologie médicale

Février 2026



CAS CLINIQUE

Patiente A

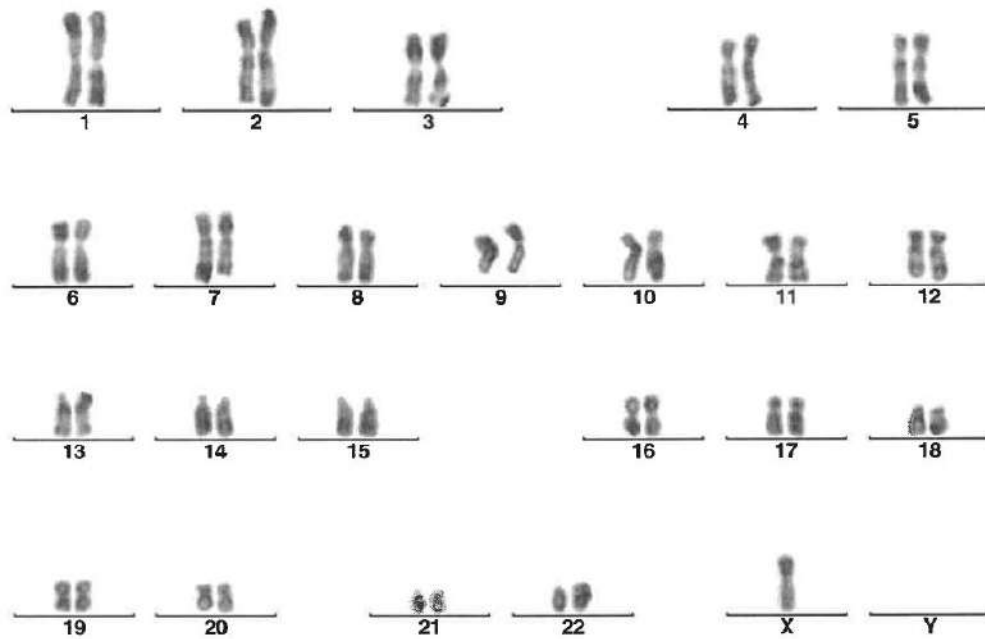
- Femme de 33 ans
- Grossesse gémellaire monochoriale biamniotique
- Echographie T1 : *jumeau 1* avec hygroma kystique, œdème généralisé ; *jumeau 2* sans anomalie

Patiente B

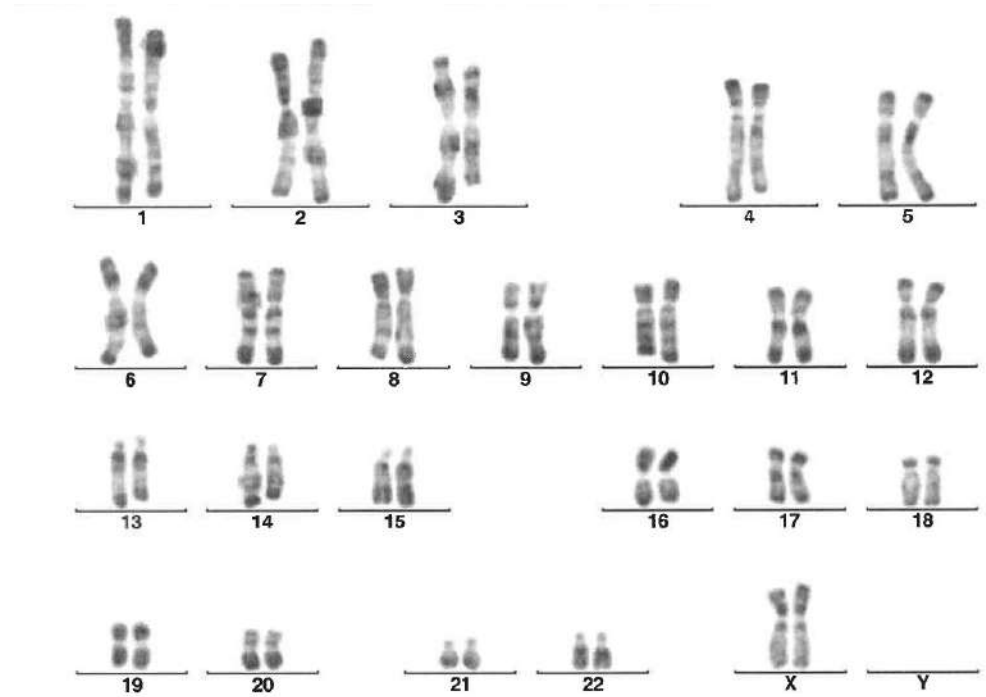
- Femme de 40 ans
 - Grossesse gémellaire monochoriale biamniotique
 - Echographie T1 : *jumeau 1* avec hygroma kystique, œdème généralisé ; *jumeau 2* sans anomalie
-

CARYOTYPE + FISH DES FŒTUS – Patiente A

**Jumeau 1 : 45,X dans toutes les cellules
(93% en FISH)**

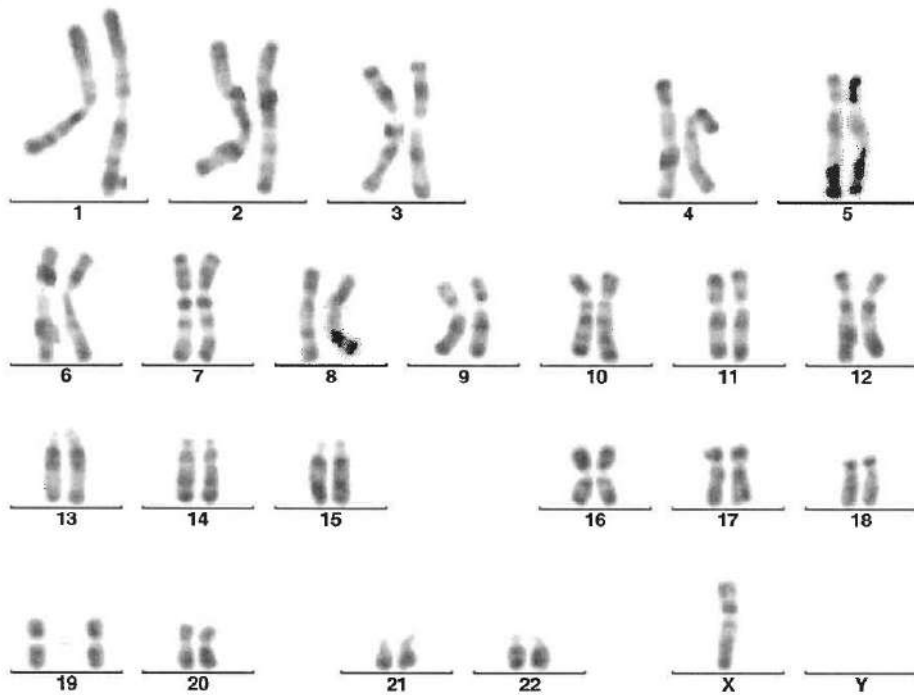


Jumeau 2 : 46,XX dans toutes les cellules

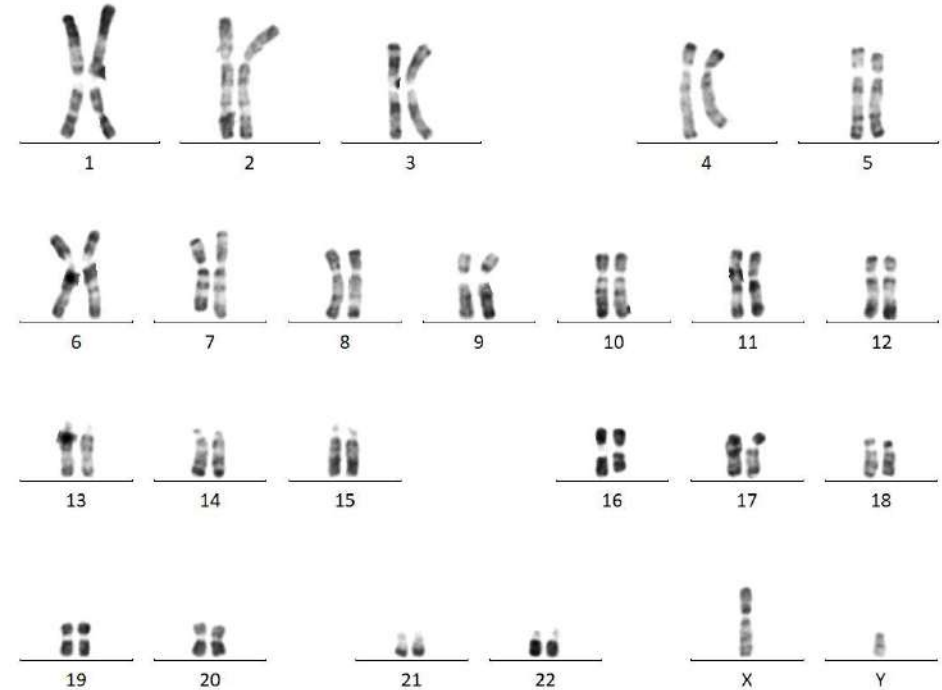


CARYOTYPE + FISH DES FŒTUS – Patiente B

Jumeau 1 : 45,X dans toutes les cellules

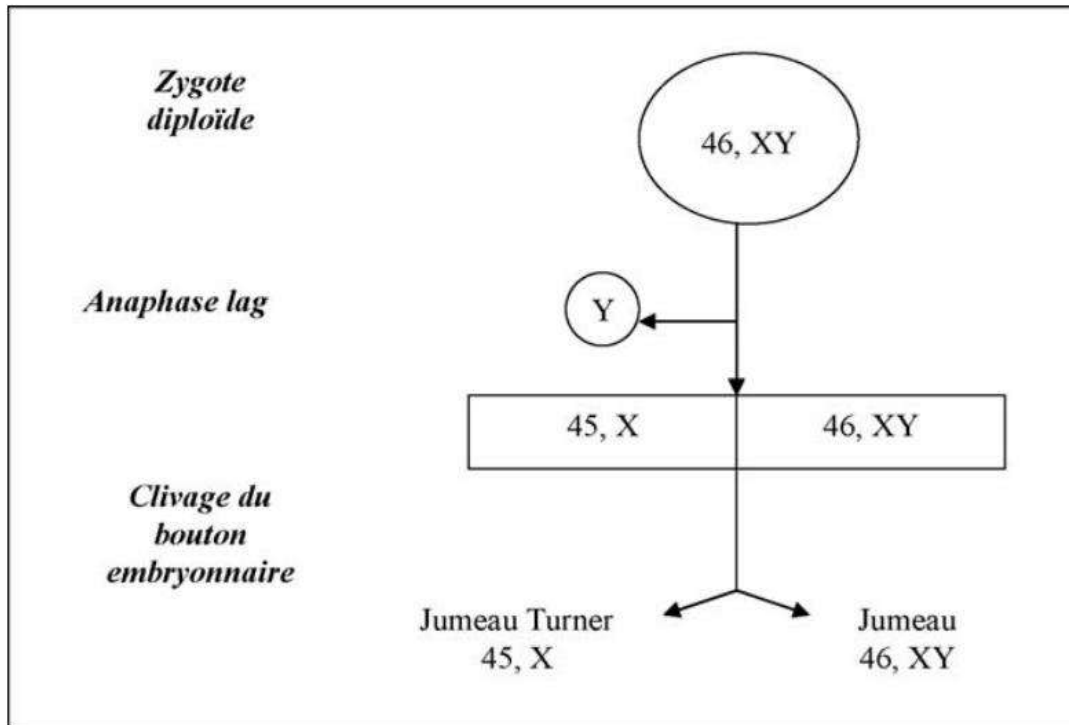


Jumeau 2 : 46,XY dans toutes les cellules

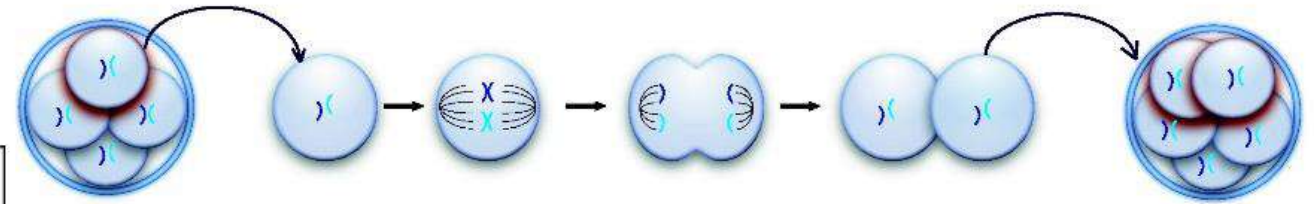


MÉCANISMES – Grossesse gémellaire hétérocaryote

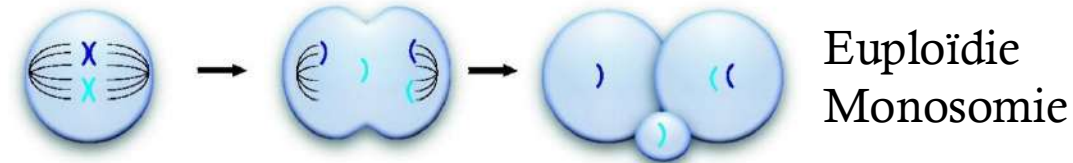
Retard anaphasique (anaphase lag)



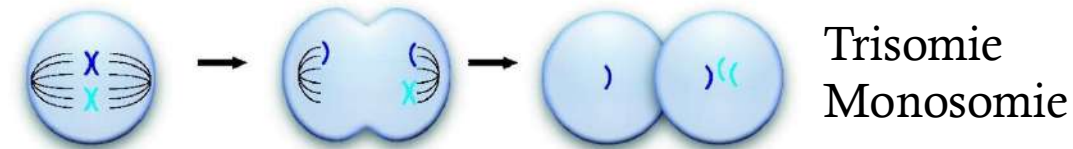
Normal mitosis



Anaphase lag

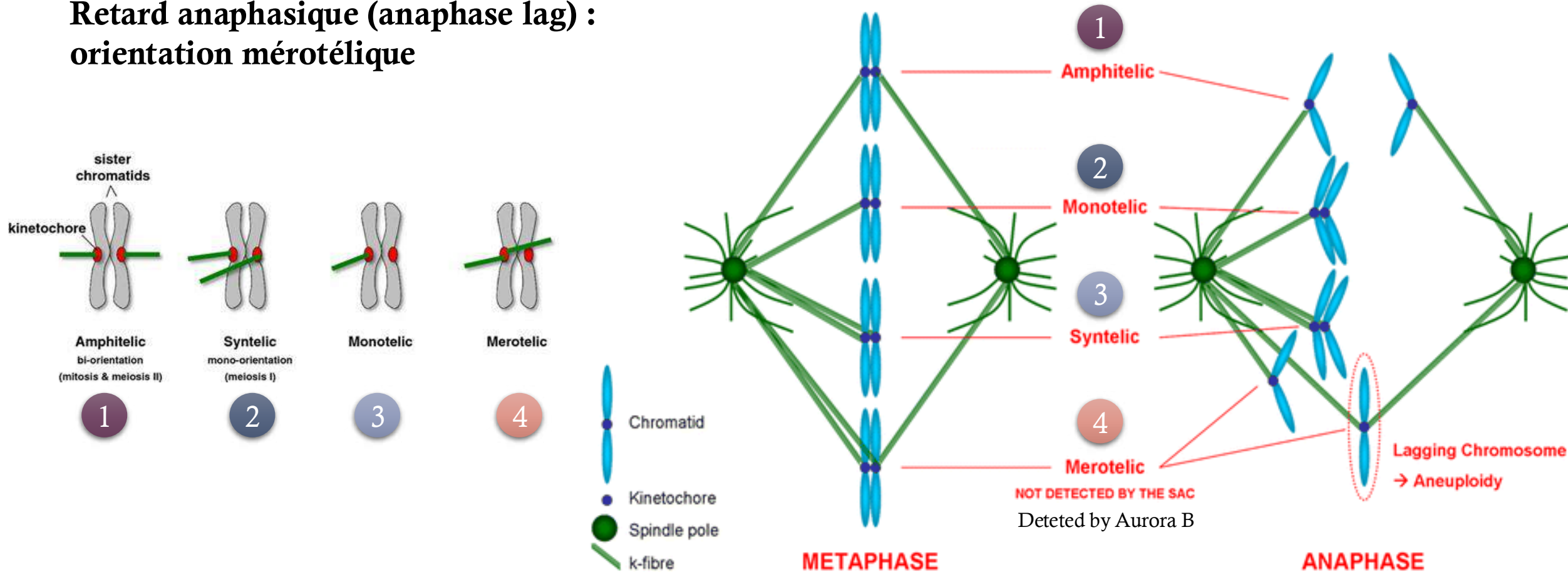


Non disjunction



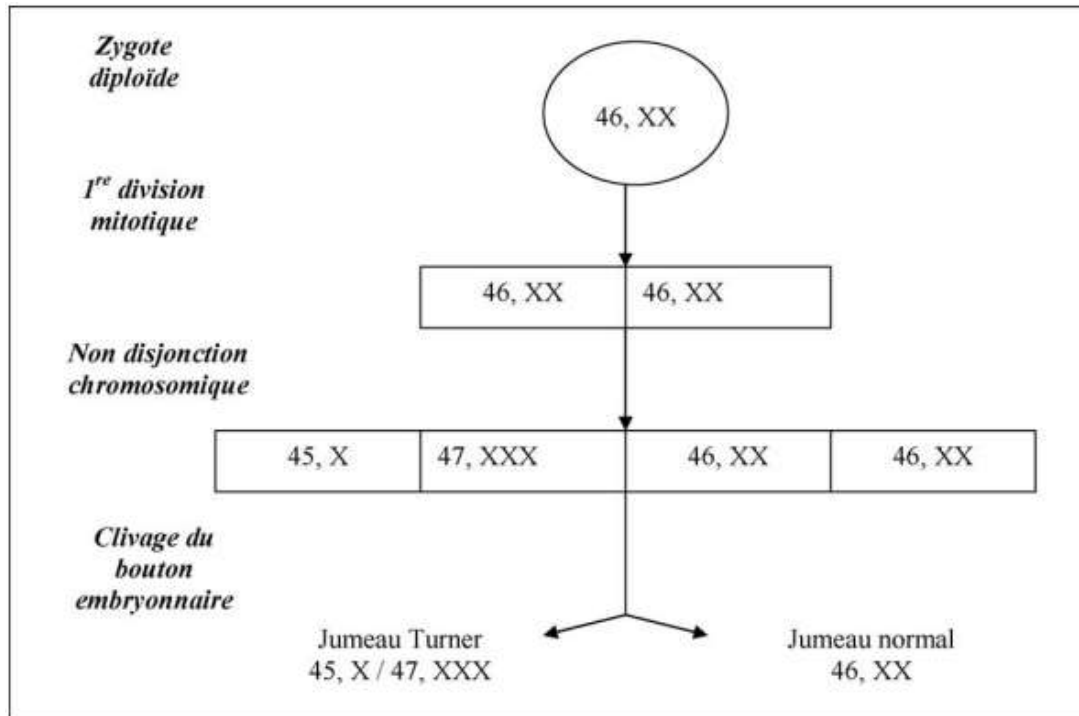
MÉCANISMES – Grossesse gémellaire hétérocaryote

Retard anaphasique (anaphase lag) :
orientation mérotélique

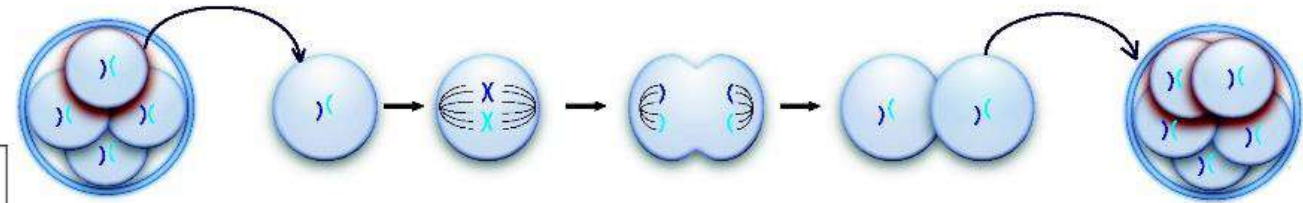


MÉCANISMES – Grossesse gémellaire hétérocaryote

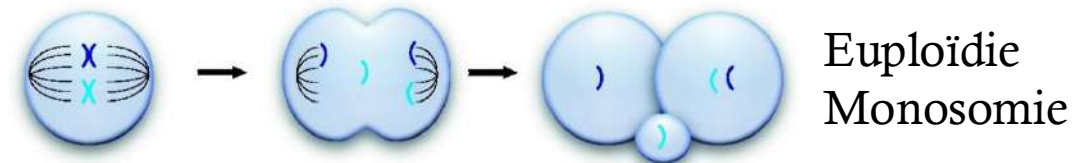
Non-disjonction



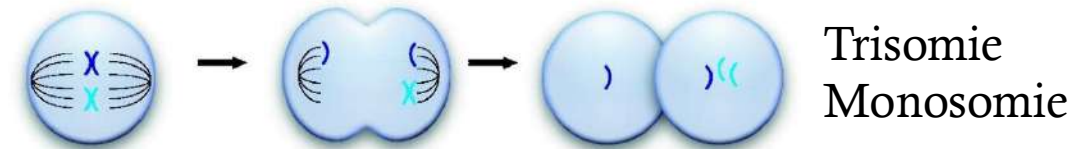
Normal mitosis



Anaphase lag



Non disjunction



DEVENIR DES GROSSESSES

Patiente A

- IMG sélective à 20SA pour hygroma kystique cervical et monosomie X

Patiente B

- IMG sélective à 15SA+3J pour hygroma kystique cervical et monosomie X
-

TOPO

Dr Anne-Sophie CABARET

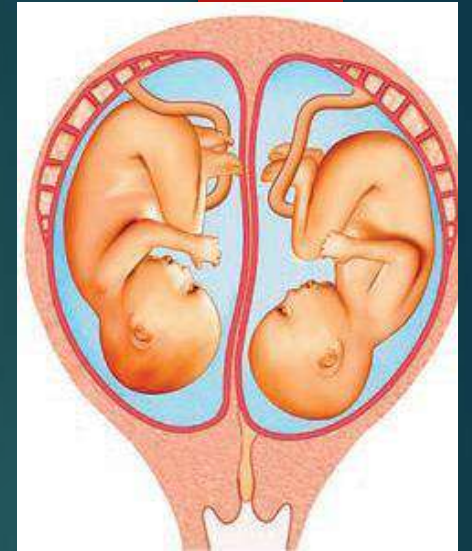
Gynécologue-obstétricienne, CHU Rennes — « Diagnostic échographique au 1er trimestre »
& « Suivi échographique des grossesses gémellaires : recommandations »

09h30 & 10h10 — Grossesses gémellaires

GROSSESSES GEMELLAIRES: SUIVI ECHOGRAPHIQUE



DR AS CABARET-DUFOUR
FÉVRIER 2026



► **Morbimortalité supérieure aux singletons**

- prématurité
- MIU: Gémellaires : x 3 à 7
- RCIU
- Malformations diverses: anomalies cérébrales RR 2,44 / singletons; cardiaques RR 1,47

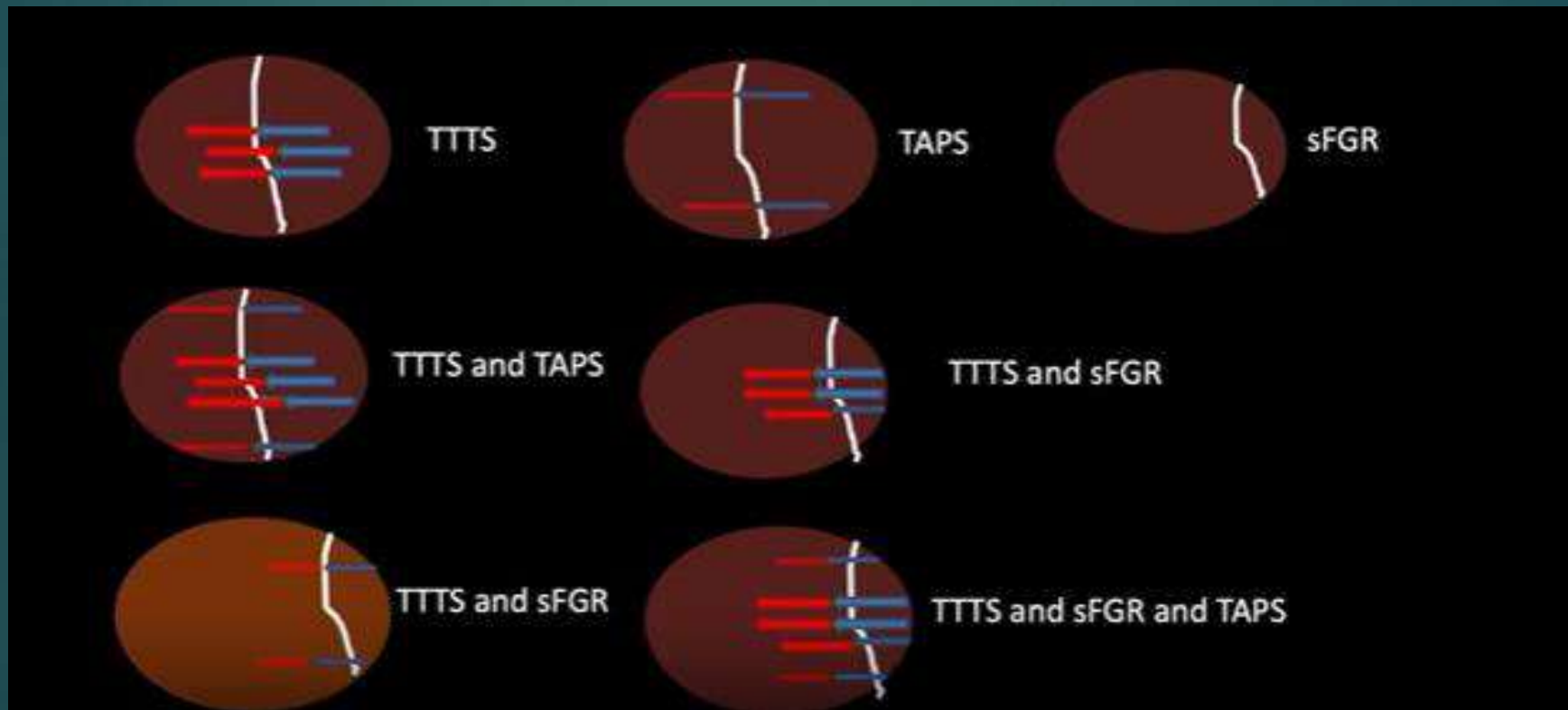
Glinianaia SV, 2008

► **Surtout pour monochoriales:**

- MIU: x 2 à 4 risque des BC
- 10-15% STT
- 3% TAPS spontané
- 15% RCIU
- Malformations : 6.3% versus 3.4% chez BC (RR=1.8); 11.6 à 15% des cas : 2 foetus atteints

Anomalies de croissance chez MC

- Partage placentaire et anastomoses



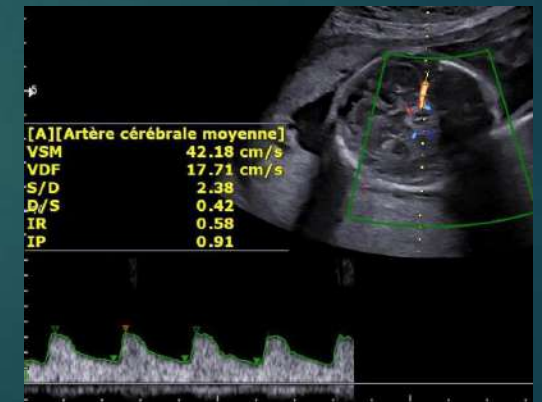
RECOMMANDATIONS CNEOF 2009

► Pour BC:

- Suivi par praticien ayant une bonne connaissance de ce type grossesse, dans une structure adaptée, écho mensuelle pour BC: biométries DO
- À rapprocher si discordance pondérale >20-25%

► pour MC :

- Suivi par un praticien « travaillant en étroite collaboration avec une structure de soin expérimentée dans la prise en charge des grossesses MC et de leurs principales complications »
- En cas de doute ou de complications, avis CPDPN recommandé
- Écho bi-mensuelle à partir de 16SA (ISUOG): LA, cloison, EPF, Doppler ombilical et cérébral



ECHO DU COL

▶ Écho col:

- ▶ Prématurité (<37SA): 44% (RR=8,8)
- ▶ Acc <37SA pour 60% des gémellaires <32SA 12%
- ▶ ISUOG MC BA à 20SA lors de l'écho T2 (seuil 25mm au 2^e trimestre) mais pas de prévention efficace connue
- ▶ Surtout si atcd prématurité

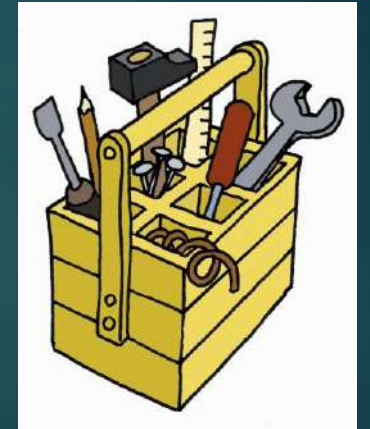
▶ À 22SA

- ▶ Puis tous les mois chez les monochoriales
 - ▶ Longueur en mm, aspect de l'orifice interne
-
- ▶ Prédictif mais non préventif, surtout bonne VPN



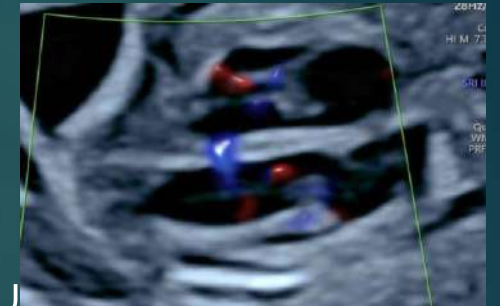
CONSEILS PRATIQUES

- ▶ Au 3^e trimestre: commencer par le jumeau de gauche pour pouvoir poursuivre en DLG
- ▶ Compléter l'examen morphologique d'un examen sur l'autre pour les MC
- ▶ Chercher signe distinctif pour monozygotes (ex: AOU) pour réduire le risque de confusion
- ▶ ACM difficile techniquement en fin de grossesse

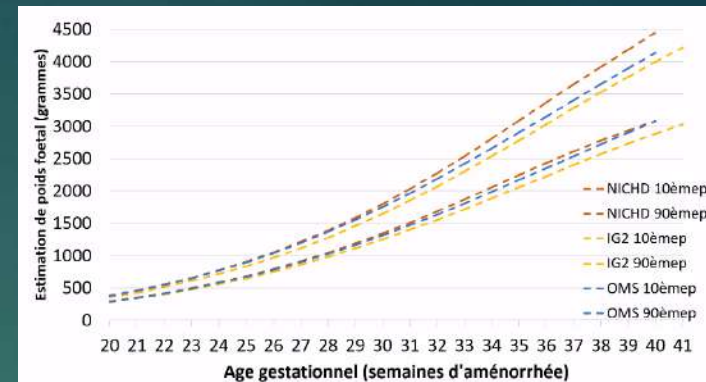


- ▶ Attentif car plus de malformations (6-8%)

- ▶ Monozygotes $\neq$ identiques (variations dans l'expression génique, inactivation de l'X asymétrique, empreinte parentale, accidents vasculaires...)



RCIU



- ▶ 12 à 25% des MC
- ▶ EPF <10^e p ou discordance pondérale >20% (15-25% selon experts)
- ▶ Discordance pondérale = $\frac{\text{EPF max} - \text{EPF min} \times 100}{\text{EPF max}}$
- ▶ Courbes identiques aux singletons
- ▶ Risque MIU augmenté, surtout pour le plus petit fœtus (20%)
- ▶ Risque de séquelles neurologiques (35% pour le plus gros fœtus)
- ▶ RR de double MIU = 7,3

D'Antonio F, Khalil A, Dias T, Thilaganathan B; Southwest Thames Obstetric Research Collaborative (STORK). Weight discordance and perinatal mortality in twins: analysis of the Southwest Thames Obstetric Research Collaborative (STORK) multiple pregnancy cohort. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 643–648

STT en quelques mots

- ▶ 15% des MC-BA
- ▶ Pic de fréquence vers 20SA
- ▶ **Urgent** (faire écho de col)
- ▶ Avis de centre spécialisé (foetoscopie laser)
- ▶ **Grave**: mortalité spontanée 90%
tous stades , sans traitement, <28SA:
survie 27%, complications neurologiques 25%

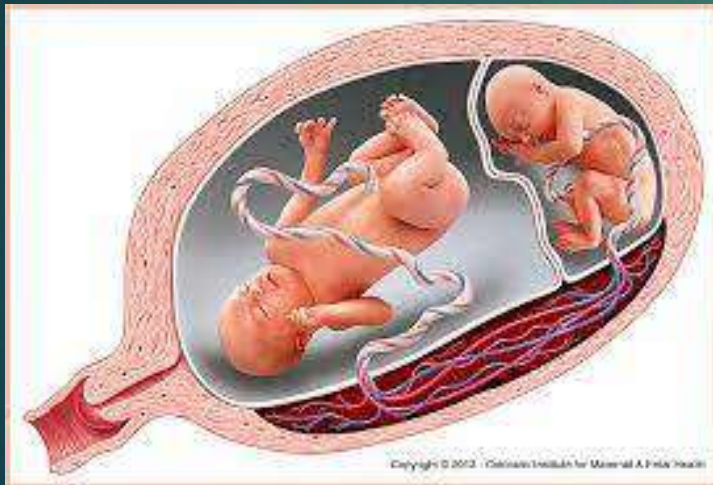


▶ Dr Loget

- ▶ **Discordance de liquide et de taille de vessie** permet le diagnostic :
 - ▶ Donneur : oligoamnios GC < 2cm
 - ▶ Receveur: hydramnios: GC $\geq$ 8cm avant 20SA et $\geq$ 10cm après 20SA



- Classification de Quintero, bien que discutée, reste utilisée



Classification de Quintero

Stades	Signes échographiques
I	Oligoamnios (PGC <2cm) et hydramnios (PGC >8cm avant 20SA et >10cm après 20SA) – vessie visible chez le donneur
II	Vessie non visible chez le donneur
III	Anomalies d'au moins un indice Doppler : diastole nulle ou <i>reverse flow</i> du Doppler ombilical du donneur (stade III « Donneur ») et/ou diastole nulle ou <i>reverse flow</i> du DV du receveur (stade III « Receveur »).
IV	Épanchement péricardique, pleural, péritonéal voire anasarque du receveur.
V	Décès d'un fœtus

▶ **Diagnostic différentiel :**

- ▶ RCIU (pas d'hydramnios chez le co-jumeau)
- ▶ Malformation foétale induisant oligoamnios / hydramnios
- ▶ RPM avec oligoamnios

▶ **Sévérité:**

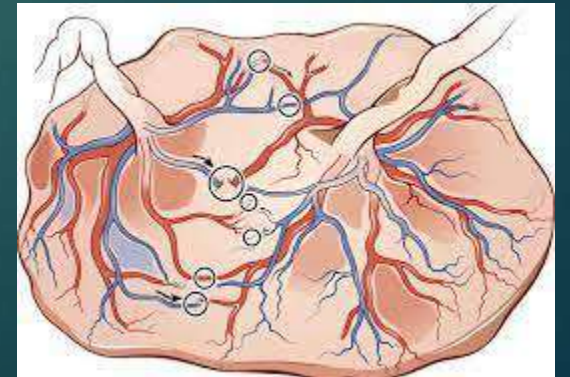
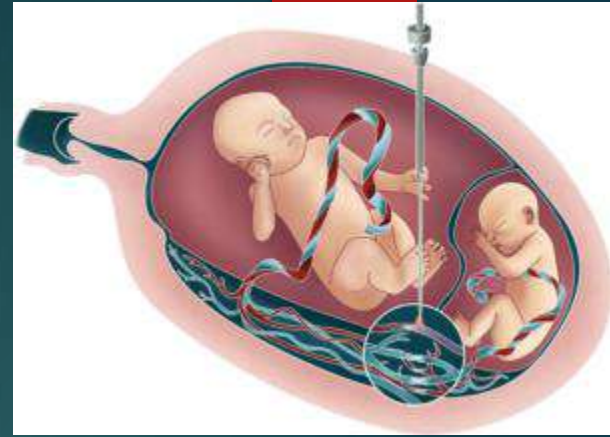
- ▶ Terme (précoce <18SA)
- ▶ Stade Quintero
- ▶ RCIU associé
- ▶ AG extrêmes pour la réalisation du laser
- ▶ Col court avec foetoscopie
- ▶ Comorbidités foétales et maternelles

► **Foetosopcie-laser** = traitement de référence entre 18 et 26SA:

- Coagulation des anastomoses placentaires pour séparer les 2 circulations foétales
- Technique de Salomon: coagulation de tout l'équateur vasculaire

► **Surveillance post-traitement:**

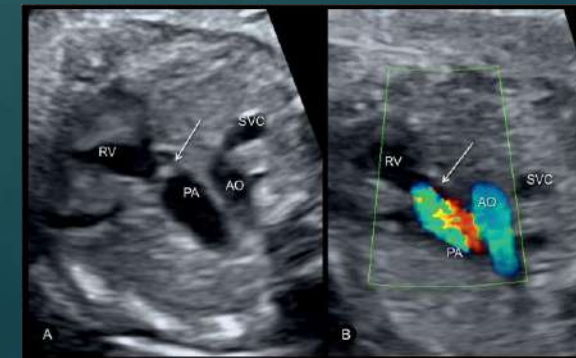
- En lien avec le centre de référence
- IRM 32SA
- Naissance entre 34 et 37SA



COEUR et STT



- ▶ pour le receveur (70%)
 - ▶ Déséquilibre biochimique (système RAA)
 - ▶ risque d'insuffisance cardiaque → MIU
 - ▶ Dilatation ventriculaire, hypertrophie myocardique, prédominant sur le VD
 - ▶ Insuffisance tricuspide ou mitrale
 - ▶ Bilan pré et post-foetoscopie
 - ▶ Séquelle possible (pouvant apparaître secondairement) : sténose/atrésie pulmonaire
- ▶ pour le donneur: surrisque de coarctation aortique (hypovolémie → répercussion sur le développement aortique)



Coœur et STT

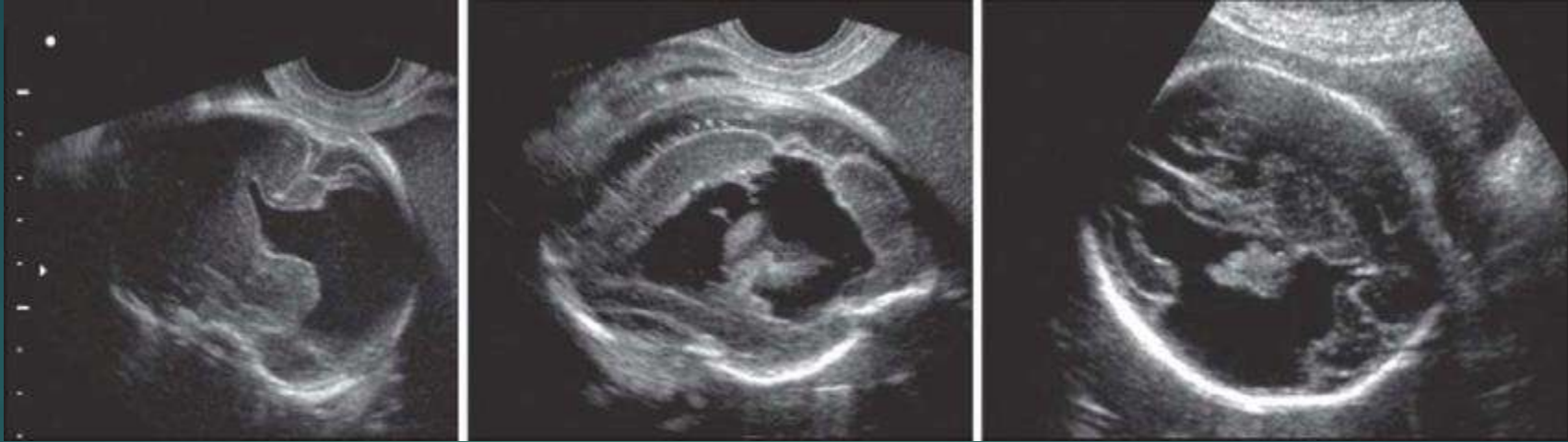
- ▶ Risque de cardiopathie majoré si STT précoce ou grave
- ▶ Receveur > donneur (OR 3,9)
- ▶ Diminué pour le receveur si FL faite plus de 2 mois avant la naissance
- ▶ Risque post-natal d'HTAP (3-4% des receveurs) et HTA (receveurs > donneurs)

CERVEAU et STT

- ▶ Si MIU: hypovolémie → lésions ischémiques cérébrales chez le survivant
- ▶ Receveur: polycythémie et stase veineuse
- ▶ Donneur: anémie et hypotension
- ▶ mécanismes ischémiques et hémorragiques intriqués
- ▶ Impact de la prématurité et de l'insuffisance placentaire associées
- ▶ Post laser 9% cerebral palsy
- ▶ 10% séquelles neuro de gravité variable

Lenclen R, Ciarlo G, Paupe A, et al. Neurodevelopmental outcome at 2 years in children born preterm treated by amnioreduction or fetoscopic laser surgery for twin-to-twin transfusion syndrome: comparison with dichorionic twins. Am J Obstet Gynecol 2009;201(3):291.e1-5.

Lopriore E, Ortibus E, Acosta-Rojas R, et al. Risk factors for neurodevelopment impairment in twin-twin transfusion syndrome treated with fetoscopic laser surgery. Obstet Gynecol 2009;113(2 Pt 1):361-366.



- ▶ Calcifications périventriculaires et thalamo-striées
- ▶ Ventriculomégalie
- ▶ Porencéphalie
- ▶ Agénésie septale
- ▶ Kystes paraventriculaires frontaux et pseudo-kystes sous-épendymaires
- ▶ Mauvaise croissance du Périmètre Crânien
- ▶ IRM : meilleure résolution (leucomalacie, porencéphalie, polymicrogyrie...)

REIN ET STT

- ▶ Déséquilibre biochimique (SRAA): risque de néphropathie (dysgénésie tubulaire rénale avec réduction de masse néphronique):
- ▶ Risque d'insuffisance rénale néonatale : donneur 11-54% / receveur 5% avec risque d'insuffisance rénale chronique
- ▶ Majoré par la prématurité
- ▶ Réduite par le laser

PNDS STT

- ▶ Protocole National Diagnostic et de Soins (PNDS) février 2025
- ▶ Centre de Référence (Necker) et Centres de Compétence Pathologies rares liées au placenta des grossesses monochoriales (PaRaDiGM)
- ▶ Coordonnateurs Dr C.Colmant, Pr Y.Ville, Dr AS Weingertner
- ▶ Selon la méthode proposée par la HAS



AnDDI-Rares

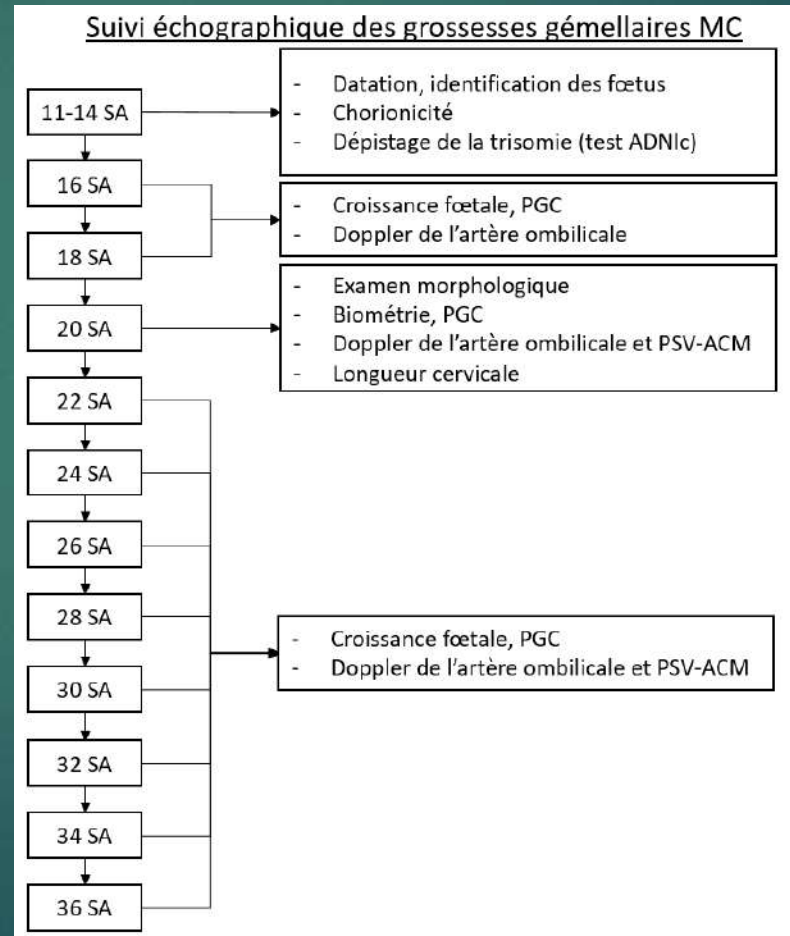
Filière de Santé Anomalies du Développement avec ou sans Déficience Intellectuelle de causes Rares

PNDS STT

- ▶ Épidémiologie
 - ▶ Diagnostic
 - ▶ Accompagnement des couples
 - ▶ Prise en charge thérapeutique
 - ▶ Suivi post-natal
- ▶ Annexes:
 - ▶ Modalités de suivi d'une grossesse monochoriale
 - ▶ Schéma foetoscopie laser pour le traitement du STT
 - ▶ Facteurs de risque de troubles du neurodéveloppement
 - ▶ Liste des participants
 - ▶ Liste et coordonnées des centres de référence, compétence, et des associations de patients
 - ▶ Références bibliographiques

PNDS: Modalités de suivi d'une grossesse monochoriale

► Selon ISUOG



PNDS

Association de patients :

- Jumeaux et plus : <https://www.jumeaux-et-plus.fr/>
- Association française des grossesses monochoriales : asso_afgm@hotmail.com
- SOS préma : <https://www.sosprema.com/>
- Association pour l'Allaitement Des Jumeaux et plus : association@allaitement-jumeaux.com
- Deuil périnatal, SPAMA : <https://association-spama.com>

FICHES INFO PATIENTES CNGOF (2024)

C N G O F

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

LES GROSSESSES GEMELLAIRES MONOCHORIALES

Tampon du médecin

Madame
Date de remise de la fiche :

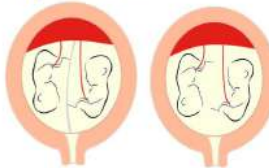
Le présent document a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les événements spécifiques les plus fréquents pouvant compliquer une grossesse gémellaire monochoriale et les particularités du suivi de ces grossesses.

Il est toutefois important de rappeler que la grande majorité des grossesses monochoriales biamniotiques se dérouleront sans problème.

Introduction

Les grossesses gémellaires monochoriales (de mono: un seul et chorion: placenta) sont caractérisées par la présence de deux fœtus partageant le même placenta. Tous les enfants issus de grossesses monochoriales sont donc de « vrais » jumeaux.

La très grande majorité des grossesses gémellaires monochoriales sont biamniotiques (amnios : poche des eaux) car il existe deux poches distinctes. Beaucoup plus rarement ces grossesses monochoriales sont monoamniotiques (les deux fœtus cohabitent dans la même poche). Une grossesse monochoriale est un événement rare dont la fréquence est seulement de 3 pour mille grossesses environ.

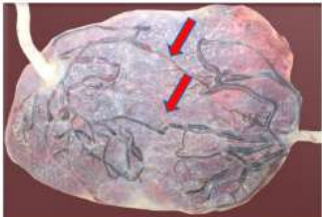


Quelles sont les complications spécifiques des grossesses monochoriales ?

La plupart des complications spécifiques des grossesses monochoriales sont liées au fait que les deux jumeaux partagent le même placenta, sur lequel s'insèrent les deux cordons ombilicaux. Dans tous les cas, ces complications sont issues de particularités au moment de la formation du placenta, qui a lieu au cours du premier mois de grossesse. Elles ne sont donc jamais liées à vos habitudes de vie ou d'alimentation.

L'une des complications les plus fréquentes (environ 15 % des grossesses monochoriales biamniotiques) est le syndrome de transfusion placentaire.

Sur la photo ci-dessous, les flèches montrent des petites lignes à la surface du placenta. Elles relient les deux cordons ombilicaux. On les appelle des « anastomoses » et sont toujours présentes dans les grossesses monochoriales. Elles servent de connexion entre les vaisseaux du placenta.



Dans 15 à 20% des cas, ces anastomoses vont entraîner un déséquilibre circulatoire, en provoquant des échanges sanguins entre les deux fœtus. Un des fœtus devient le « donneur » et l'autre, le « receveur ».

En fonction de la taille, du type, de la localisation et du nombre des anastomoses, le déséquilibre se manifestera par une différence dans la quantité de liquide amniotique : c'est le cas le plus fréquent, que l'on appelle le syndrome transfuseur-transfusé classique ou STT. Plus rarement, il peut se produire un déséquilibre de la quantité de globules rouges, que l'on appelle la séquence anémie-polycythémie ou TAPS. On peut dépister ce problème en mesurant, grâce au Doppler, la vitesse du flux sanguin dans le cerveau des fœtus.

Bien sûr, quand ces situations apparaissent, la grossesse est très surveillée et certains traitements peuvent être utilisés selon l'âge de la grossesse, les symptômes et la gravité de la situation. On peut coaguler les anastomoses du placenta grâce à la 'foetoscopie-laser', réduire la quantité de liquide amniotique (amniodrainage), et si besoin, programmer la naissance plus tôt que prévu. Parfois, on est amené à faire, sur un des fœtus, un geste d'arrêt de vie : il s'agit alors d'une interruption sélective de grossesse pour ne pas risquer de perdre les deux fœtus.

L'équipe qui suit votre grossesse pourra si nécessaire vous adresser à un centre de référence pour une éventuelle prise en charge spécialisée.

D'autres complications peuvent survenir.

Elles sont représentées par le retard de croissance intra-utérin d'un des deux fœtus, un entremêlement des cordons ombilicaux en cas de grossesse gémellaire monoamniotique, ou encore le décès inattendu d'un des deux jumeaux.

Ces complications nécessitent une surveillance, voire une prise en charge spécifique. Vous pourrez en discuter avec votre médecin.

Comment doit être suivie votre grossesse monochoriale?

En raison du risque de complications et/ou de prématurité de ces grossesses, une surveillance spécialisée est recommandée. Elle consiste en une surveillance échographique orientée TOUS LES 15 JOURS.

Quels signes doivent vous alerter, vous faire consulter?

Même si la surveillance classique des grossesses gémellaires monochoriales est rapprochée, un des signes suivants doit vous inciter à consulter entre 2 RDV :

- une augmentation rapide du volume de votre ventre,
- des difficultés à respirer,
- une prise de poids rapide,
- la présence de contractions utérines douloureuses,
- la diminution des mouvements d'un ou des fœtus.

Pour en savoir plus:

www.jumeaux-et-plus.fr

www.ciame.net

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous sembleraient utiles, oralement ou par écrit.

FICHES INFO PATIENTES CNGOF (2024)

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

Traitement par foetoscopie laser du syndrome transfuseur transfusé

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

Votre médecin vous a proposé une prise en charge d'un syndrome transfuseur-transfusé. Le présent document a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de cette prise en charge.

Qu'est-ce qu'un syndrome transfuseur transfusé ?

Les grossesses gémellaires monochoriales peuvent se compliquer dans 15 à 20% des cas d'un syndrome transfuseur-transfusé (STT). Il s'agit d'un transfert de fluide d'un des jumeaux (le donneur) vers l'autre (le receveur) à travers des connexions vasculaires (anastomoses) qui font communiquer les circulations sanguines des deux jumeaux.

La masse sanguine du fœtus donneur va diminuer, on dit qu'il devient hypovolémique. Il va alors diminuer sa production d'urine (vessie pas ou peu visible). Sa poche devient de plus en plus petite, contenant peu ou pas de liquide amniotique (oligoamnios ou anamnios). La masse sanguine du fœtus receveur va au contraire augmenter, provoquant une surcharge liquidienne ou hypervolémie, qu'il va essayer de compenser en produisant beaucoup d'urine (vessie augmentée de taille). Ceci explique la quantité parfois importante de liquide amniotique dans sa poche (hydramnios). A un stade plus avancé de la maladie, le fœtus receveur peut présenter une insuffisance cardiaque.

Le STT est une complication grave des grossesses monochoriales : en l'absence de traitement, la grossesse va s'interrompre dans la très grande majorité des cas, soit à cause du décès de l'un ou des deux jumeaux ou en raison d'un accouchement spontané ou d'une fausse couche tardive.

Il existe une autre complication plus rare (3 à 5% des cas) : le TAPS (séquence fœtus anémique et fœtus polycythémique). Dans cette situation, ce ne sont pas les liquides amniotiques qui sont en déséquilibre, mais les quantités d'hémoglobine des fœtus.

Quels sont les symptômes ?

Dans le cas du STT, les symptômes observés peuvent être des contractions utérines douloureuses, une gêne respiratoire ou un utérus ayant rapidement augmenté de volume à l'origine d'un inconfort maternel. Ceci est lié à l'excès de liquide amniotique chez le fœtus receveur.

Le diagnostic échographique est bien maîtrisé et correspond à des critères stricts : différence nette de quantité de liquide amniotique, de taille des vessies des fœtus, présence d'anomalies dans les flux sanguins fœtaux (examen par Doppler).

Dans le TAPS, il n'y a pratiquement aucun symptôme maternel, le diagnostic ne peut se faire qu'avec l'échographie et le Doppler à la recherche de signes d'anémie (manque de globules rouges) chez un jumeau et d'excès de globules rouges chez l'autre.

Prise en charge interventionnelle

La prise en charge de ces complications est souvent une urgence obstétricale qui impose une intervention rapide après le diagnostic.

L'objectif est d'améliorer les chances de survie des fœtus. Le traitement de référence est la coagulation à l'aide d'une fibre laser de ces anastomoses en foetoscopie. Le principe est de rendre indépendantes les circulations des deux fœtus et de faire en sorte que chaque fœtus ait son propre territoire placentaire (Figures 1 et 2). D'autres types de prise en charge peuvent vous être proposés pour le TAPS.



Figure 1 : Foetoscopie pour STT



Figure 2 : Aspect placentaire avant et après coagulation au laser.

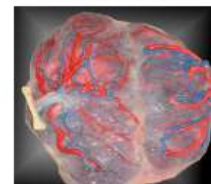


Figure 3 : Placenta après traitement complet au laser

Déroulement de l'hospitalisation :

Vous serez hospitalisée la veille ou le jour de l'intervention. La présence de votre conjoint est le plus souvent possible et à discuter avec l'équipe qui vous prend en charge.

Le traitement se déroule le plus souvent sous anesthésie locale ou locorégionale (péridurale ou rachianesthésie), au bloc opératoire.

L'intervention dure habituellement moins d'une heure. Le foetoscope est introduit à l'aide d'un guide (trocart) dans la poche amniotique du fœtus receveur afin de visualiser puis de coaguler les anastomoses entre les 2 cordons à l'aide d'une très fine fibre laser.

En fin de geste, le liquide amniotique en excès est le plus souvent évacué par le trocart afin de retrouver un volume amniotique et utérin normal.

votre hospitalisation devrait durer 1 à 2 jours. Un contrôle échographique est effectué le lendemain du geste et parfois le surlendemain.

La poursuite de la grossesse pourra nécessiter une adaptation de votre activité. Il faudra en discuter avec votre médecin. Un

contrôle est effectué chez votre médecin de manière hebdomadaire au début puis tous les 15 jours. La suite de la prise en charge et l'organisation de la naissance dépendront de l'évolution de votre grossesse.

Un examen du placenta sera demandé la plupart du temps après l'accouchement.

Quels sont les risques du traitement ?

Le traitement des STT par Laser n'est pas toujours efficace et des complications parfois sévères peuvent arriver.

En cas de STT, le taux de survie générale après traitement des 2 fœtus est d'environ 70%, il y aura au moins un survivant dans 85% des cas. Le plus souvent le taux de survie diminue lorsque la gravité de la situation augmente.

La complication la plus fréquente est la rupture prématurée des membranes, survenant dans 15 – 20 % des cas. Elle peut se compliquer d'une fausse couche tardive ou d'un accouchement parfois très prématuré. Dans un petit nombre de cas, un bébé peut connaître des problèmes de neurodéveloppement, à cause du STT lui-même ou de la naissance prématurée. Mais un suivi postnatal adapté de ces enfants, par des équipes spécialisées, est proposé aux parents concernés.

Rarement, une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire en cas de récurrence du STT ou de survenue d'un TAPS dans les suites opératoires.

Remarque :

Dans certaines situations rares, un traitement par laser n'est pas possible ou pas indiqué. D'autres types d'interventions comme un amniodrainage, ou plus rarement une interruption sélective de grossesse, en cas de situation critique, peuvent être discutées.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous semblent utiles.

TAPS: Twin Anemia Polycythemia Sequence

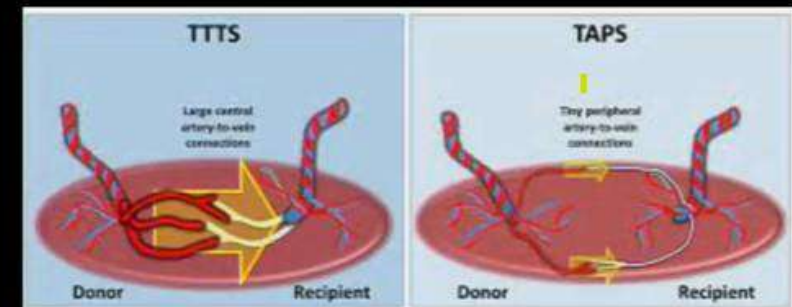
- ▶ Discordance des vitesses ACM : donneur $>1,5$ et receveur <1 MoM (et différence $>0,5$ MoM)

(post-natal: différence d'hémoglobine de 8g/dl)

- ▶ Spontané 5%; après laser pour STT jusqu'à 13%
- ▶ Dû à des micro anastomoses artério-veineuses entre donneur et receveur → transfusion chronique à bas débit → anémie et polycytémie

(sans discordances de liquide)

(Twin Anemia Polycythemia Sequence)



- A chronic form of feto-fetal transfusion
- Can be spontaneous (2-5%) or after laser (2-13%)

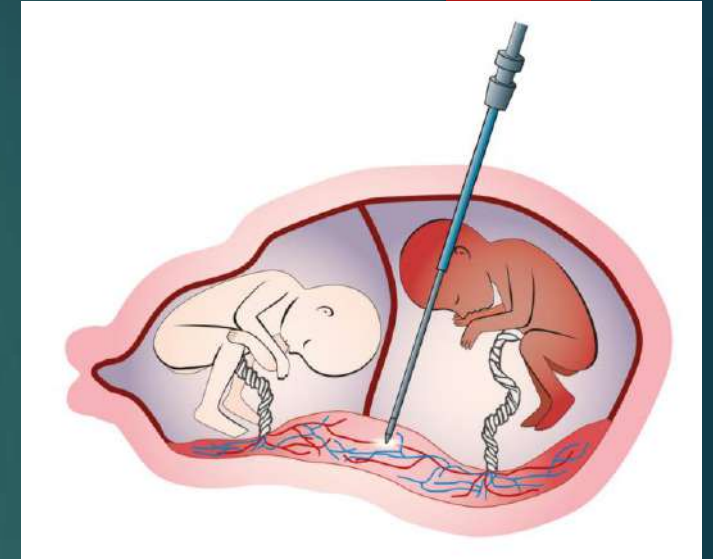
TAPS

- ▶ Aspect placentaire: épais et échogène en regard du donneur, fin et hypoéchogène en regard du receveur



TAPS

- ▶ Évolution variable, risque de MIU des 2 foetus
- ▶ Gravité variable:
 - ▶ Anasarque, cardiomégalie
 - ▶ MIU
 - ▶ Atteinte neuro
- ▶ PEC individualisée (gravité, terme) : laser / TIU/ Naissance et PEC pédiatrique, ou expectative
- ▶ TAPS spontané: meilleur pronostic (morbi-mortalité moindre)



Perinatal outcome of pregnancy complicated by twin anemia-polycythemia sequence: systematic review and meta-analysis.. Giorgione V, et al. UOG 2021 Dec;58(6):813-823.

MIU D'UN JUMEAU

- ▶ 5% des grossesses gémellaires
- ▶ BC: pas de conséquence hémodynamique pour le survivant, risque de prématurité
- ▶ MC: risque de MIU 12% et d'anomalies neuro 18% (choc hypovolémique), risque de prématurité
- ▶ Suivi écho renforcé et IRM cérébrale fœtale à 32SA
- ▶ Déclenchement à 39SA et suivi psycho

GROSSESSES MONOAMNIOTIQUES

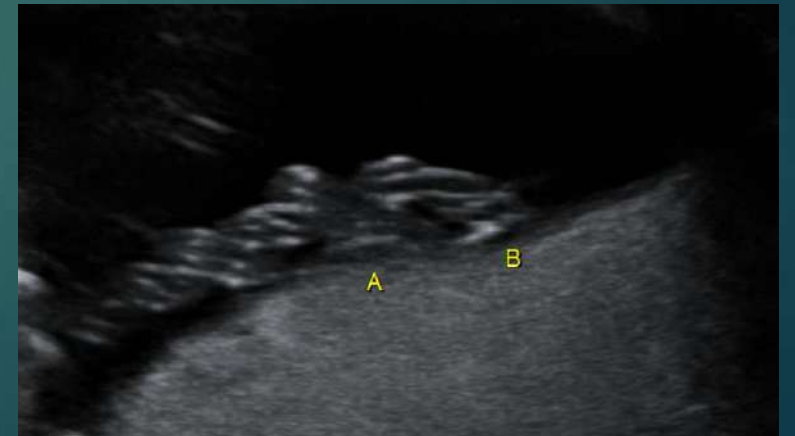
Pronostic:

- ▶ Taux élevé d'avortement spontané <16SA
- ▶ Risque de MIU majoré
- ▶ STT 6%
- ▶ malformations
- ▶ Enroulement des cordons systématique, sans preuve d'un lien avec morbi-mortalité

Van Mieghem T, De Heus R, Lewi L, Klaritsch P, Kollmann M, Baud D, Vial Y, Shah PS, Ranzini AC, Mason L, Raio L, Lachat R, Barrett J, Khorsand V, Windrim R, Ryan G. Prenatal management

STT et MC MA

- ▶ STT possible, situation rare, et de diagnostic difficile (hydramnios, vessies asymétriques)
- ▶ FL plus complexe car insertions de cordons proches, plus de risque de double MIU
- ▶ CNGOF 2009: suivi en étroite collaboration avec maternité de niveau III



- ▶ Suivi:
- ▶ Écho / 2 semaines
- ▶ Suivi renforcé à partir de 25-28SA (+/- hospitalisation) en maternité de niveau III
- ▶ Césarienne vers 34SA
- ▶ Survie 90% en l'absence de malformation



► Merci



TOPO

Dr Erika LAUNAY

Cytogénéticienne et biologiste cellulaire, CHU Rennes — « DPNI et grossesses multiples »

09h50 — Grossesses gémellaires

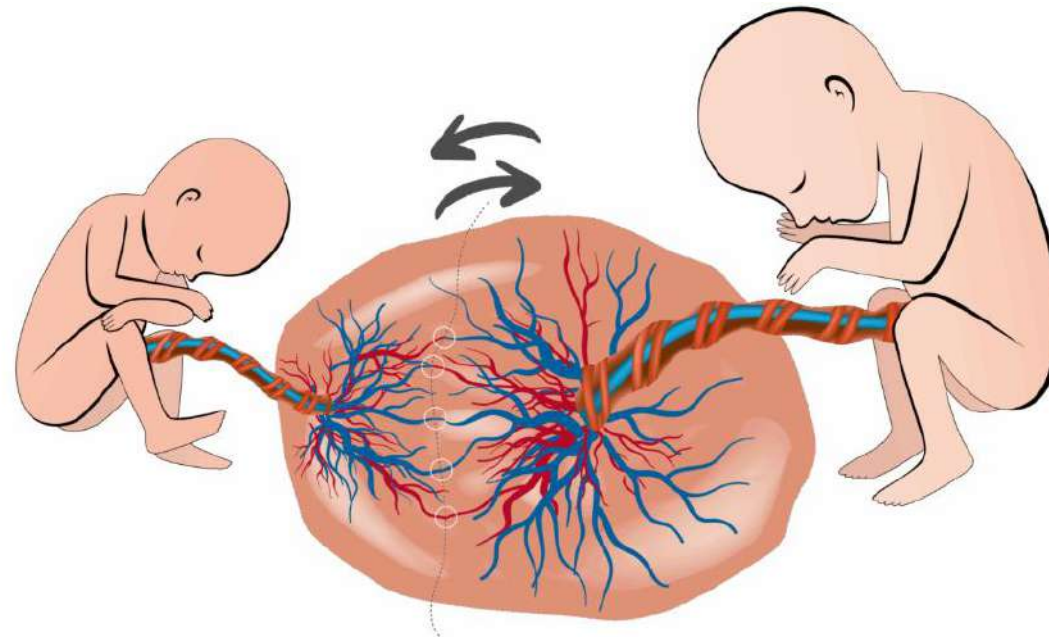
TOPO

Dr Maela LE LOUS

Gynécologue Obstétricienne, MCU-PH, CHU Rennes — « Que faire en cas de RCIU ou de discordance de croissance ? »

11h00-11h30 — Grossesses gémellaires

Le RCIU sélectif



**Grossesses
gémellaires
2%**

Bichoriales 70%

RCIU
sélectif
26%

**Monochoriales
30%**

RCIU
sélectif
15-46%

STT
10%

TAPS
5%

Identifier la chorionicité Informers les couples

- Le diagnostic de chorionicité et d'amnionité doit être réalisé le plus tôt possible avant 14 semaines d'aménorrhée (SA).
- Datation sur le plus grand fœtus CNEOF 2023
- Les fœtus doivent être clairement identifiés, **nommés A et B**, en spécifiant leur position et leur insertion cordonale
- Suite à ce diagnostic, une information sur le suivi et le risque de complications (STT, TAPS, RCIU sélectif) doit être prodiguée.



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

LES GROSSESSES GEMELLAIRES MONOCHORIALES

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

Le présent document a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les événements spécifiques les plus fréquents pouvant compliquer une grossesse gémellaire monochoriale et les particularités du suivi de ces grossesses.

Il est toutefois important de rappeler que la grande majorité des grossesses monochoriales **biamniotiques** se dérouleront sans problème.

Introduction

Les grossesses gémellaires monochoriales (de mono : un seul et chorion : placenta) sont caractérisées par la présence de deux fœtus partageant le même placenta. Tous les enfants issus de grossesses monochoriales sont donc de « vrais » jumeaux.

La très grande majorité des grossesses gémellaires monochoriales sont **biamniotiques** (amnios : poche des eaux) car il existe deux poches distinctes. Beaucoup plus rarement ces grossesses monochoriales sont **monoamniotiques** (les deux fœtus cohabitent dans la même poche). Une grossesse monochoriale est un événement rare dont la fréquence est seulement de 3 pour mille grossesses environ.

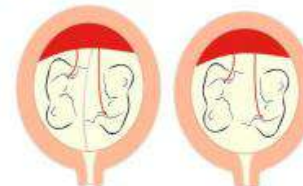


Figure 1: Grossesse monochoriale biamniotique à gauche et grossesse monochoriale monoamniotique à droite

Quelles sont les complications spécifiques des grossesses monochoriales ?

La plupart des complications spécifiques des grossesses monochoriales sont liées au fait que les deux jumeaux partagent le même placenta, sur lequel s'insèrent les deux cordons ombilicaux. Dans tous les cas, ces complications sont issues de particularités au moment de la formation du placenta, qui a lieu au cours du premier mois de grossesse. **Elles ne sont donc jamais liées à vos habitudes de vie ou d'alimentation.**

L'une des complications les plus fréquentes (environ 15 % des grossesses monochoriales biamniotiques) est le syndrome de transfusion placentaire.

Sur la photo ci-dessous, les flèches montrent des petites lignes à la surface du placenta. Elles relient les deux cordons ombilicaux. On les appelle des « anastomoses » et sont toujours présentes dans les grossesses monochoriales. Elles servent de connexion entre les vaisseaux du placenta.

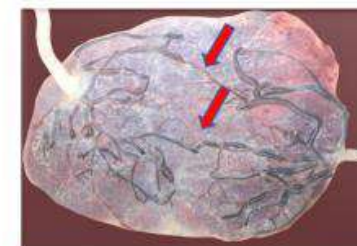


Figure 2: Placenta de grossesse monochoriale non compliquée montrant les anastomoses entre les 2 cordons (flèche rouge).

Le suivi des grossesses gémellaires

Grossesses	Bi Bi	Mono Bi	Mono Mono
ECHOGRAPHIE	Tous les mois	Tous les 15 jours	Tous les 15 jours puis toutes les semaines
RDV MEDICAL Suivi B	Tous les mois	Tous les mois	Tous les 15 jours puis toutes les semaines

Grossesses MCBA



IP de l'artère ombilicale avec l'examen de la diastole
IP du Ductus venosus (DV)
IP de l'ACM et PSV en MoM

PNDS Syndrome Transfuseur Transfusé

Comment définir le RCIU sélectif ?

- Pas de STT
- Différence de LCC ? PA ? EPF ?
- L'un des 2 foetus < 3ep < 10eP ?
- Discordance 25 % ?
- Des Doppler résistifs ?



DELPHI consensus définition, 60 experts

Table 4 Possible algorithms for diagnosis of selective fetal growth restriction in twin pregnancy, as determined by experts, according to chorionicity

	<i>Monochorionic twin pregnancy</i>	<i>Dichorionic twin pregnancy</i>
Solitary	EFW of one twin < 3 rd centile	EFW of one twin < 3 rd centile
Contributory	3/ 4 { EFW of one twin < 10th centile AC of one twin < 10th centile EFW discordance ≥ 25% UA-PI of smaller twin > 95th centile	2/ 3 { EFW of one twin < 10th centile EFW discordance ≥ 25% UA-PI of smaller twin > 95th centile

→ meilleure détection, surveillance, et baisse de la mortalité des jumeaux ?

Grossesses monochoriales : Différents type de RCIU sélectifs

A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin

E. GRATACÓS*†, L. LEWI‡, B. MUÑOZ†, R. ACOSTA-ROJAS*†, E. HERNANDEZ-ANDRADE*†, J. M. MARTINEZ*, E. CARRERAS† and J. DEPREST‡

*Fetal Medicine Units and Departments of Obstetrics, *Hospital Clínic-IDIBAPS, University of Barcelona and †University Hospital Vall d'Hebron Barcelona, Barcelona, Spain and ‡University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium*

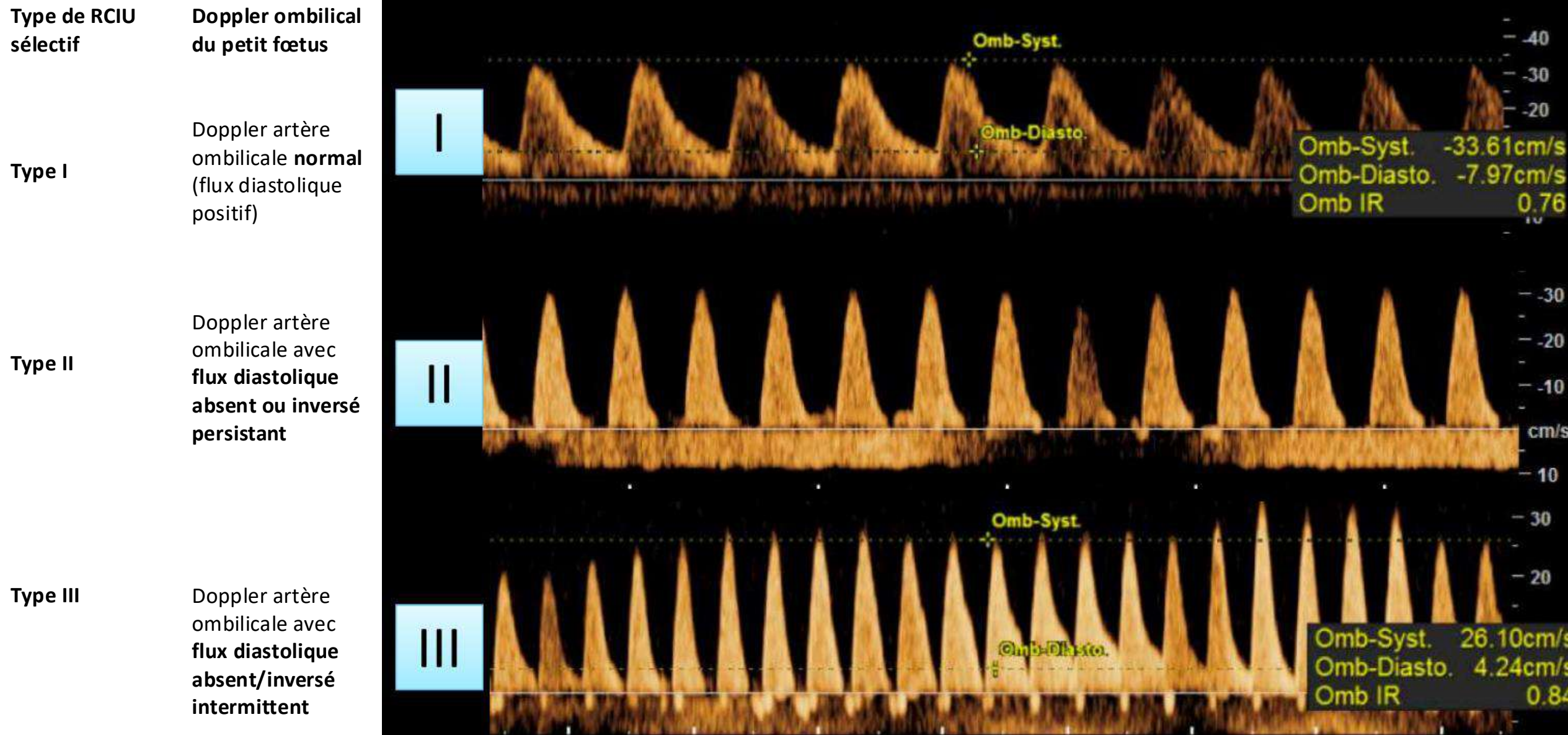


Table 1 Pregnancy course and perinatal outcome according to umbilical artery Doppler classification

<i>Parameter</i>	<i>Normal</i> (n = 76)	<i>Type I</i> (n = 39)	<i>Type II</i> (n = 30)	<i>Type III</i> (n = 65)
GA at diagnosis (weeks, mean (range))	—	23 (16–27)	20 (16–25)	22 (16–26)
GA at delivery (weeks, mean (range))	35.5 (30–38)	35.4 (16–38)	30.7 (27–40)*	31.6 (23–39)*
Birth weight (g, mean (range))				
Larger twin	2439 (1450–3530)	2385 (1200–3350)	1468 (760–2900)*	1713 (930–3450)*
Smaller twin	2187 (1260–3233)	1688 (800–2400)	787 (390–1360)*	1017 (450–2130)*
Fetal weight discordance (%; mean (range))	10 (1–22)	29 (25–37)*	38 (25–58)*	36 (25–64)*
<i>In-utero</i> deterioration of IUGR fetus (n (%))	—	0/39 (0)	27/30 (90.0)†	7/65 (10.8)
Unexpected IUFD (n (%))				
Larger twin	—	1/39 (2.6)	0/30 (0)	4/65 (6.2)
Smaller twin	—	1/39 (2.6)	0/30 (0)	10/65 (15.4)§
Intraventricular hemorrhage (n (%))				
Larger twin	—	0/38 (0)	1/30 (3.3)	2/61 (3.3)
Smaller twin	—	0/38 (0)	3/21 (14.3)‡	3/50 (6.0)
Parenchymal brain damage (n (%))				
Larger twin	—	0/38 (0)	1/30 (3.3)	12/61 (19.7)§
Smaller twin	—	0/38 (0)	3/21 (14.3)‡	1/50 (2.0)

* $P < 0.0001$ vs. uncomplicated and Type I; † $P < 0.0001$ vs. Type I and Type III; ‡ $P < 0.05$ vs. Type I; § $P < 0.05$ vs. Type I and Type II.
GA, gestational age; IUFD, intrauterine fetal death; IUGR, intrauterine growth restriction.

Risques associés aux différents type de sIUGR

- Type I : mortalité 2%, séquelles neuro 0%
- Type II : le plus grave pour le fœtus RCIU séquelles neuro 14%
- Type III : le plus grave pour le fœtus normotrophe, séquelles neuro

Risques

(dépendent de la prise en charge...)

Doppler	Mortalité		Séquelles neurologiques	
	Fœtus RCIU	Normotrophe	Fœtus RCIU	Normotrophe
I	≈ 0%	≈ 0%	≈ 0%	≈ 0%
II	≈ 40%	!!!	≈ 14%	≈ 3%
III	≈ 15%	!	≈ 2%	≈ 20%

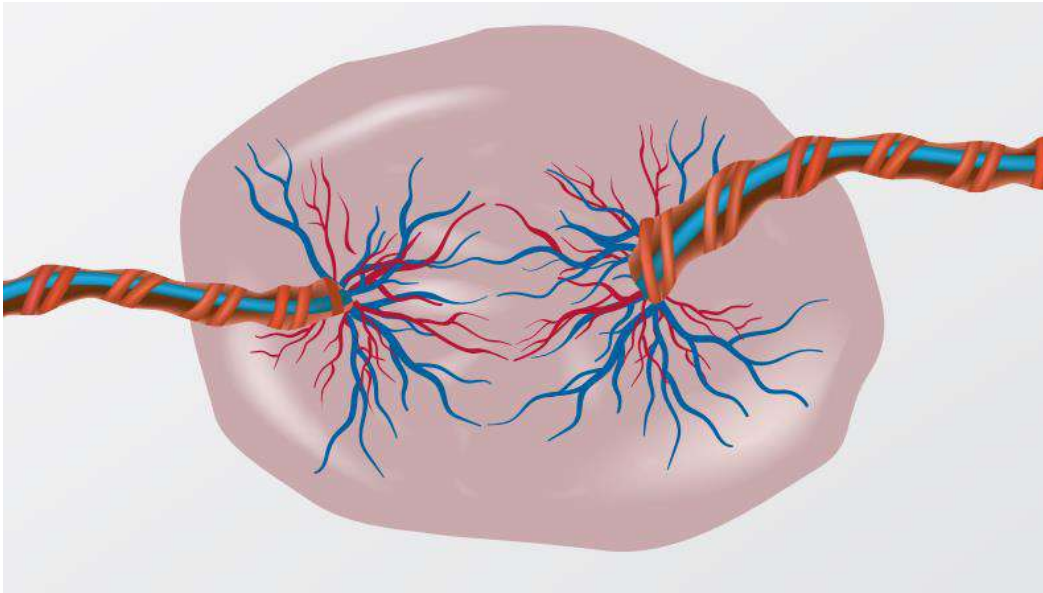
Type II : plus grave pour le jumeau RCIU

Type III : plus grave pour le jumeau normotrophe



Félix Auvray 1831

Quelle en est la Cause ?



- Anastomoses foeto-foetales
 - +/- Toujours présentes dans les grossesses monochoriales
- Partage inégal du placenta +++
 - Insertion vélamenteuse cordon = marqueur indirect
 - Réseau d'anastomoses d'autant plus dense
- Défaut d'invasion trophoblastique



Image Nicolas Sananès

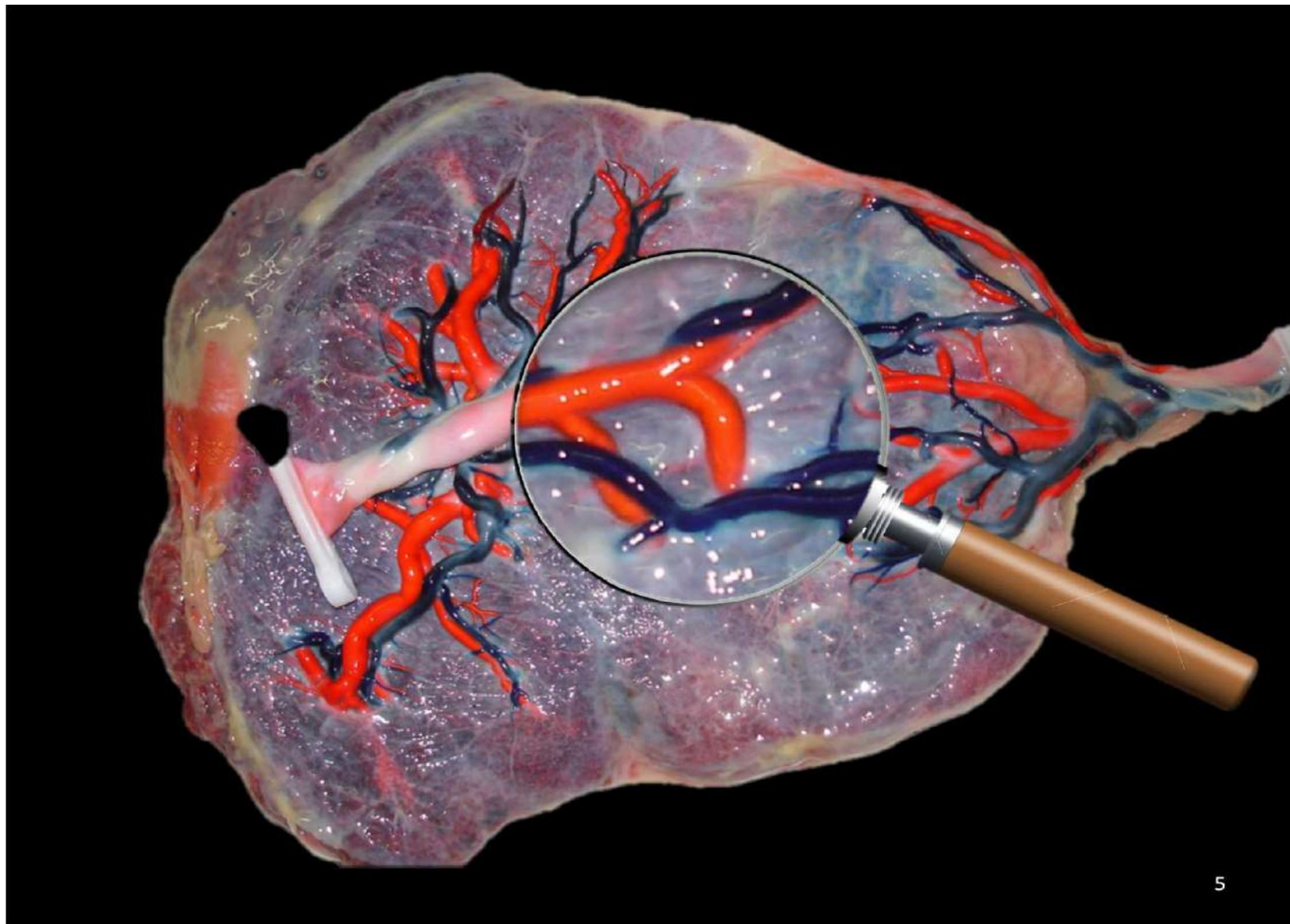


Image Nicolas Sananès

Quelle en est la Cause ?

Table 2 Placental features and proportion of the types of placental anastomoses according to umbilical artery Doppler classification

Parameter	Normal (n = 76)	Type I (n = 23)	Type II (n = 22)	Type III (n = 50)
FW ratio (mean (range))	1.1 (1.0–1.29)	1.4 (1.3–1.6)*	1.6 (1.3–2.3)*	1.6 (1.3–2.7)*
PT ratio (mean (range))	1.3 (0.6–3.0)	1.8 (1.1–2.6)	2.6 (1.6–4.2)*	4.4 (1.8–19.0)‡
FW ratio/PT ratio (mean (range))	0.94 (0.38–1.73)	0.79 (0.57–1.37)	0.71 (0.48–1.05)†	0.44 (0.08–0.91)‡
Arteriovenous anastomoses (n (%))	71 (93)	22 (96)	22 (100)	44 (88)
Arterioarterial anastomoses (n (%))	61 (80)	18 (78)	16 (73)	50 (100)‡
Arterioarterial anastomoses of > 2 mm (n (%))	42 (55)	16 (70)	4 (18)*	49 (98)‡
Venovenous anastomoses (n (%))	15 (20)	5 (22)	3 (14)	12 (24)

Data on placental anastomoses represent the proportion of cases with at least one such type of anastomosis. * $P < 0.01$ vs. uncomplicated or Type I; † $P < 0.05$ vs. uncomplicated; ‡ $P < 0.01$ vs. uncomplicated, Type I and Type II. FW, fetal weight; PT, placental territory.

Anastomose artério-artérielle...

Permet la survie du fœtus RCIU

Risque pour le normotrophe +++



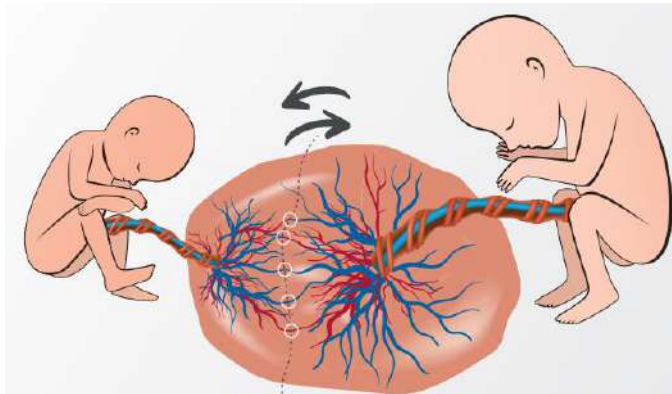
13



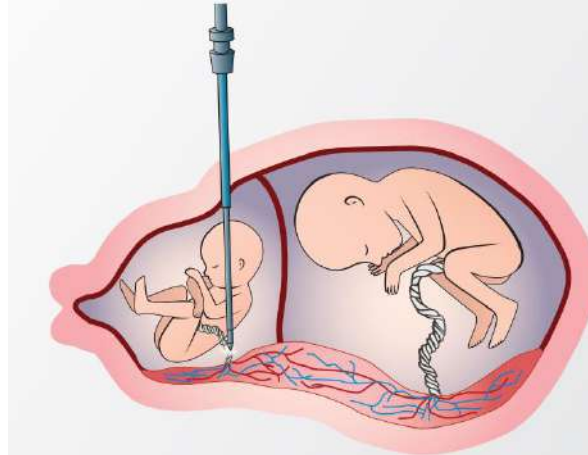
Image Nicolas Sananès

Options thérapeutiques

- Selon la précocité, sévérité, aspects techniques, le souhait des parents



Laser



Coagulation cordon



Expectative surveillance



centre coordonnateur :
Paris Necker



centres de compétences :
Strasbourg,
Lille,
Paris Saclay,
Toulouse,
Lyon,
Montpellier,
Rouen
Clermont-Ferrand

FAIRE UN DON

Et pour les grossesses gémellaires bichoriales ?

Dichorionic twin pregnancy

EFW of one twin < 3rd centile

{ EFW of one twin < 10th centile
EFW discordance $\geq$ 25%
UA-PI of smaller twin > 95th centile

- Pas d'interdépendances entre les 2 fœtus
- Dizygocité fréquente et donc discordances constitutionnelles
- Cause = plutôt un défaut d'invasion trophoblastique

Risques associés au RCIU sélectif dans les GG Bichoriales

Table 4 Pooled odds ratios for outcomes explored in systematic review in dichorionic diamniotic twin pregnancies complicated *vs* those not complicated by selective fetal growth restriction (sFGR)

<i>Outcome</i>	<i>Studies (n)</i>	<i>sFGR vs non-sFGR (n/N)</i>	<i>Odds ratio (95% CI)</i>	<i>I² (%)</i>	<i>P</i>
Intrauterine death	4	30/1290 <i>vs</i> 31/6728	5.23 (3.18–8.58)	81.8	<0.001
Preterm birth < 34 weeks	2	84/481 <i>vs</i> 356/2604	1.61 (0.75–3.46)	76.3	0.220
Pre-eclampsia/gestational hypertension	3	72/397 <i>vs</i> 401/2950	1.55 (0.78–3.09)	76.2	0.210
Composite morbidity/admission to NICU	3	156/360 <i>vs</i> 540/3405	3.22 (1.85–5.60)	76.2	0.012

NICU, neonatal intensive care unit.

5 fois Plus de risque de Mort fœtale
3 fois plus de risque de transfert en néonate

D'antonio F et al. Selective fetal growth restriction in dichorionic diamniotic twin pregnancy: systematic review and meta-analysis of pregnancy and perinatal outcomes. Ultrasound Obstet Gynecol. 2024

Prise en soins

- Management + similaire à celui des RCIU singletons
- Surveillance des Dopplers, ERCF
- Mais différence de taille : balance entre le risque pour le petit et prématurité infligée aux 2 bébés

→ surveillance accrue à partir d'une prise en charge raisonnable pour les 2 bébés



D'antonio F et al. Selective fetal growth restriction in dichorionic diamniotic twin pregnancy: systematic review and meta-analysis of pregnancy and perinatal outcomes. Ultrasound Obstet Gynecol. 2024

En cas de mort fœtale... GG monochoriale

Proposition 8.3.4 – En cas de mort fœtale d'un des jumeaux dans un contexte de grossesse monochoriale, il est proposé de ne pas induire la naissance immédiatement. L'âge gestationnel de naissance pourra être discuté avec le centre de compétences.

Avis d'expert

Proposition 8.3.1 – En cas de diagnostic de mort fœtale dans le cadre d'une grossesse gémellaire monochoriale biamniotique, il est proposé d'informer le centre de compétence.

Avis d'expert

Proposition 8.3.2 – En cas de diagnostic de mort fœtale dans le cadre d'une grossesse gémellaire monochoriale biamniotique, il est proposé de rechercher en urgence des signes d'anémie fœtale aiguë à l'échographie chez le jumeau survivant.

Avis d'expert



1

centre coordonnateur :
Paris Necker



8

centres de compétences :
Strasbourg,
Lille,
Paris Saclay,
Toulouse,
Lyon,
Montpellier,
Rouen
Clermont-Ferrand

FAIRE UN DON

En cas de mort fœtale : GG monochoriale

Proposition 8.3.3 – En cas de mort fœtale dans le cadre d’une grossesse gémellaire monochoriale biamniotique, il est proposé une surveillance échographique hebdomadaire le premier mois. Une imagerie cérébrale fœtale associant une échographie diagnostique et une IRM est préconisée au moins 4 semaines après le diagnostic de mort fœtale selon l’âge gestationnel.

Avis d'expert

- La méta-analyse la plus récente [365] estime le **risque de décès du cojumeau à 41 %**.
- Le risque de lésions cérébrales diagnostiquées en prénatal est **estimé à 20 % (par IRM)** chez les fœtus survivants, et à 43 % en postnatal.
- Les lésions cérébrales ischémo-hémorragiques résultant d’un bas débit lors de l’hypovolémie **surviennent immédiatement** après le décès du cojumeau d’une grossesse monochoriale
- Mais ne sont **pas visibles immédiatement**

En cas de mort foetale : GG bichoriale

Proposition 8.2.2 – Il est proposé de ne pas induire de prématurité à la suite de la mort foetale d'un jumeau en cas de grossesse bichoriale.

Avis d'expert

- L'âge gestationnel d'accouchement doit néanmoins prendre en compte la demande et l'état psychologique parental, la cause possible ou probable de la mort foetale, le bien-être foetal du jumeau survivant et les antécédents obstétricaux

Un mot sur l'accouchement...



- RPC grossesses gémellaires PSF 2025
- Pas de % de discordance seuil pour la voie basse ds les RPC GG
- 30% seuil de Port Royal
- J1 en PC : voie basse recommandée
- J1 en siège : pas de preuve en faveur d'une voie d'accouchement plutôt qu'une autre

En conclusion

- Bien distinguer la situation en fonction de la chorionicité
- Connaître les types, les risques, et les traitement proposés en cas RCIU sélectif dans une GG monochoriale
 - Type I : Doppler normal, bon pronostic
 - Type II : Doppler qui suit la dégradation classique, risque de décès prévisible du jumeau RCIU
 - Type III : variations imprévisibles, risque neurologique pour le fœtus eutrophe
- EN cas de mort fœtale, dans les 2 situations, plutôt « wait and see »

Type de RCIU sélectif	Doppler ombilical du petit fœtus	Pronostic fœtus RCIU	Pronostic fœtus normotrophe	Surveillance recommandée	Traitement	Âge gestationnel moyen à la naissance
Type I	Doppler artère ombilicale normal	Très bon pronostic : mortalité ≈ 0 %, séquelles neurologiques ≈ 0 %	Excellent	Échographie toutes les 2 semaines : EPF, Dopplers, dépistage STT/TAPS	Expectative	≈ 35 SA
Type II	DO flux diastolique absent ou inversé persistant	Très mauvais pronostic : mortalité ≈ 40 %, séquelles neuro ≈ 15 %	séquelles neuro ≈ 3 %	Surveillance hebdo	laser, occlusion cordonale , ou expectative	≈ 32 SA
Type III	DO flux diastolique absent/inversé intermittent	Pronostic intermédiaire : mortalité ≈ 15 %, séquelles neuro ≈ 20 %	séquelles neuro ≈ 20 % pour le gros	Surveillance hebdo	laser, occlusion cordonale , ou expectative	≈ 31 SA
Bichoriale	RCIU < 3 ^e Dis > 25% ou UA PI > 95eP RCIU <10eP	Dépend AG et poids de Naissance	Excellent	1/15 jours	Critères de naissances similaire aux RCIU singleton	Dépend du doppler du petit et ERCF

Références

- RPC Mort fœtale
- RPC Grossesse gémellaire
- Site AFGM
- Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Syndrome Transfuseur Transfusé
- Gratacos 2007 A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin
- Lewi 2014
- Khalil A et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019
- D'antonio F et al. Selective fetal growth restriction in dichorionic diamniotic twin pregnancy: systematic review and meta-analysis of pregnancy and perinatal outcomes. Ultrasound Obstet Gynecol. 2024
- Merci à Nicolas Sananès pour le prêt de ses illustrations !

TOPO

Dr Nicolas BOURGON

Gynécologue obstétricien, CPDPN Hôpital Necker-Enfants malades, AP-HP Paris — « Prise en charge des STT »

11h30-12h00 — Grossesses gémellaires

Prise en charge des STT

Dr Nicolas Bourgon

CPDPN Hôpital Necker-Enfants malades
CRM R PaRaDiGM

Conflits d'intérêt

- Aucun à déclarer

CRMR PaRaDiGM

1 centre coordonnateur

8 centres de compétences



CRMR Paris Cité

Necker Enfants Malades

Pr VILLE Yves/ Dr COLMANT Claire



CCMR Strasbourg

Dr WEINGERTNER Anne Sophie



CCMR Lille

Pr DEBARGE Véronique



CCMR Paris Saclay

Dr VIVANTI Alexandre



CCMR Toulouse

Pr VAYSSIERE Christophe

CCMR HC Lyon

Dr MASSARDIER Jérôme



CCMR Montpellier

Pr FUCHS Florent



CCMR Rouen

Dr VERSPYCK Eric

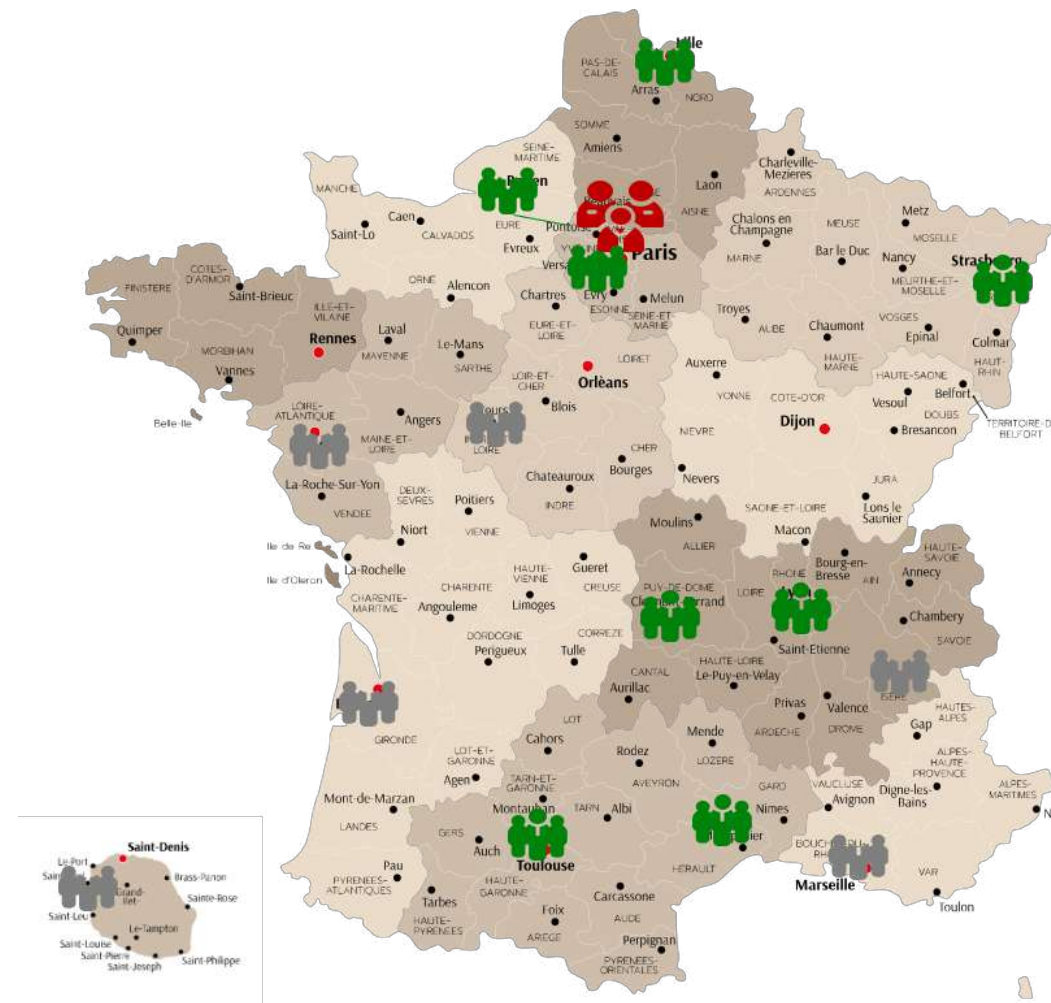


CCMR Clermont-Ferrand

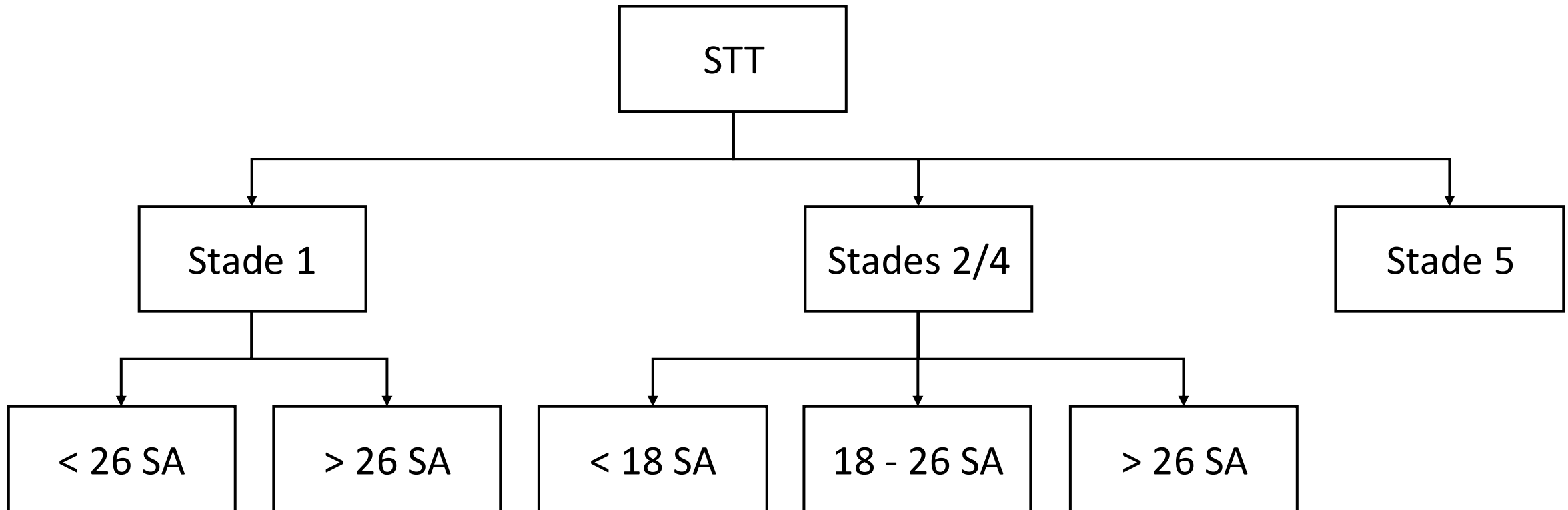
Dr DELABAERE Amélie



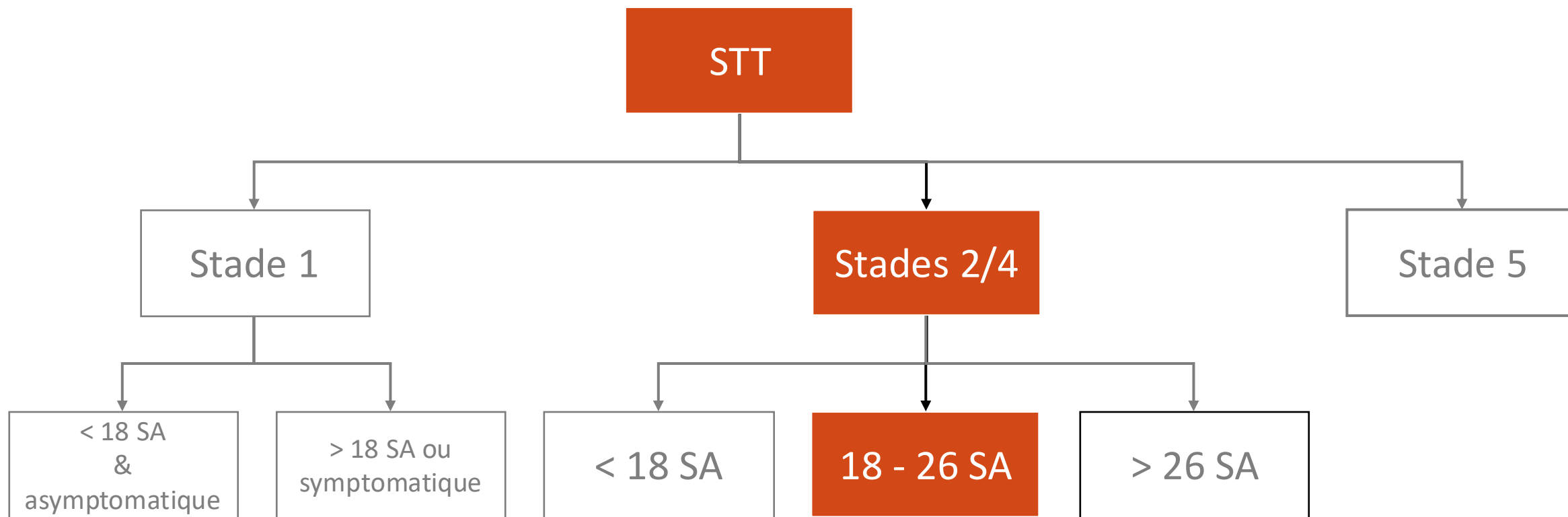
6 centres en lien avec le CRMR



Algorithme de prise en charge



Algorithme de prise en charge



Prise en charge prénatale

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Endoscopic Laser Surgery versus Serial Amnioreduction for Severe Twin-to-Twin Transfusion Syndrome

Marie-Victoire Senat, M.D., Jan Deprest, M.D., Ph.D., Michel Boulvain, M.D., Ph.D.,
Alain Paupe, M.D., Norbert Winer, M.D., and Yves Ville, M.D.

NSN = 172 patientes / groupe

Arrêt à la première analyse intermédiaire



33 SA (IQR 26,1-35,6)
vs. 29 SA (IQR 25,6-33,3), $p=0,003$



J28 : 47% vs. 41%, $p=0,02$
M6 : 76% vs. 56 %, $p=0,002$
Amélioration receveur +++



LMPV : 6% vs. 14 %, $p=0,02$
Sans séquelles M6 : 52% vs. 31%, $p=0,003$

Coagulation laser des anastomoses placentaires par foetoscopie (FL)

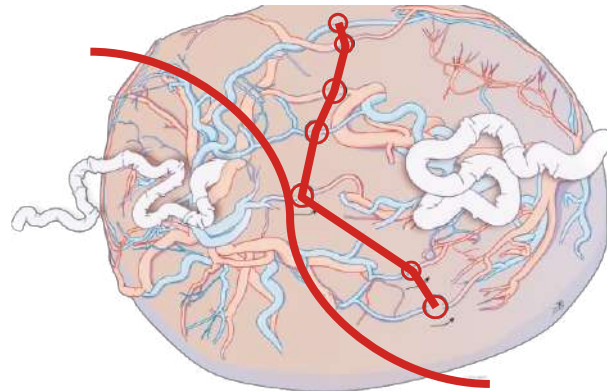


Coagulation laser des anastomoses placentaires par foetoscopie (FL)

2000

2008

2013



Complications post-opératoires

- Rupture Prématuré Membranes
 - Perte de grossesse tardive
 - Accouchement prématuré
- Mort fœtale
- Récidive/Echec
- TAPS
- Brides amniotiques
- Hématome rétro-placentaire
- Fuite intra-pariétale

PREMATURITE :

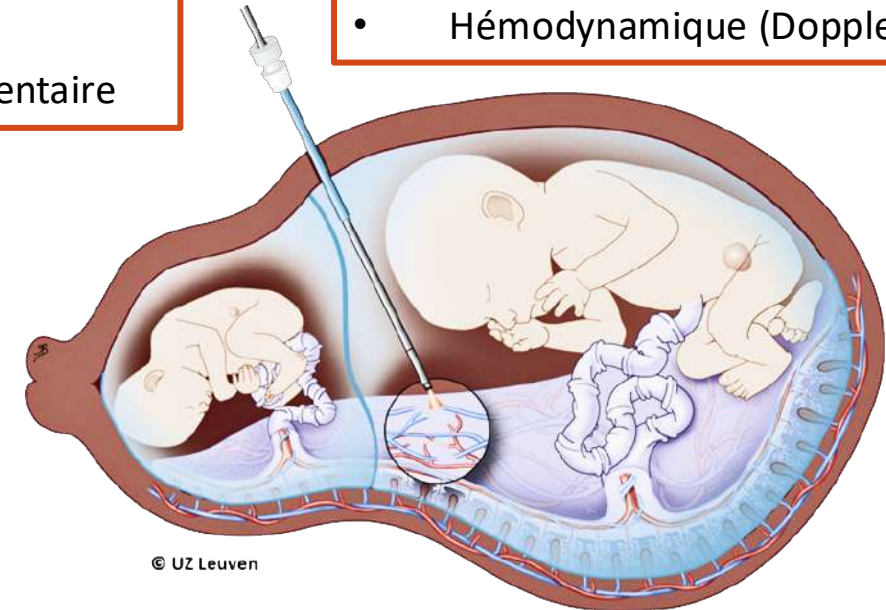
- Col
- RPM

CHIRURGIE :

- Exhaustivité
- Sélectivité
- Technique
- Localisation placentaire

CONDITION FŒTALE :

- Discordance/RCIU
- Hémodynamique (Doppler)



© UZ Leuven

TAPS post-opératoire



Différence de PSV entre les deux fœtus

- Mort fœtale
- Lésions cérébrales ischémico-hémorragiques chez l'anémique
- Lésions ischémiques chez le fœtus polyglobulique



Quel seuil ?

Stade 1

Postnatale

$\Delta \text{Hb} > 8\text{g/dL}$

Stade 2

$\Delta \text{Hb} > 11\text{g/dL}$

Stade 3

$\Delta \text{Hb} > 14\text{g/dL}$

Stade 4

$\Delta \text{Hb} > 17\text{g/dL}$

Stade 5

$\Delta \text{Hb} > 20\text{g/dL}$

Prénatale

$\text{PSVd} > 1,5 \text{ MoM} \ \& \ \text{PSVr} < 1,0 \text{ MoM}$

$\text{PSVd} > 1,7 \text{ MoM} \ \& \ \text{PSVr} < 0,8 \text{ MoM}$

Stade 2 + dysfonction cardiaque donneur en doppler

Donneur en anasarque

MFIU

Prénatale v2

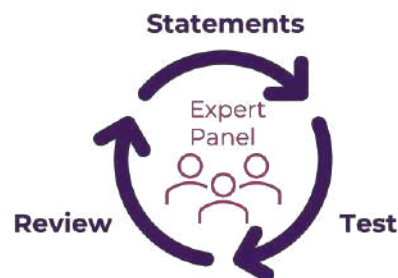
$\Delta \text{PSV} > 0,5 \text{ MoM}$

$\Delta \text{PSV} > 0,7 \text{ MoM}$

Stade 2 + dysfonction cardiaque donneur en doppler

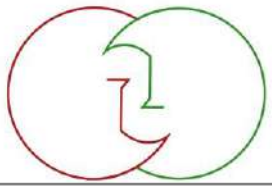
Donneur en anasarque

MFIU

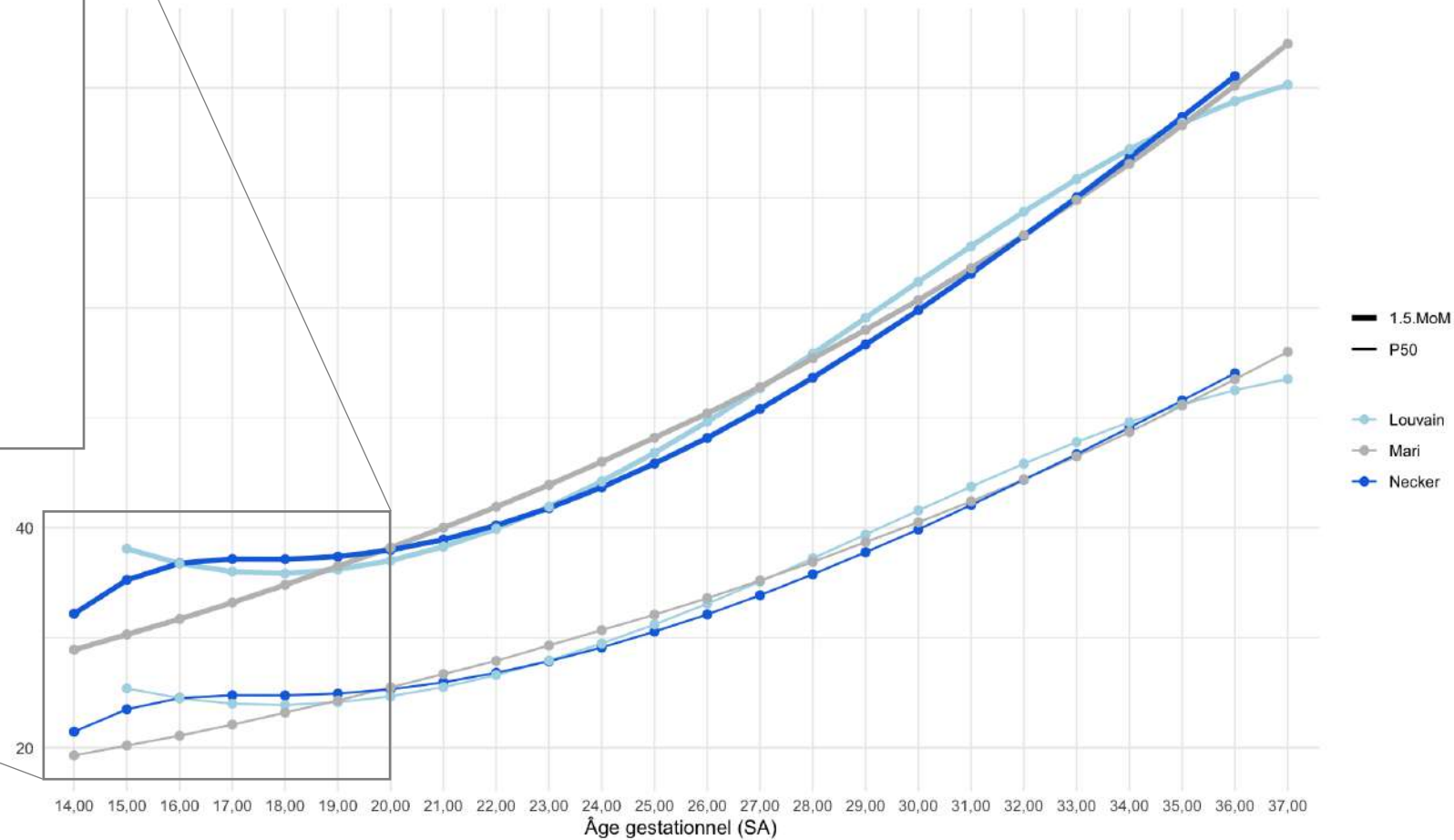
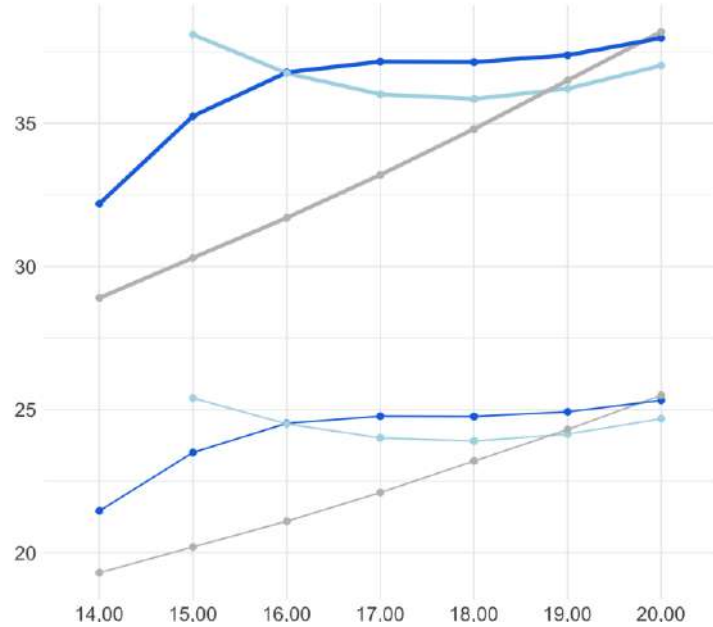


$\text{PSVd} > 1,5 \text{ MoM} \ \& \ \text{PSVr} < 0,8 \text{ MoM}$
 $\Delta \text{PSV} > 1,0 \text{ MoM}$

Slaghekke et *al.*, 2010; Slaghekke et *al.*, 2015; Fishel-Bartal et *al.*, 2016; Tollenaar et *al.*, 2019; Khalil et *al.*, 2020; Liu et *al.*, 2020

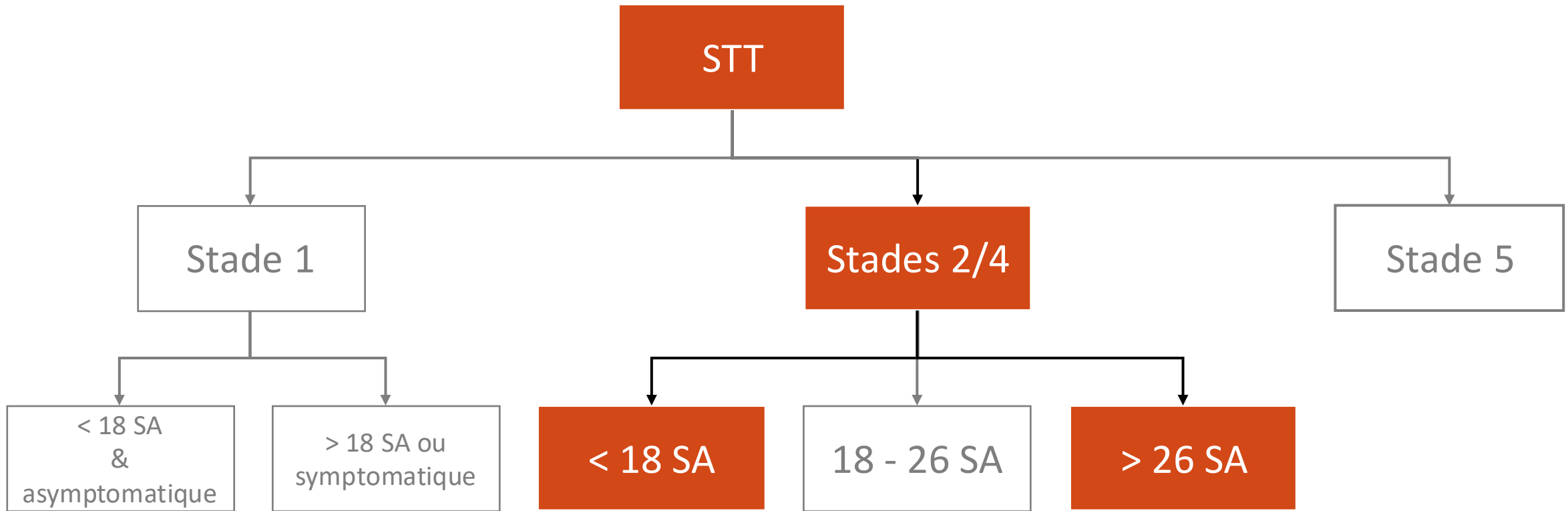


Au-delà du seuil, les valeurs de référence



Klaritsch et al., 2009; Bartin et al., 2025

Algorithme de prise en charge



FL

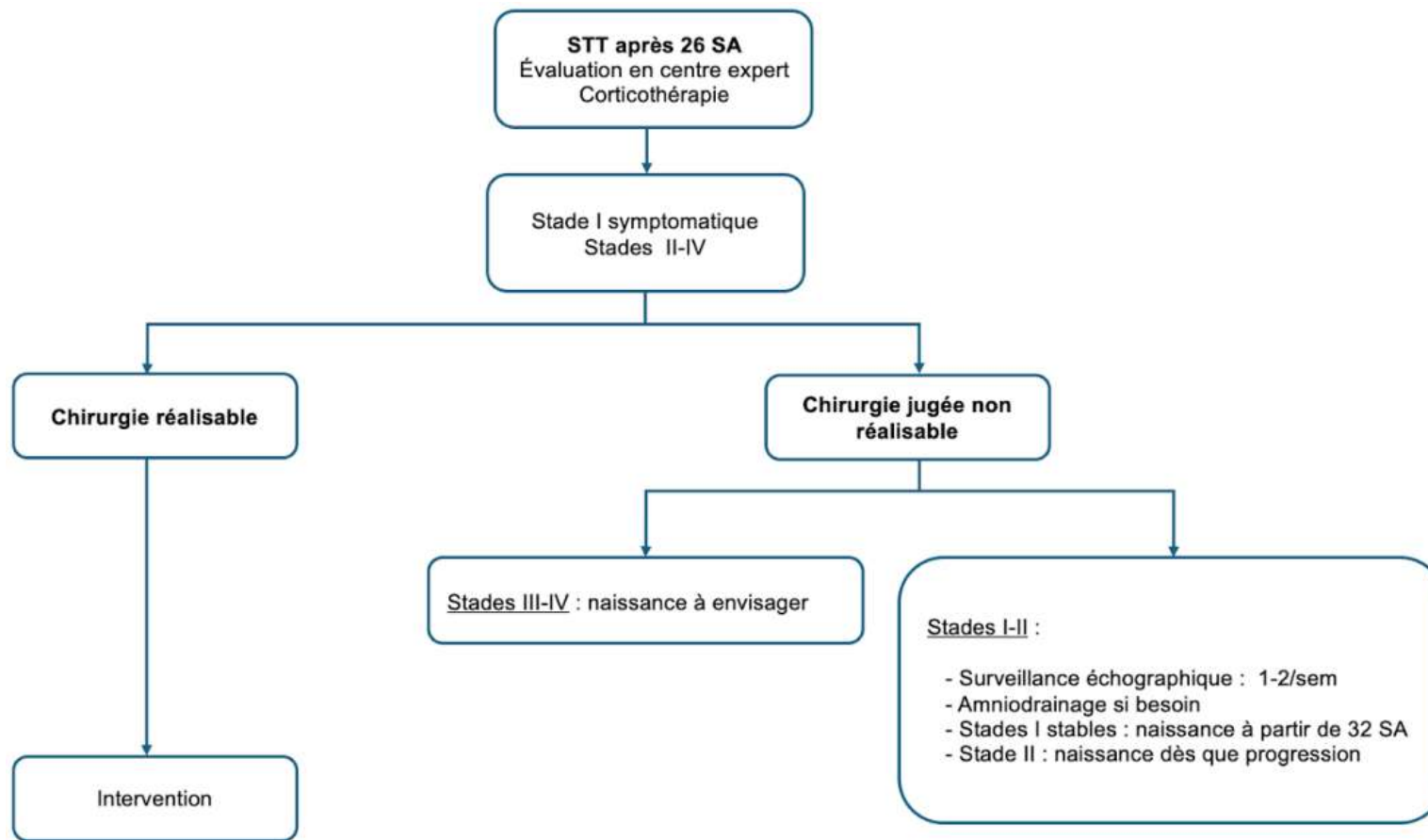
STT avant 18 SA

+ de risque de complications, notamment rupture des membranes

Discussion au cas par cas

- Foetoscopie laser possible à partir de 15 SA si :
 - Stade 3 avec anomalie du DV
 - Stade 4
 - Symptomatiques (col / tolérance maternelle)
- Sinon : surveillance une à deux fois par semaine jusqu'à 18 SA

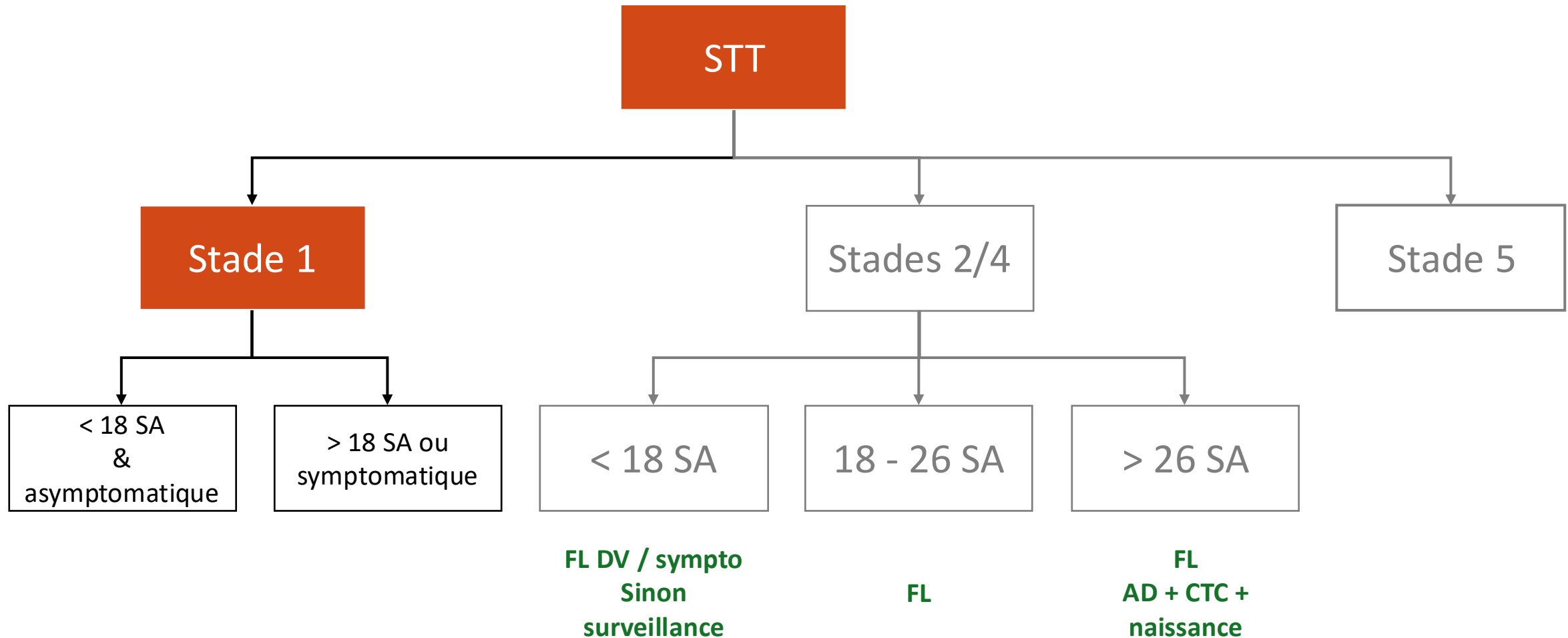
STT après 26 SA



Chirurgie possible ?



Algorithme de prise en charge



Stade 1

Intrauterine fetoscopic laser surgery versus expectant management in stage 1 twin-to-twin transfusion syndrome: an international randomized trial

Julien Stirnemann, MD; Femke Slaghekke, MD; Nahla Khalek, MD; Norbert Winer, MD; Anthony Johnson, MD; Liesbeth Lewi, MD; Mona Massoud, MD; Laurence Bussieres, MD; Philippe Aegerter, MD; Kurt Hecher, MD; Marie-Victoire Senat, MD; Yves Ville, MD



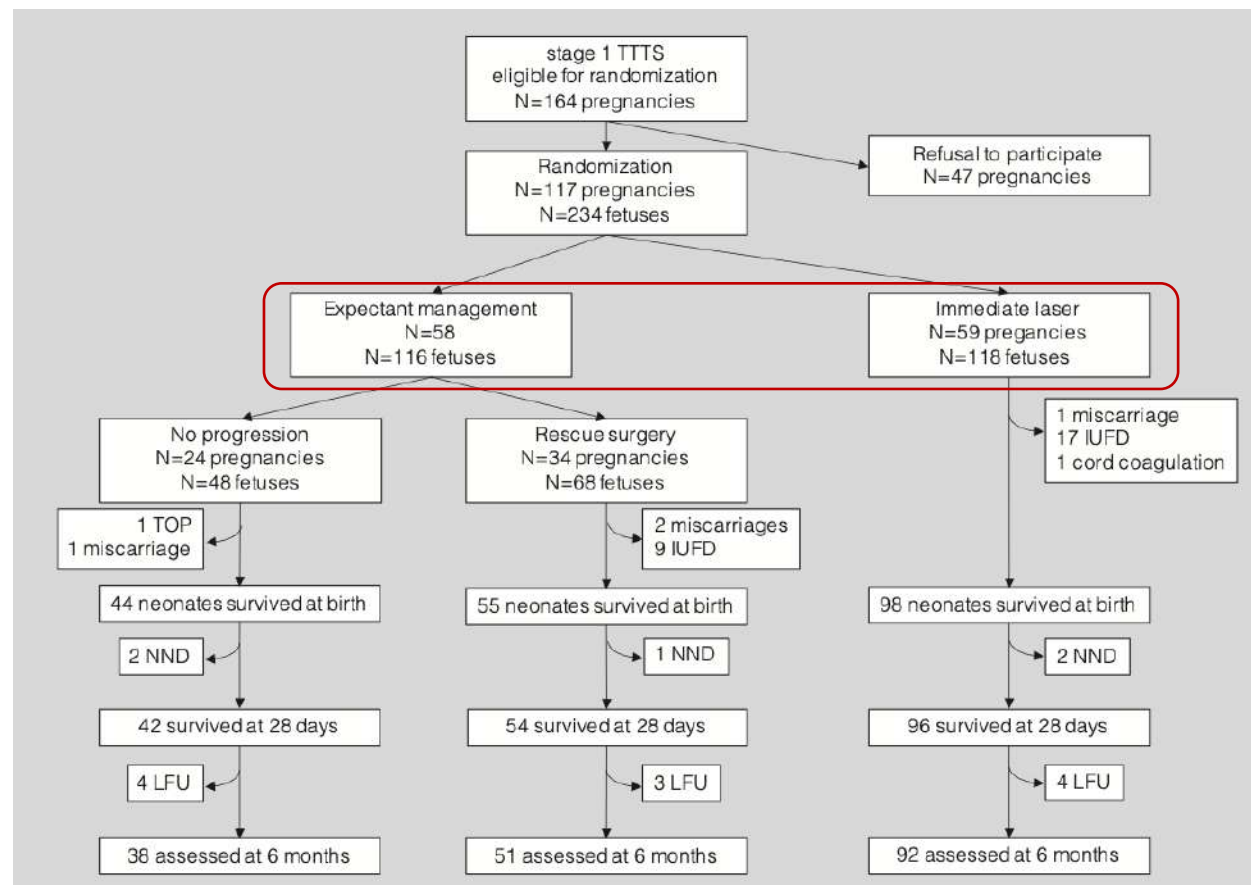
10,53% vs. 30,51%, $p=0,011$
Sans différence sur l'AG à l'accouchement



Pas de différence



Pas de différence



Stade 1

Intrauterine fetoscopic laser surgery versus expectant management in stage 1 twin-to-twin transfusion syndrome: an international randomized trial

Julien Stirnemann, MD; Femke Slaghekke, MD; Nahla Khalek, MD; Norbert Winer, MD; Anthony Johnson, MD; Liesbeth Lewi, MD; Mona Massoud, MD; Laurence Bussieres, MD; Philippe Aegerter, MD; Kurt Hecher, MD; Marie-Victoire Senat, MD; Yves Ville, MD



Pas de différence

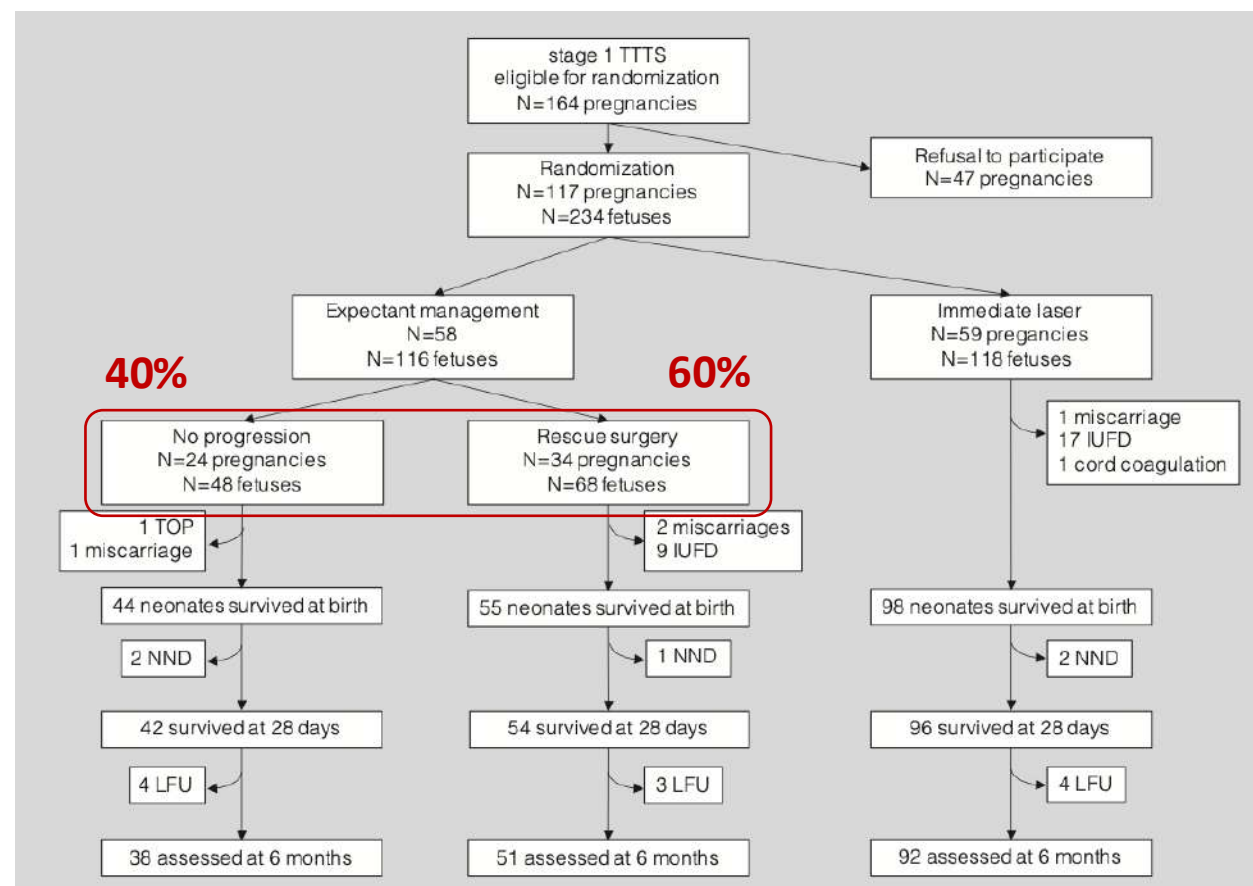


Naissance : 95,8 % vs. 73,5 % ; $p=0,005$

J28 : 87,5 % vs. 67,6 % ; $p=0,026$

M6 : 86,4 % vs. 68,8 % ; $p=0,054$

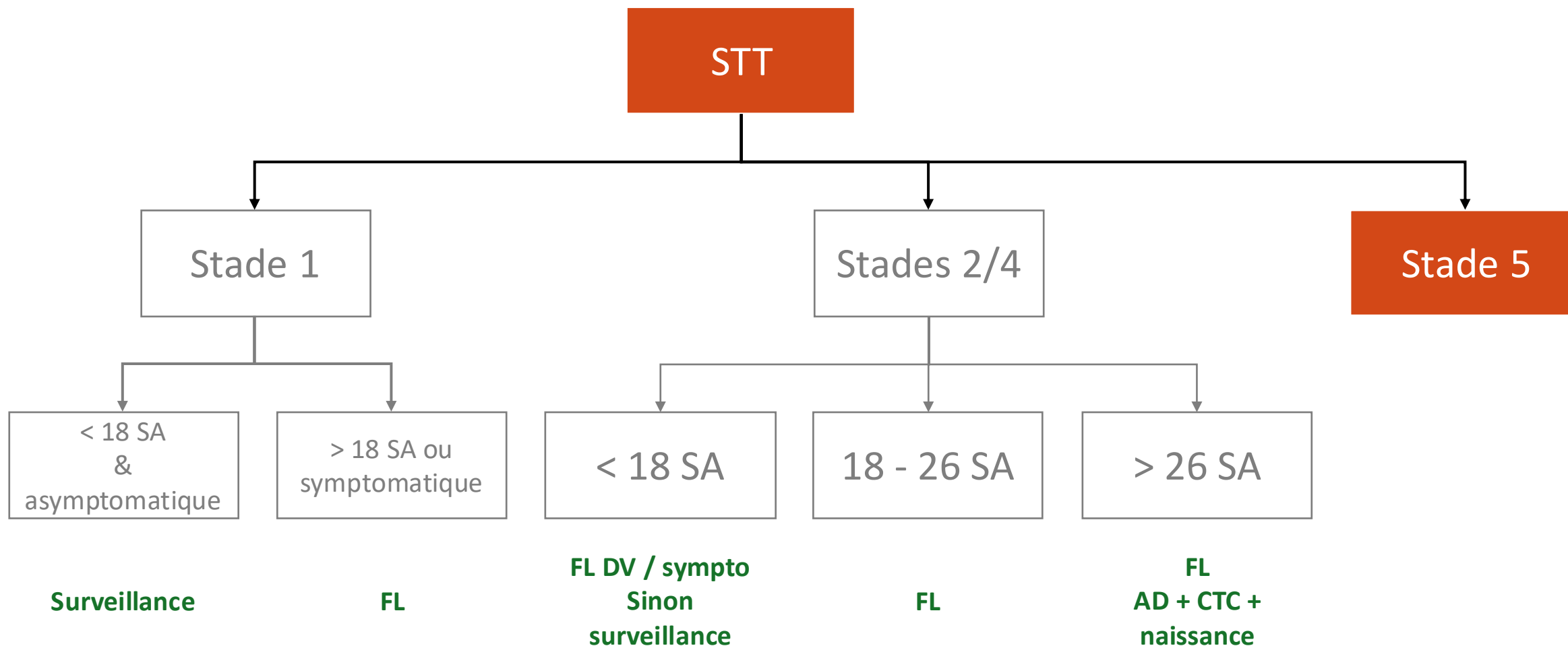
Pas de facteurs prénataux prédictifs identifiés



Stade 1 - résumé

- On ne surveille pas les stades 1 avec :
 - Raccourcissement du col
 - Mauvaise tolérance maternelle
- On se pose la question d'opérer tous les autres, notamment avant 26 SA
- On surveille avant 18 SA si asymptomatique

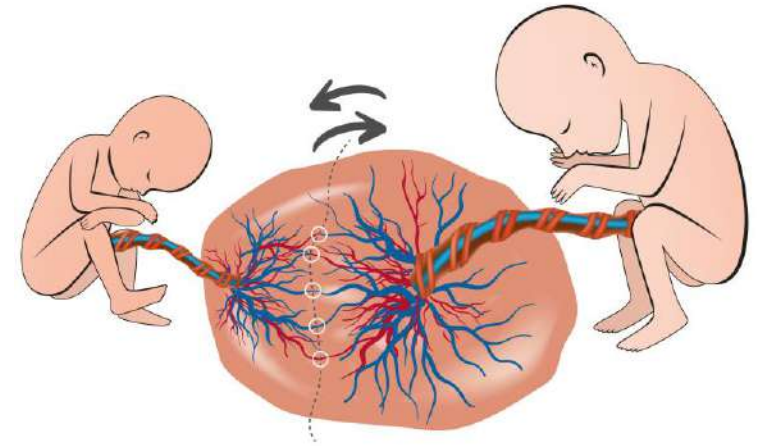
Algorithme de prise en charge



STT stade 5

- Quand y penser ?
 - MFIU après un diagnostic de STT de stade < 5
 - MFIU sans diagnostic de STT avec hydramnios d'un jumeau
- Règle générale : pas de naissance en urgence
- Surveillance :
 - Initiale renforcée du jumeau survivant 48 h : TIU
 - Prolongée à la recherche de lésions cérébrales : écho + IRM à 6 semaines
 - CS neuropédiatrie

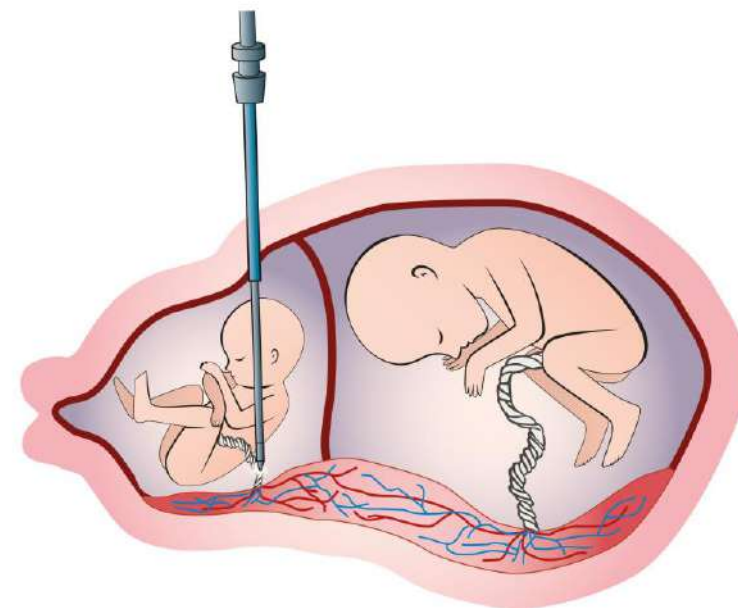
STT + RCIUs ou malformation



Si discordance $>25\%$ et anomalies Doppler ombilical (diastole nulle ou RF)

➔ Discussion d'Interruption sélective de grossesse

Alternative thérapeutique



Naissance



- En l'absence de complication après FL, naissance planifiée entre 34 et 36 SA
- En cas de septostomie, considérer la grossesse comme MA avec accouchement à partir de 32 SA sans dépasser 34 SA
- En cas d'autre complication, la prise en charge doit être adaptée au cas par cas

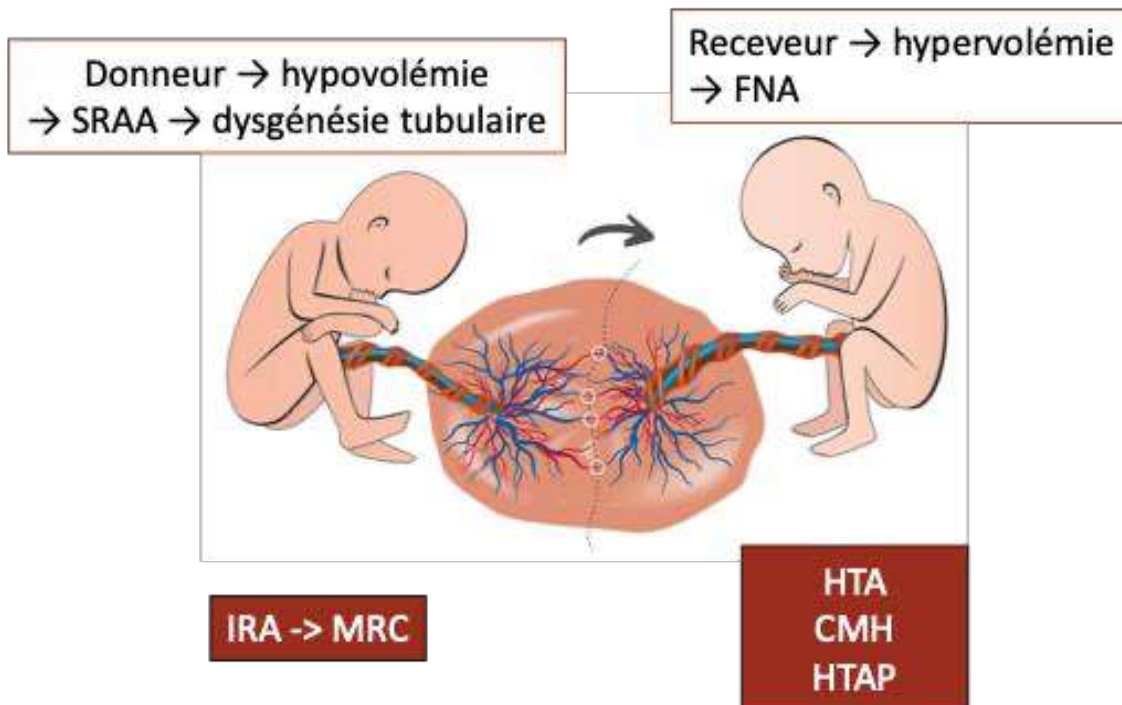


- Données insuffisantes pour émettre une recommandation sur la voie d'accouchement
- AVB peut être envisagé en l'absence de complication
- Même en l'absence de complication, il semble légitime de pouvoir discuter d'une césarienne

Prise en charge néonatale

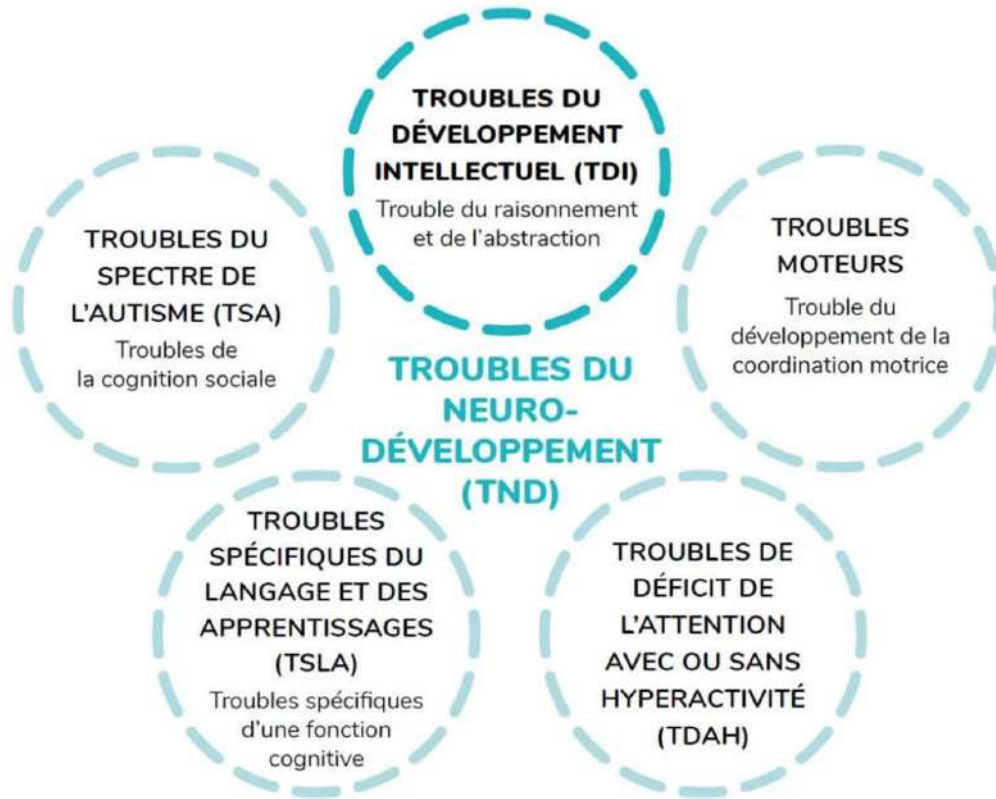


Situation à risque de complications hémodynamiques principalement pour le receveur



- Terme de naissance ?
- Poids de naissance ?
- Stade STT ?
- Foetoscopie ?
- Intervalle de temps foetoscopie-naissance ?

Troubles du neurodéveloppement



Inclusion dans les RSEV

Taux de complications neurologiques des patients
STT entre 4 et 10%

Corrélation à l'AG de naissance, mais supérieur à
la population de même terme sans STT

Surveillance systématique proposée:

1ère année :

- A terme et/ou 3 à 4 semaines après la sortie de l'hôpital
- 3-4 mois d'âge corrigé et/ou 6 mois d'âge corrigé
- 9 mois d'âge corrigé - 12 mois d'âge corrigé

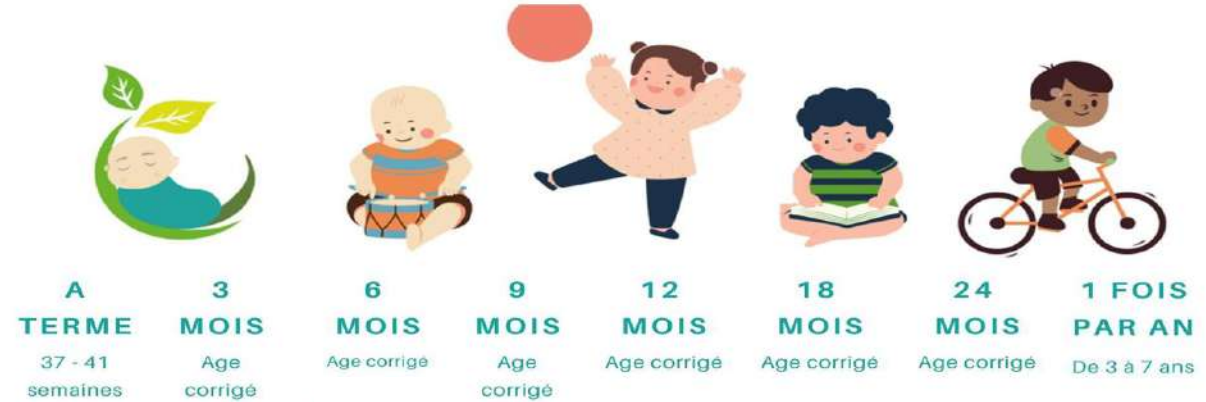
2ème année :

- 18 mois d'âge corrigé
- 24 mois d'âge corrigé
- Puis visite annuelle jusqu'à 7 ans

Calendrier de suivi

Suivi à poursuivre jusqu'au **7 ans**
et/ou CE1 pour dépistage et mise
en place de soutiens aux troubles
des apprentissages

CAMPS et les PCO peuvent
compléter cette démarche



	0-1 mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	18 mois	2 ans	Années suivantes
Cardiologique								
Clinique	X							
Echographie	X							
Neurologique	X	X	X	X	X	X	X	X
Néphrologique								
Clinique	X		X			(X)		(X)
Biologique	X		X			(X)		(X)
Echographie			X			(X)		(X)
PA + BU			X		X		X	Annuel

Associations patients



AFGM

ASSOCIATION FRANÇAISE DES
GROSSESSES MONOCHORIALES



Toutes les infos sont ici

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-03/pnds_stt.pdf



Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Syndrome Transfuseur Transfusé

*Centre de Référence Pathologies rares liées au placenta des grossesses
monochoriales (CRM-R- PaRaDiGM)*

Filière AnDDI-Rares

Texte du PNDS

Février 2025

Coordonnateurs :

Dr Claire COLMANT, Pr Yves VILLE, Dr Anne Sophie WEINGERTNER

En cas de besoin

- Un senior d'astreinte 7j/7
- Claire.colmant@aphp.fr
- Nicolas.bourgon@aphp.fr
- Julien.stirnemann@aphp.fr
- Yves.ville@aphp.fr
- Senior de garde : 01 44 38 17 05 demander le poste 98 114

Prise en charge des STT

Merci de votre attention

TOPO

Dr Dominique AUSSEL & Dr Gwénaëlle LE BOUAR

Gynécologues obstétriciennes, CHU Rennes / La Sagesse — « Prise en charge des grossesses gémellaires
au diagnostic anténatal à travers quelques exemples »

14h00-14h30 — Grossesses gémellaires

Grossesses gémellaires

1

SPÉCIFICITÉS DES PRISES EN CHARGES DE DIAGNOSTIC ANTÉNATAL

DR D. AUSSEL, CLINIQUE LA SAGESSE
DR G. LE BOUAR, CHU RENNES



Les risques d'anomalies des gémellaires

2

- **Anomalies génétiques**

- En cas de grossesse monozygote risque identique à 1 singleton avec atteinte des 2 fœtus.
- En cas de dizygote selon lois Mendel
 - Autosomique récessive risque de $1,75 / 4$ d'avoir un fœtus atteint vs $1/4$ pour un singleton ($2,3/4$ pour triple).
 - Autosomique dominant risque de $3/4$ d'avoir un fœtus atteint vs $1/2$ pour un singleton

- **Anomalies chromosomiques**

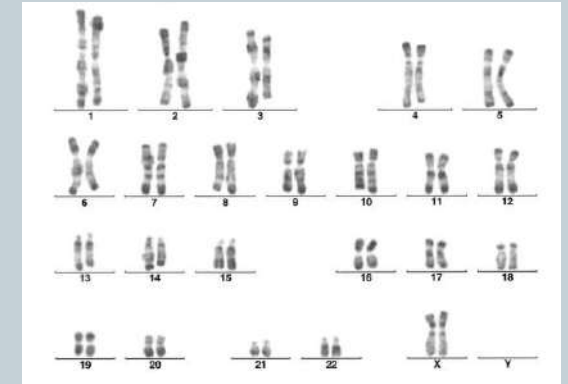
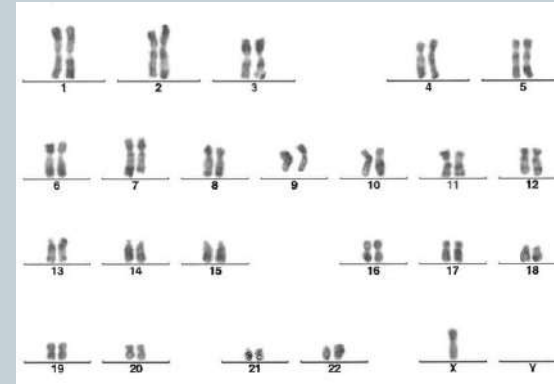
- Grossesse monozygote : risque théorique identique avec atteinte des 2 fœtus. Risque faible mais non nul de grossesse hétérocaryote.
- Grossesse dizygote : risque théorique X 2. En réalité le risque d'avoir un enfant porteur de T21 issus d'une GG BCBA est seulement plus élevé de 3 % par rapport à une population de singleton.

Cas clinique : Grossesse mono-choriale hétérocaryote

3

Mme D

- Echo T1 : GG MCBA avec volumineux hygroma et œdème sous-cutané généralisé chez 1 des 2 fœtus, autre normal.
- 16 SA : Hygroma, œdème sous-cutané, épanchement pleural, ascite, l'autre fœtus RAS.
- Amniocentèses : caryotypes 45X et 46 XX.
- Etude des microsatélites confirme la monozygocité.
- Réalisation d'une ISG par coagulation de cordon.



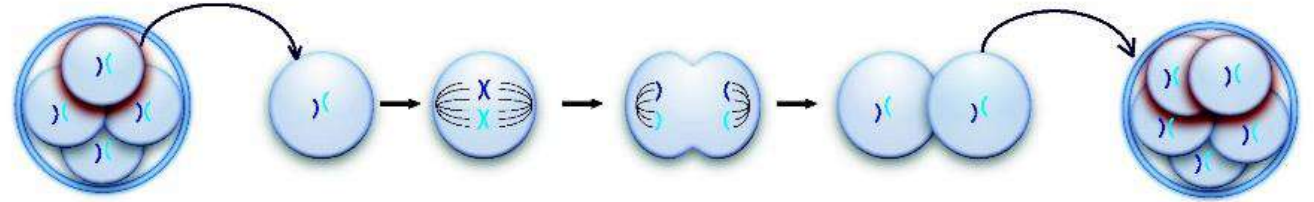
- Théoriquement 1 seul prélèvement nécessaire mais exceptionnels fœtus hétérocaryotes.
- Difficile d'envisager une IMG sans preuve biologique sur les 2 fœtus
- **Prélever les 2 fœtus et préférer amniocentèse**

Mécanismes – Grossesse gémellaire hétérocaryote

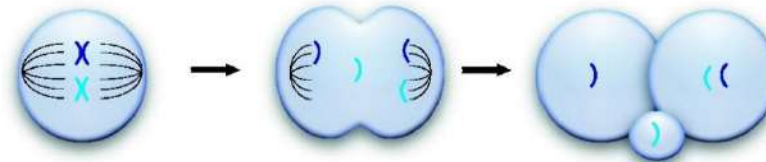
4

- Retard anaphasique (anaphase lag)

Normal mitosis



Anaphase lag

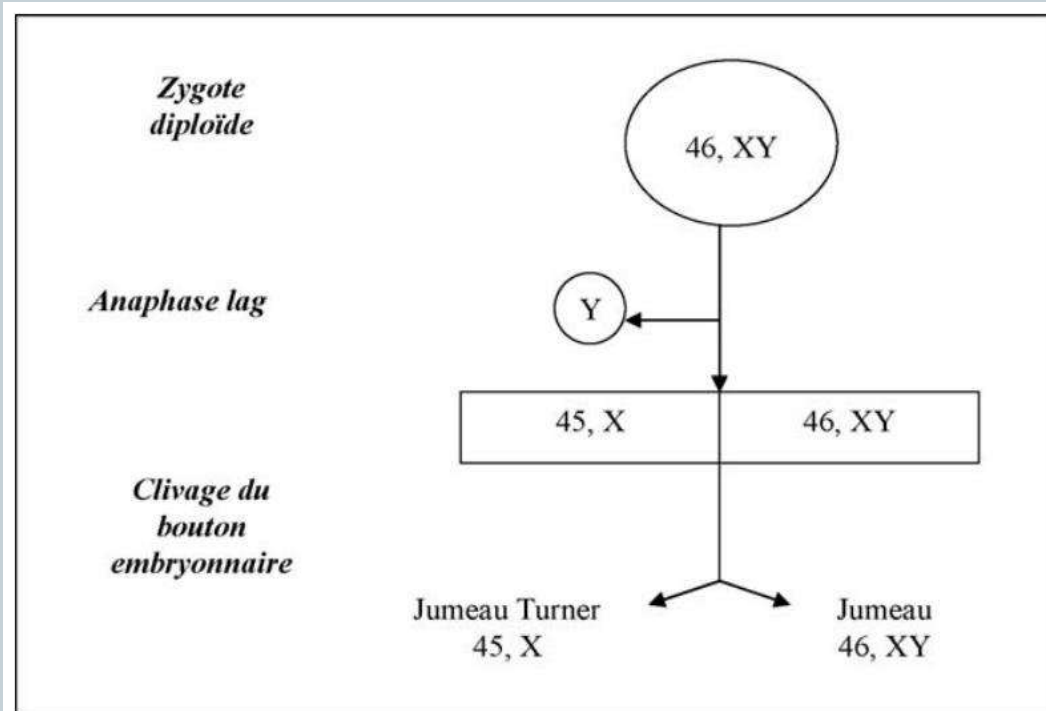


Euploïdie
Monosomie

Non disjunction



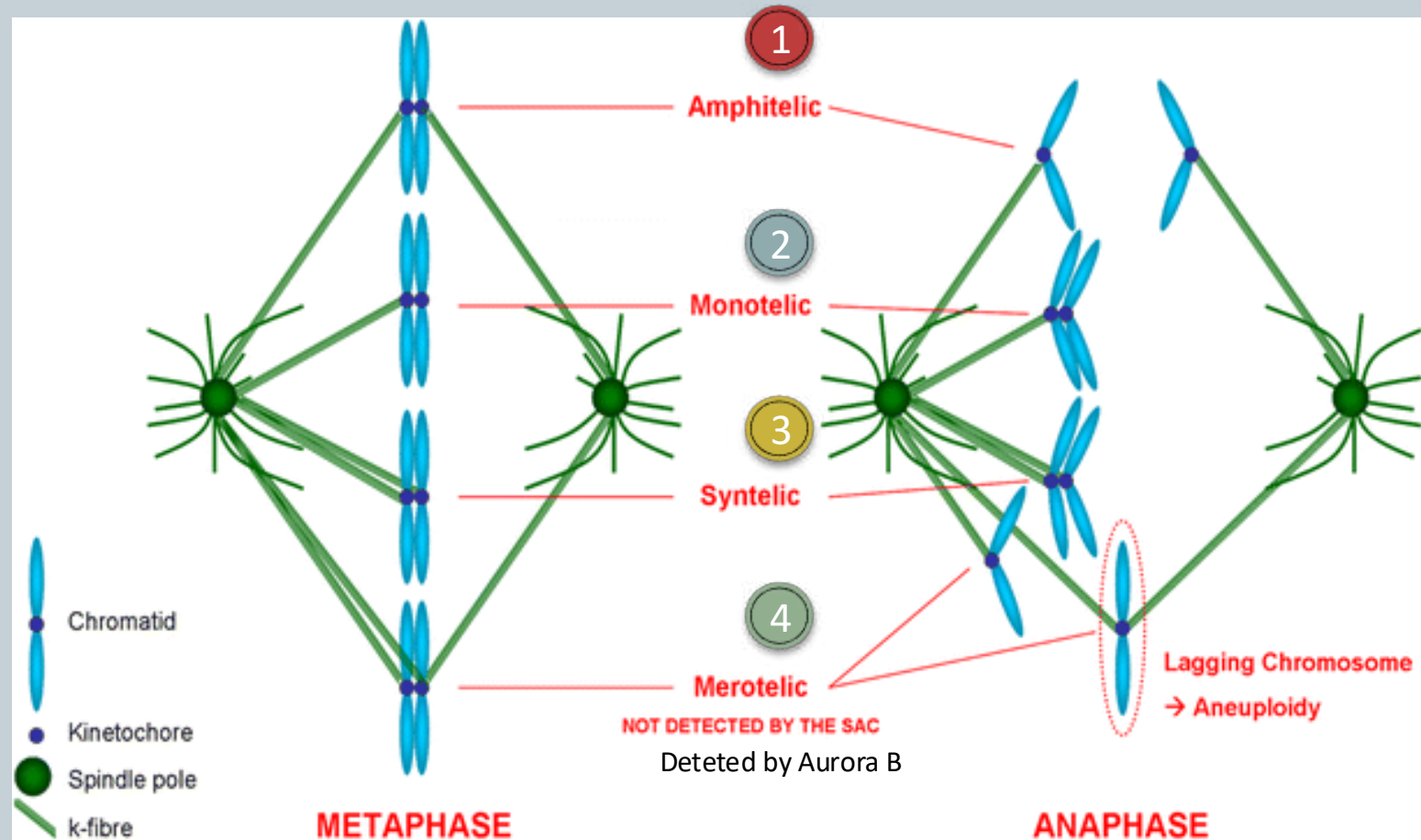
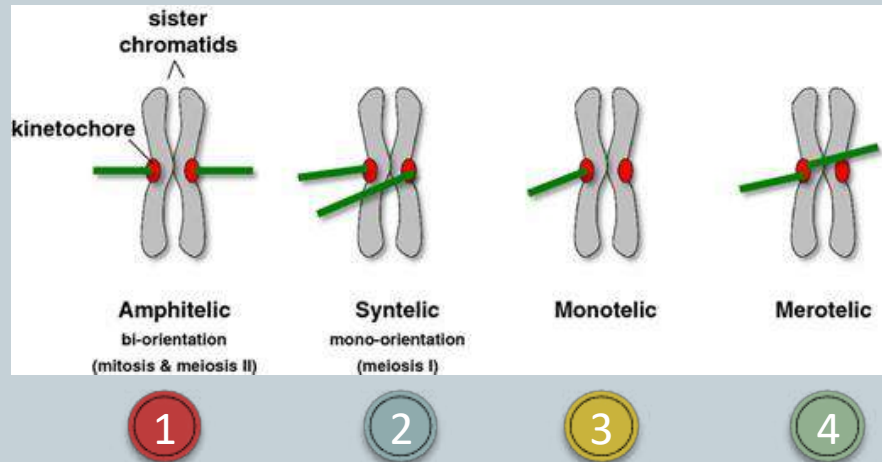
Trisomie
Monosomie



Mécanismes – Grossesse gémellaire hétérocaryote

5

Retard anaphasique (anaphase lag) : orientation mérotétique

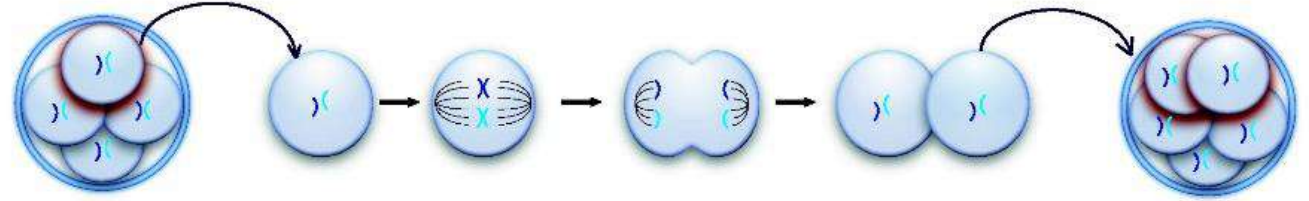


Mécanismes – Grossesse gémellaire hétérocaryote

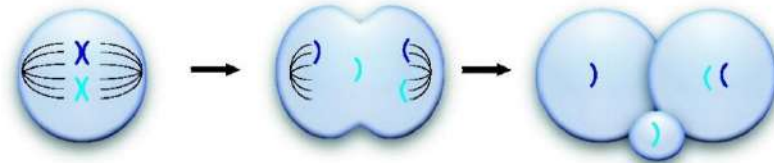
6

- **Non-disjonction**

Normal mitosis



Anaphase lag

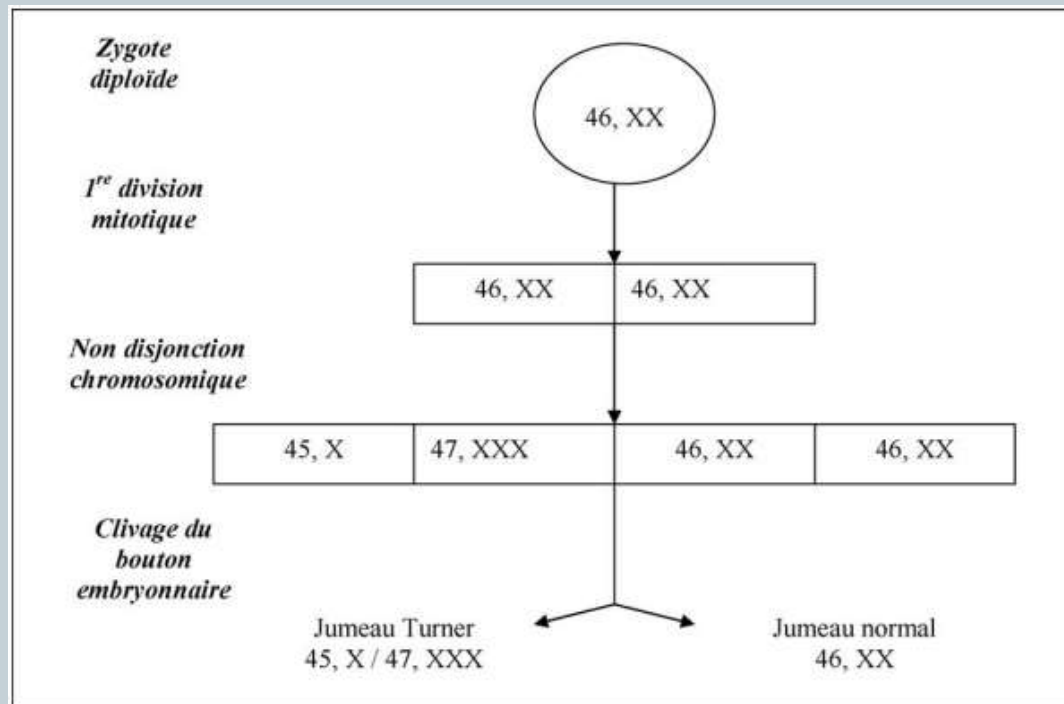


Euploïdie
Monosomie

Non disjunction



Trisomie
Monosomie



Les risques d'anomalies des gémellaires

7

- **Malformations**

- Risque relatif plus élevé (RR 1,3-1,7), en particulier mono-choriales
- SNC (RR 2,44), tractus urinaire (1,94) et cœur (1,47)
- Dans 80 % des cas ne touche qu'un seul fœtus

- **Infections**

- Risque indépendant pour chaque fœtus → toujours prélever les 2 fœtus.
- Amniocentèse ++, non trans-placentaire

Cas Clinique : malformation d'un fœtus d'une grossesse Mono-choriale

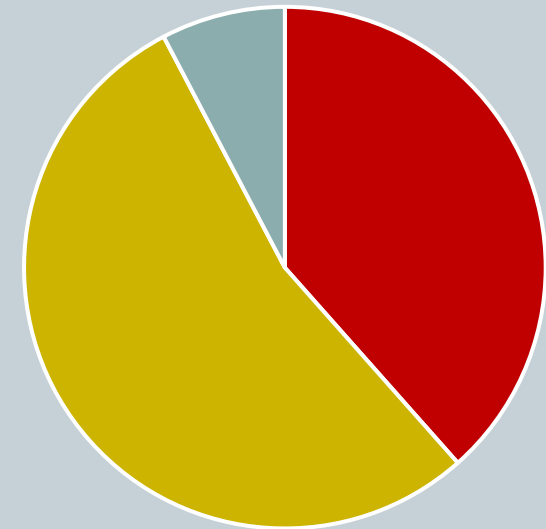
8

- Mme T
- GG MCBA
- Echo T1 : normale CN à 1,6 / LCC 68,9 mm et CN à 1,6 mm / LCC à 70,8
- Echographie de référence à 22 SA : JA RAS, JB dysgénésie du CC qui est court
- IRM cérébrales des 2 conjoints : normales
- Amniocentèse fœtus B à 27 SA : ACPA normale, Mutation de novo gène RAI1 responsable du Sd de Smith-Magenis associé à une DI sévérité variable et troubles du comportement ++
- IRM fœtale à 29 SA : Corps calleux complet et court JB sans autre anomalie. Normale /JA
- Amniocentèse JA à 30 SA : JA également atteint
- Interruption médicale de grossesse à 32 SA

Prélèvement ovulaire : malformation d'1 fœtus grossesse MC

9

- Prélever fœtus atteint :
 - Si résultat normal stop.
 - Si anormal → contrôle du 2^{ème} jumeau
- 2 d'emblée à discuter avec couple
- Préférer amniocentèse



■ 2 fœtus ■ 1 fœtus ■ 1 +/- 2

Cas clinique : malformation d'un fœtus d'une grossesse Bi-choriale

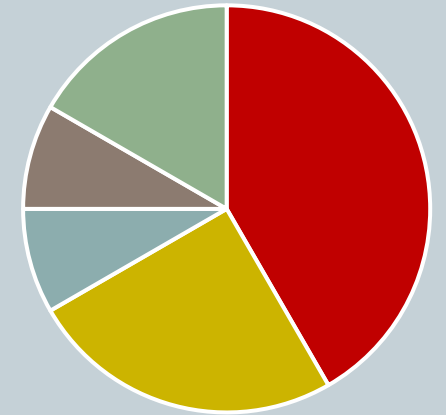
10

- Mme G
- 5 enfants en BS
- Echo T1 : GG BCBA : JA CN à 5 mm / LCC à 55 mm + œdème sous-cutané chez l'un des 2 fœtus, JB CN à 1,4 mm / LCC 52 mm.
- Biopsie de trophobaste JA : caryotype 47 XY + 21
- Après discussion avec le couple, ISG à 14 + 2 SA
- Echographie à 18 SA : JB étude morphologique sans particularité. Fœtus de sexe masculin.
- Amniocentèse JB à 18 SA : caryotype 47 XY + 21
- IMG

Prélèvement ovulaire : malformation d'1 fœtus grossesse BC

11

- **Prélever le fœtus atteint**
 - Si résultat normal stop
 - Si anormal et fœtus de sexes identiques possible monozygotie (20 %) → contrôle du 2^{ème} jumeau
 - Si anormal et fœtus de sexes différents : risque possiblement majoré / population générale ?
- **Prélèvement direct des 2 fœtus à discuter avec le couple**
- **Problématiques :**
 - Risque augmenté si double prélèvement ?
 - Risque de résultats séquentiels



- 1 fœtus
- 2 fœtus qqe soit sexe
- 2 fœtus si sexe identique
- 2 fœtus si même sexe selon souhait patiente
- 1 +/- 2 selon résultat si même sexe

GROSSESSE GEMELLAIRE : Quel type de prélèvement ?

12

- **Biopsie de trophoblaste :**
 - Permet diagnostic précoce avec possibilité éventuelle d'ISG précoce.
 - Pas toujours techniquement possible
 - Risque de perte fœtale de 2 % ?
 - 2020 : méta-analyse : perte fœtale 2 % après BT sur grossesse gémellaire vs 1,8 % sans BT
- **Amniocentèse :**
 - Risque moindre : 1 à 2 % ?
 - 2020 : 13 773 singletons and 426 twins. The fetal loss rate was significantly higher in twin 1,91 % vs singleton 0.24%, The fetal loss rate between monochorionic twins and dichorionic twins was similar (1.80% vs 1.78%, P = 1.000)
 - 2020 : méta-analyse taux de perte foetale 2,4 % dans les 2 groupes grossesses gémellaires avec amnio / pas d'amnio.
 - 2025 : 220 amnio GG vs 662 pas d'amnio : perte foetale 0,5 % vs 0,8 % → pas de difference
 - A privilégier si anomalie morphologique d'un seul fœtus d'une grossesse mono-choriale

Prélèvement grossesse gémellaire modalités pratiques

13

- Importance cruciale du repérage : insertions placentaires et funiculaires +++
- Opérateur entraîné
- En cas de possible ISG ultérieure il est préférable que ce soit la même équipe qui réalise les 2 gestes.
- Contrôle biochimique des 2 poches en cas de double amniocentèse
- 1 ou 2 prélèvements : pas de consensus

Cas clinique : interruption sélective grossesse mono-choriale

14

- Patiente de 28 ans
 - ATCD d'IMG à 15 SA pour rachischisis en 2015
 - Echo à 13SA+1 (Dr D'Hervé) : grossesse MCBA
 - ✦ Foetus droit le plus Bas situé (A) CN à 2,12 mm / LCC 77,1 mm



- ✦ Foetus gauche le plus Haut situé (B) CN à 1,66 mm / LCC 64,4 mm



Discordance de croissance précoce
entre les deux foetus
Insertion vélamenteuse du cordon JB

Cas clinique : interruption sélective grossesse mono-choriale, suite

15

- Echographie à 19 SA confirmée à 21 SA
 - Malformation sévère chez JB : dilatation kystique de la fosse postérieure, hypoplasie vermiennne, dilatation triventriculaire, méningocèle occipitale
 - Biométrie au 5e percentile
 - Évolution
 - JA : satisfaisante
 - JB : signes de mauvaise tolérance, ralentissement de croissance, anomalies du doppler ombilical avec épisodes de flux nul
- Pour JB, malformation sévère avec possibilité d'ISG



MAIS : Grossesse mono-choriale

Après information sur les risques liés au geste, couple ne souhaite initialement pas d'ISG

En cas de MIU de JB risque pour JA

Cas clinique : interruption sélective grossesse mono-choriale, suite

16

- Avis CPDP Rennes et Nantes : surveillance hebdomadaire de JB et JA
- Transfert au CHU à 31 SA pour index ombilical nul avec réverse flow sur JB
 - **Coagulation sélective du cordon de JB (CHU Nantes)**
 - Surveillance hebdomadaire de JA
- **IRM** JA à 35 SA : normale
- Césarienne à 35 SA +1 pour altération du RCF,
 - naissance d'un enfant de 2245 g, Apgar 10, pH 7,28, état satisfaisant

Interruption sélective de grossesse : Mono-choriales

17

Nécessite de couper de façon définitive toute communication vasculaire entre les deux fœtus

- Occlusion cordonale par laser (< 16 SA) ou pince bipolaire (18-25 SA).
- Transfert dans un centre pratiquant régulièrement des gestes de foetoscopie
 - Risques (Étude rétrospective Necker 1997-2018 sur 106 paires de jumeaux)
 - ✦ RPM (17-22 %),
 - ✦ Taux d'accouchement prématuré toujours majoré entre 20 et 30 %
 - ✦ Décès autre fœtus (13 à 15 %)
 - ✦ Troubles neuropsychologiques difficiles à évaluer justifie une IRM à 32 SA et pour certains un suivi post natal

Pas de modification significative sur la survie et le terme de naissance du jumeau non malformé

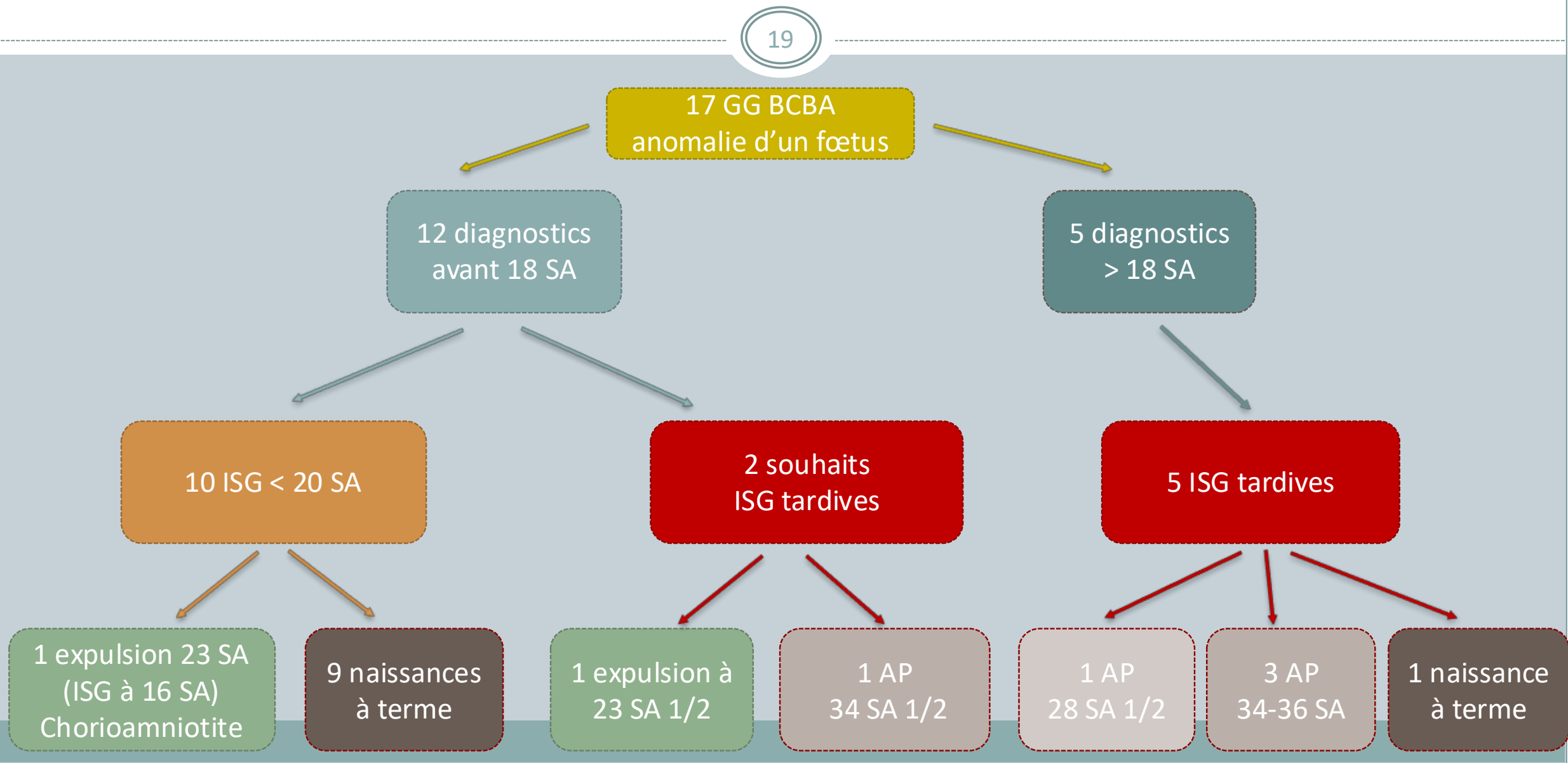
Interruption sélective de grossesse : Bi-choriales

18

- Au premier trimestre : injection intra-thoracique de xylocaïne ou de KCl
- Injection intra-funiculaire ou intra-cardiaque de lidocaïne (voir KCl) après anesthésie foétale
 - Risque de perte de grossesse en cas d'ISG précoce < 24 SA : 3 à 6,8 %
 - Risque de prématurité : majoré / certaines pathologies ? diminué par ISG précoce ?
 - Impact psychologique

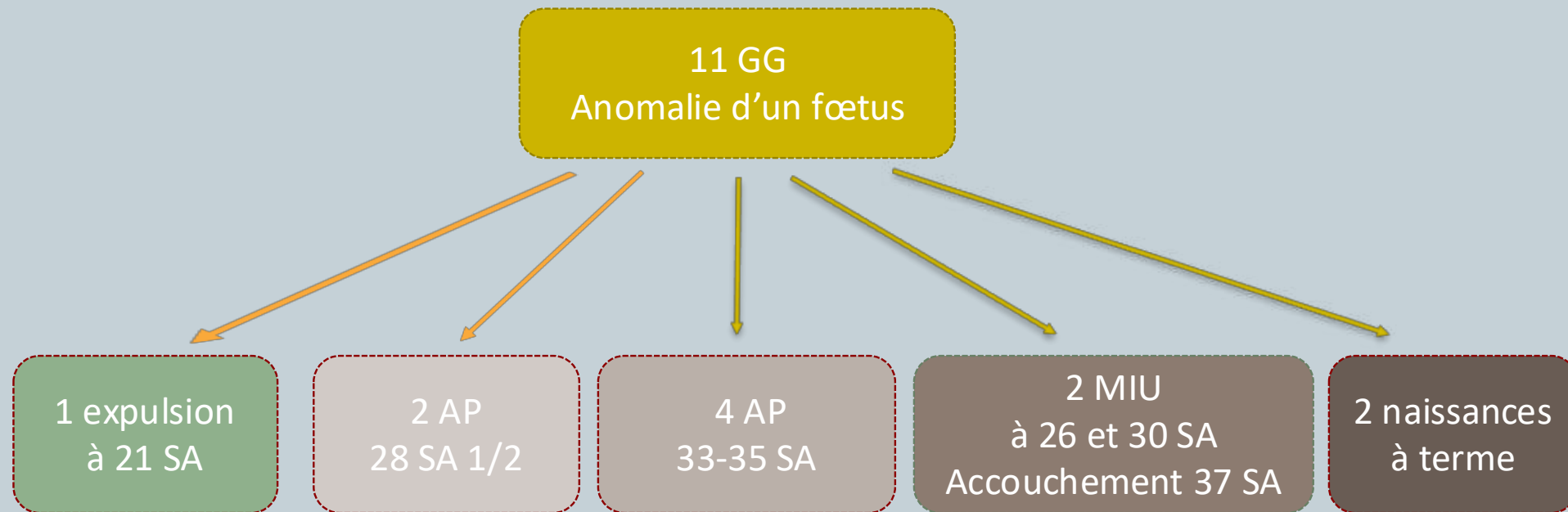
Interruption sélective de grossesse BCBA : CPDPN Rennes 2021-2025

19



Poursuite grossesse CPDPN Rennes 2021-2025

20



5 soins palliatifs avec décès rapide du jumeau malformé

→ 1 étude compare ISG < 21 SA vs expectative / anencéphalie : amélioration terme et poids naissance

Interruption sélective BCBA : précoce VS tardive ?

21

58 grossesses bichoriales biamniotiques ayant subi une ISG 2006-2017

Issues de grossesses selon le terme prévu de réalisation de l'ISG.

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	p
Réalisation prévue	≤20SA n=23 (39,7 %)	20-32A n=15 (25,8 %)	≥32SA n=20 (34,4 %)	
FC/MIU	2 (8,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0,33
RPM < 37SA	1 (4,3 %)	4 (26,7 %)	3 (15 %)	0,13
AP < 32SA	3 (14,3 %)	2 (13,3 %)	1 (5 %)	0,3
AP 32-37SA	3 (14,3 %)	4 (26,7 %)	8 (45 %)	0,3
A > 37SA	15 (71,4 %)	9 (60 %)	11 (55 %)	0,3
AVB	17 (81 %)	13 (86,7 %)	11 (55 %)	0,08

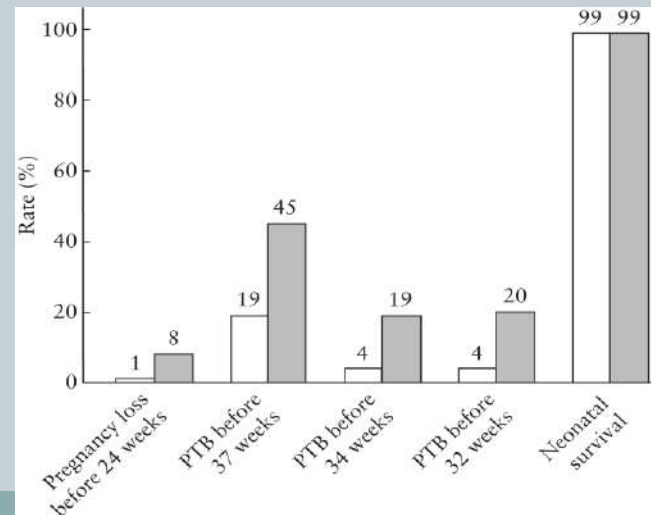
SA : semaine d'aménorrhée ; FC : fausse-couche ; MIU : mort in utero ; RPM : rupture prématurée des membranes ; AP : accouchement prématuré ; AVB : accouchement voie basse.

2022 Méta-analyse : 649 GG BCBA

→ 432 ISG < 18 SA

→ 217 ISG > 18 SA

→ The risk of pregnancy loss prior to 24 weeks and the rate of PTB before 37, 34 and 32 weeks were significantly higher in dichorionic twin pregnancies undergoing late vs early ST, thus highlighting the importance of early diagnosis of fetal anomalies in twin pregnancies.



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Article original
Issues périnatales des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques selon le terme de réalisation des interruptions sélectives de grossesses
Perinatal issues of biamniotic twin pregnancies depending on gestational ages of selective termination
M. Vannerum^{a,*}, E. Clouqueur^{b,c}
^aMaternité du Centre Hospitalier d'Arras, boulevard Georges-Besnier-Arras, France
^bClinique d'obstétrique, CHU de Lille, 59000 Lille, France
^cEA 4489, environnement et santé périnatale, université de Lille, 59000 Lille, France

ULTRASOUND in Obstetrics & Gynecology



Systematic Review | **Free Access**

Pregnancy and perinatal outcomes of early vs late selective termination in dichorionic twin pregnancy: systematic review and meta-analysis

S. Sorrenti, D. Di Mascio, A. Khalil, N. Persico, F. D'Antonio, F. Zullo, V. D'Ambrosio, G. Greenberg, J. Hassan, E. Vena, L. Muzii, R. Brunelli, A. Giancotti

First published: 22 November 2022 | <https://doi.org/10.1002/uog.26126> | [VIEW METRICS](#)

Interruption sélective grossesses BCBA

22

- Préférer ISG précoce avant 18 SA
- Information éclairée et choix de la patiente
- Eviter 2^{ème} trimestre
- T3 : quel terme ? Risque de mise en travail spontanée avant geste
- Equipe disponible en urgence
- Dès l'indication posée quel que soit le terme ?
- Pathologies à risque : hydramnios

Grossesse multiple avec môle complète

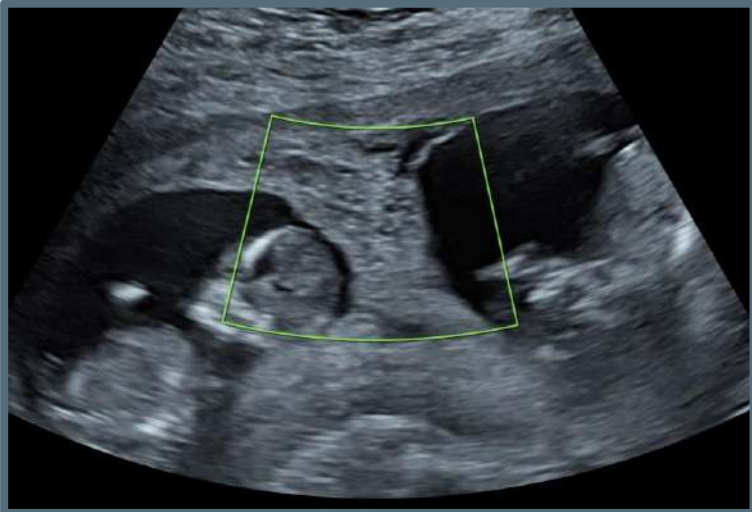
23

D AUSSEL

Cas clinique 1 Mme D

24

- Patiente G1P0
 - Grossesse « gémellaire » obtenue par IAD
 - Pas de test combiné T1 ... DPNI normal
 - Adressée à 12 SA pour image inhabituelle
- => Hématome organisé entre les deux sacs ?....



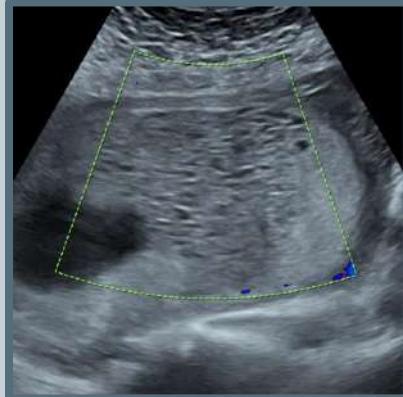
Cas clinique 1 Mme D

25

○ 14 SA : HCG 490 000 UI

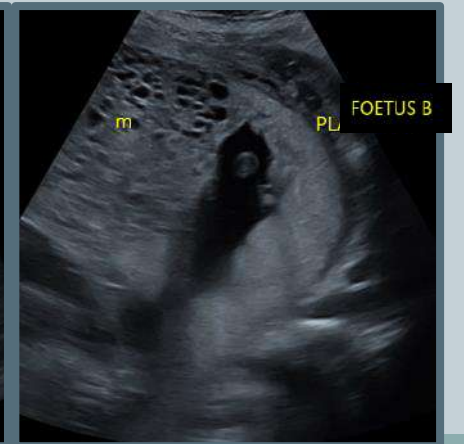


Grossesse triple avec deux fœtus d'évolution satisfaisante et une môle



○ 22SA

✦ Fœtus A garçon fœtus B fille



Cas clinique 1 Mme D

26

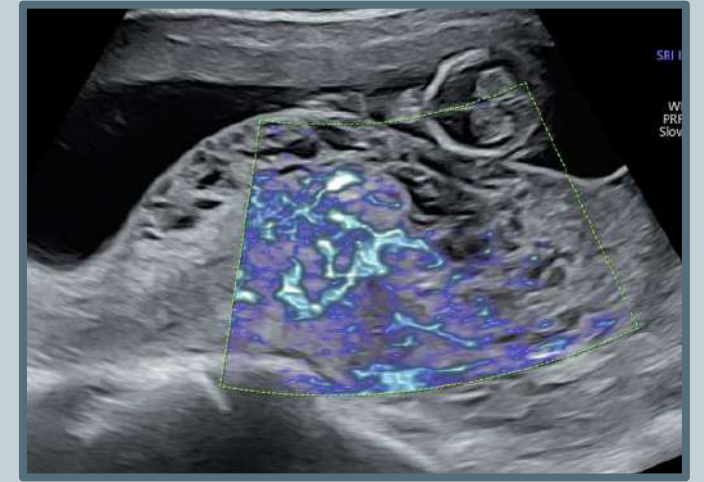
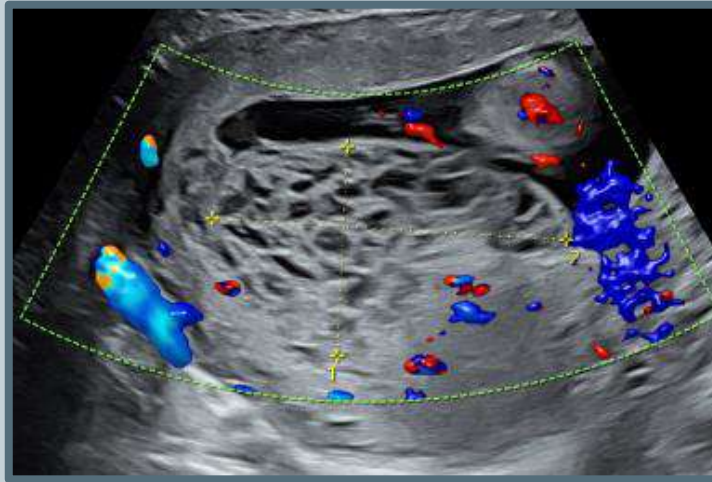
- Complications
 - Vomissements de début de grossesse
 - Cholestase
 - Dysthyroïdie
 - MAP
 - Métrorragies
- Evolution
 - Stable jusqu'à 24 SA avec suivi hebdomadaire des HCG (347000, 339000, 326000) des TA
 - Puis métrorragies récidivantes
 - Transfert au CHU
 - Césarienne à 29 SA pour métrorragies et modifications cervicales saignements 800 cc
 - Naissance d'une fille de 1240 gr et d'un garçon de 1240 gr
 - Négativation des HCG en 3 mois
- Anatomo-pathologie
 - Deux placenta distinct l'un P1 « normal » l'autre P2 comportant deux secteurs avec un vaste contingent de môle complète
- Grossesse ultérieure d'évolution normale



Cas clinique 2 Mme S

27

- Patiente G1P0
- Grossesse obtenue par stimulation
 - Echo T1 : CN à 1,3 mm / LCC à 62,5 mm. Aspect placentaire inhabituel.
 - RC 1/837 avec HCG : 9,82 MoM et PAPP-A : 1,05MoM
 - 13 SA placenta présentant deux composantes une homogène , une lacunaire



Grossesse gémellaire avec un fœtus d'évolution satisfaisante et une probable môle complète

Cas clinique 2 Mme S

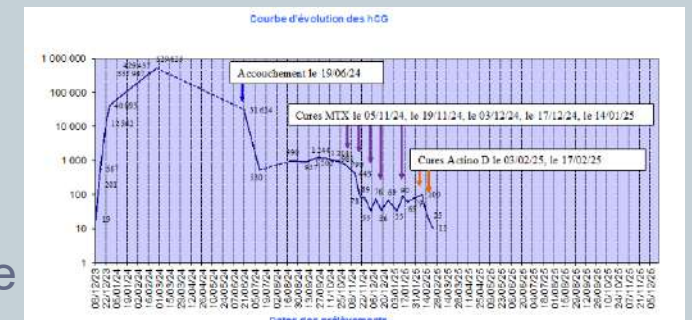
28

- Choix de poursuite de la grossesse
 - Transfert au CHU
 - ✦ Pas de complication
 - ✦ Suivi longitudinal des HCG en MOM : 22 MoM, puis diminution à 15 et 9 MoM
 - Déclenchement à 38 SA
 - ✦ Naissance d'une fille pesant 2900 gr
 - ✦ Pas d'hémorragie (RU)
 - Négativation des HCG en un mois
 - Anatomo-pathologie : probable môle complète sans certitude absolue
- Grossesse ultérieure (rapide à 6 mois du pp) d'évolution normale

Cas Clinique 3 Mme R (suivi et photo Dr Tardif)

29

- Patiente G4P2
 - Diagnostic de gémellaire avec môle fait à 13+4 SA (Dr Tardif)
 - ✦ CN non accessible test T2 HCG : 34,3 MoM
 - ✦ DPNI normal
 - Evolution marquée par
 - ✦ Métrorragies , hyperthyroïdie puis RPM à 26 SA+3
 - Accouchement par voie basse à 30 SA + 6j Fille 1700 gr
 - Anat path : môle complète
- Evolution post natale :
 - Récidive de prolifération molaire classée FIGO 2
 - Réascencion des HCG
 - IRM persistance d'un résidu molaire malgré la chimiothérapie
 - => décision d'hystérectomie (pas de souhait de grossesse ultérieure)
 - Anat path : lésions de choriocarcinome sur le site d'implantation placentaire



Grossesse multiple avec môle complète

30

- Ce sont des formes rares de maladie trophoblastiques gestationnelles (1/20000 à 1/100000) présentant à la fois des complications obstétricales maternelles et fœtales et un risque de tumeur trophoblastique persistante
- Môle complète : anomalie de fécondation => prolifération de tissus trophoblastique sans ADN maternel mais diploïde (à différencier de la môle partielle qui est triploïde ou tétraploïde)
- Mole complète et fœtus sain :
 - Soit Fécondation de deux ovocytes (dont un selon un mécanisme pathologique deux spermatozoïdes fécondent un ovocyte qui a expulsé son pronucléus)
 - Soit Fécondation d'un ovocyte par deux spermatozoïdes l'un contribuant au développement fœtal et l'autre à la formation du tissu molaire
 - Quelques cas décrits impliquant un seul spermatozoïde porteur d'une duplication du génome paternel et suivi d'une division cellulaire anormale
 - La grossesse qui en résulte comprends à la fois un fœtus sain et une môle complète

Grossesse multiple avec môle complète

31

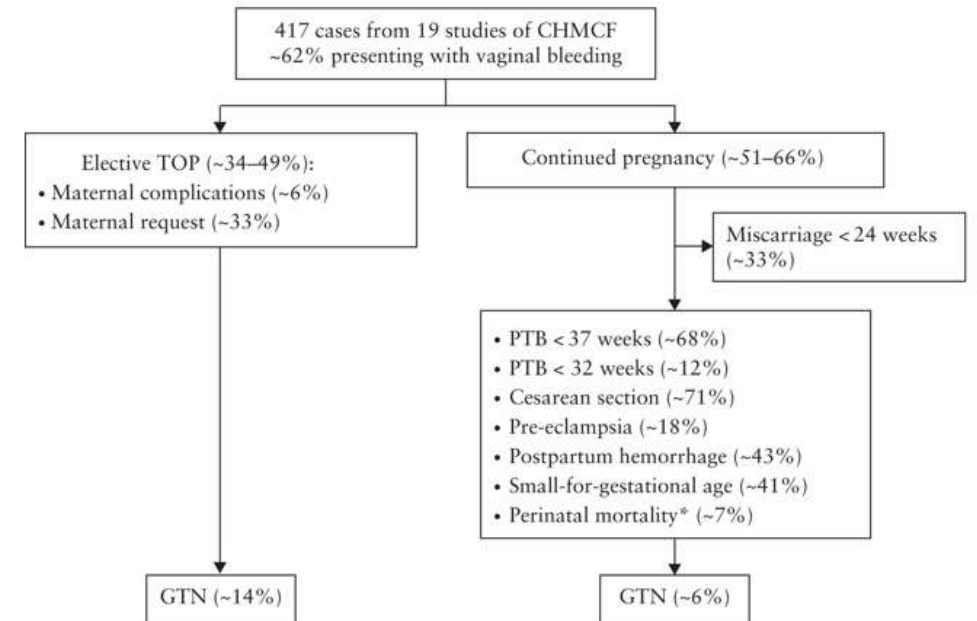
- Méta analyse de 2025 synthétise la prévalence des évolutions cliniques (417 cas 19 études)
 - 48,8 % non poursuite de la grossesse : demande de la patiente 33,1%, complications 6,2%
 - Parmi les patientes ayant poursuivi la grossesse
 - ✦ FCS avant 24 SA : 32%
 - ✦ MFIU 0,03%
 - Complications maternelles
 - ✦ Hémorragie : 76,2%
 - ✦ Pré éclampsie : 17,8%
 - Taux global de naissances vivantes 46,5% (40% de PAG)
 - ✦ Prématurité avant 37 SA : 67,8%
 - ✦ Grande prématurité (<32Sa) 12,6%
 - Naissance par césarienne 77,2%
 - Hémorragie du post partum 42,7%
 - Suivi oncologique :
 - ✦ Tumeur trophoblastique persistante :
 - Interruption de grossesse 14 %
 - Grossesse poursuivie avec naissance vivante 5,9 %

Ultrasound Obstet Gynecol 2025
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/ug.70104.
This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Multiple pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting normal fetus: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes from non-randomized studies

N. SALMERI^{1,2,3}, A. PIZZETTI^{1,2}, E. GRASSI^{1,2}, R. CIOFFI^{1,2}, G. MANGILI^{1,2}, M. SECKI⁴, A. SOTIRIADIS⁵, M. CANDIANI^{1,2} and P. I. CAVORETTO^{1,2}

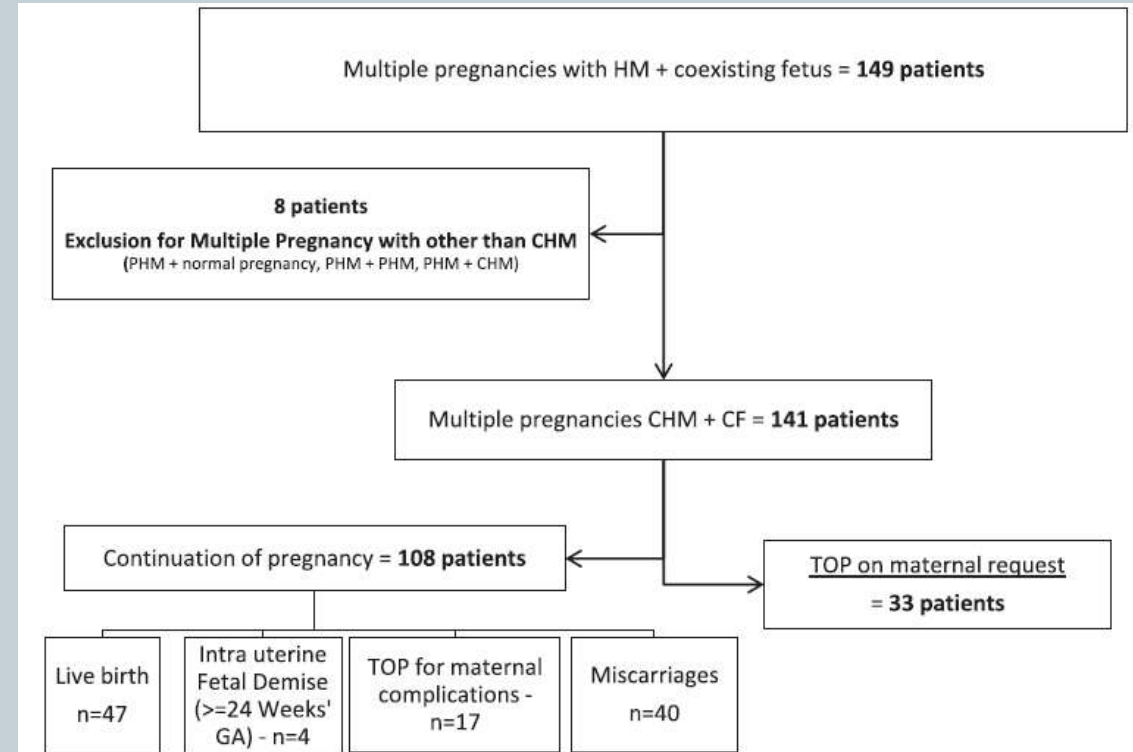
Multiple pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting normal fetus: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes from non-randomized studies



Grossesse multiple avec môle complète

32

- Etude du centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon 2023
 - Les patientes ayant des HCG < 10 MoM ont un meilleur pronostic obstétrical et néonatal
 - Le risque de développer une néoplasie trophoblastique est de 26% il semble > au risque après une grossesse molaire « simple » (15%)
 - Mais n'est pas amélioré par l'interruption précoce de la grossesse suggérant un « comportement différent » des contingents cellulaires
 - Il s'agit le plus souvent de scores FIGO bas



CF, coexisting fetus; CHM, complete hydatidiform mole; CHMCF, complete hydatidiform mole and coexisting fetus; HM, hydatidiform mole; PHM, partial hydatidiform mole; TOP, termination of pregnancy.

Hajri. Multiple pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting normal fetus. Am J Obstet Gynecol 2023.

OBSTETRICS

Multiple pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting normal fetus in a retrospective cohort of 141 patients

Touria Hajri, MS; Mona Massoud, MD, PhD; Margot Vergne, MD; Pierre Descargues, MD; Fabienne Allias, MD; Benoit You, MD, PhD; Jean-Pierre Lotz, MD, PhD; Julie Hasebaert, MD, PhD; Pierre-Adrien Bolze, MD, PhD; François Gollfer, MD, PhD; Jérôme Massardier, MD

Donc : Diagnostic de grossesse gémellaire avec môle complète et singleton « évolutif »

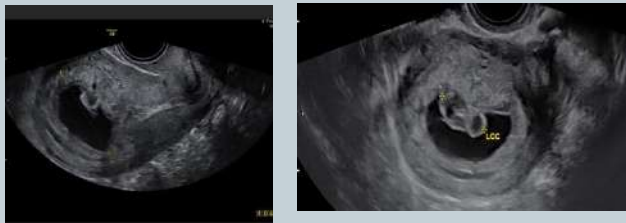
33

Pas de critère
échographique pronostic



Diagnostics différentiels

Triploïdie



Hématome sous chorial ++

Échographie référente

=>Examen soigneux du fœtus dont l'évolution est satisfaisante

=> Information sur les risques obstétricaux liés à la grossesse molaire :

PE, métrorragies ,

accouchement prématuré

=> Sur le risque de néoplasie trophoblastique non modifiée par une IMG précoce

Nécessité de suivi postnatal des HCG et de l'échographie

- Test T1 : HCG en MoM => facteur pronostic néonatal ?? **Seuil 10 MoM**

- DPNI possible

Suivi régulier (risque d'accouchement prématuré)

- TA, fonction thyroïdienne croissance fœtale

- HCG en MOM

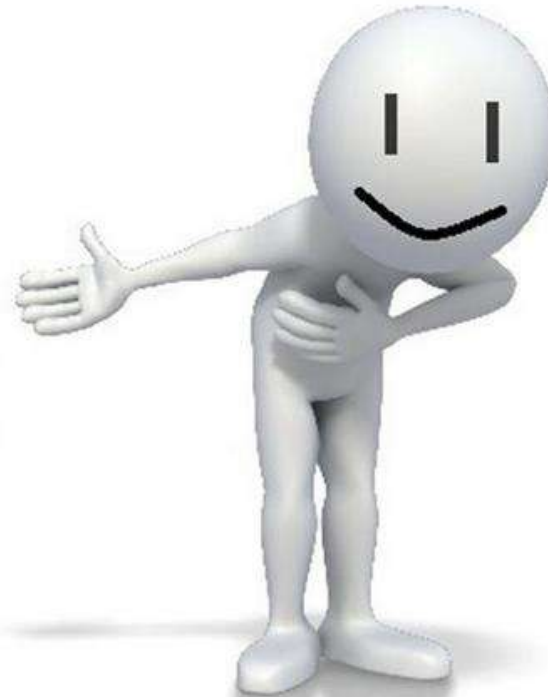
Accouchement en niveau 3

Post natal : HCG hebdomadaire jusqu'à négativation puis mensuel pendant un an

Bibliographie

34

MERCI DE
VOTRE
ATTENTION



Recommandations de pratique clinique de l'ISUOG : rôle de l'échographie dans les grossesses gémellaires

Systematic Review

Hydatidiform Mole with Coexisting Normal Pregnancy: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis

Pier Carlo Zorzato¹, Alberta Ricci¹, Mariachiara Bosco¹, Liliana Galli¹, Laura Luka¹, Irene Porcari¹, Rosa Maria Laterza^{2,3}, Veronica Parolin⁴, Michele Milella⁴, Antonio Simone Laganà⁵, Benjamin Fical⁶, Chiara Casprini¹, Anna Festi¹, Stefano Uccella^{1,7} and Simone Garzon¹

BJOG An International Journal of
Obstetrics and Gynaecology

DOI: 10.1111/1471-0528.16283
www.bjog.org

Systematic review

Obstetric outcomes of twin pregnancies presenting with a complete hydatidiform mole and coexistent normal fetus: a systematic review and meta-analysis

N Zilberman Sharon,^{a,b} R Maymon,^{a,b} Y Melker,^{a,b} E Jauniaux^c

Ultrasound Obstet Gynecol 2013; 41: 366–374
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.12359

Systematic review of sonographic findings of placental mesenchymal dysplasia and subsequent pregnancy outcome

U. A. NAYERI⁶, A. B. WEST[†], H. K. GROSSETTA NARDINI[†], J. A. COPEL[§] and A. K. SFAKIANAKI[§]

Ultrasound Obstet Gynecol 2025
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.70104.
This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution](#) License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Multiple pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting normal fetus: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes from non-randomized studies

N. SALMERI^{1,2,3}, A. PIZZETTI^{1,2}, E. GRASSI^{1,2}, R. CIOFFI^{1,2}, G. MANGILI^{1,2}, M. SECKI⁴, A. SOTIRIADIS⁵, M. CANDIANI^{1,2} and P. I. CAVORETTO^{1,2}

OBSTETRICS

Multiple pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting normal fetus in a retrospective cohort of 141 patients

Touria Hajri, MS; Mona Massoud, MD, PhD; Margot Vergne, MD; Pierre Descargues, MD; Fabienne Allias, MD; Benoit You, MD, PhD; Jean-Pierre Lotz, MD, PhD; Julie Haesebaert, MD, PhD; Pierre-Adrien Bolze, MD, PhD; François Goffier, MD, PhD; Jerome Massardier, MD

TOPO

Mme MALIN & Mr THIAM

Couple de patients — Témoignage

14h30-14h50 — Impact de la multiculturalité au DAN

TOPO

Dr Rahmeth RADJACK

Psychiatre, AP-HP Hôpital Cochin - Port-Royal, Paris — « Transmettre des compétences transculturelles aux professionnels »

14h50-15h40 — Impact de la multiculturalité au DAN

Compétences transculturelles en période périnatale



Dr Rahmethnissah RADJACK,
pédopsychiatre
Maison de Solenn, hôpital
Cochin, Paris
Liaison pédopsychiatrie sur la
maternité Port Royal

Grossesses gémellaires et impact de la multiculturalité au DAN
Journées du CPDPN, 6 février 2026, Rennes
rahmeth.Radjack@aphp.fr

Une liaison pédopsychiatrique (souvent transculturelle)

1 femme sur 4 qui accouche est une femme migrante (INSEE 2023)



Vulnérabilités transculturelles en période périnatale, comment pallier le clivage migratoire?



- Accoucher seule dans un monde étranger
- Vacillements des repères
- Perte du sentiment de compétence maternelle + inconnu (prématurité, dépistages...)
- Transmission d'une angoisse et d'un sentiment d'insécurité
- Comment respecter les rituels de naissance dans la migration et dans les situations de vulnérabilité?
- Réactivation traumatique, trauma migratoire, transparence culturelle (rigidifications parfois liées à l'angoisse) et ESPT Complex (dissociations, somatisations)
- Un bébé étrange et étranger

Vulnérabilité physique

- Davantage de césariennes, prématurité, malgré les facteurs confondants (Afrique sub saharienne+++)
- Une sous-représentation dans les études

Sauvegrain et al. 2017

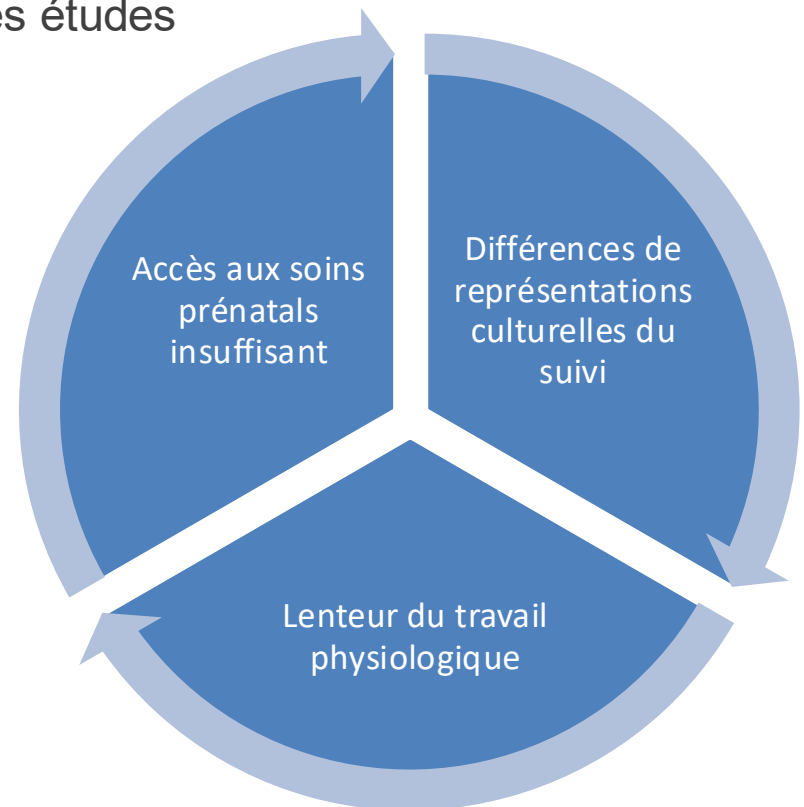
Azria E et al. 2015

Eslier et al. 2020

Kartik and al., 2022

Tamora et al, 2022

Gagnon et al. 2013



Risque de psychopathologie augmenté chez les patientes migrantes

- Dépression DPP (pré et post) : entre 38 % et 50 % chez les migrantes
- *Stevenson, 2023, Goguikian Ratcliff B, Diaz- Marchand N, 2019; Mestre et al. 2016, Urquia et al, 2015*
- Sur représentation des troubles mentaux en rapport avec les conditions d'accueil : dépression, états de stress post traumatiques complex (> modifications de la personnalité> relation de confiance, l'après coup)
- *Vandentorren S and coll. Eur J Public health, 2016 Feb 26 (1) : 71-6*
- Ne pas être culturaliste (interactions dysharmonieuses dans DPP)

Importance d'acquérir ces compétences en période périnatale



Valence
traumatique des
parcours
migratoires

Risque de
malentendu
culturel

Vulnérabilités
psychique et
physique

Compétences culturelles > Adaptation culturelle (S Gaulthier)

Désir culturel

Conscience
culturelle de soi

Connaissances
culturelles

Compétences et
habiletés cliniques
(interprètes, non
jugement...)

Radjack R, Bossuoy M, Camara H, Touhami F, Ogrizek A, Rodriguez J; Robin M and Moro MR. Transcultural Skills for Early Childhood Professionals. Frontiers in Psychiatry 2023

Radjack R, Hemmerter S, Lambert M, Azria E, Moro MR. Pertinence de l'approche transculturelle pour améliorer la relation de soins en période périnatale. Gynécologie obstétrique Fertilité et Sénologie 2023 Jun;51(6):342-347

Se décentrer

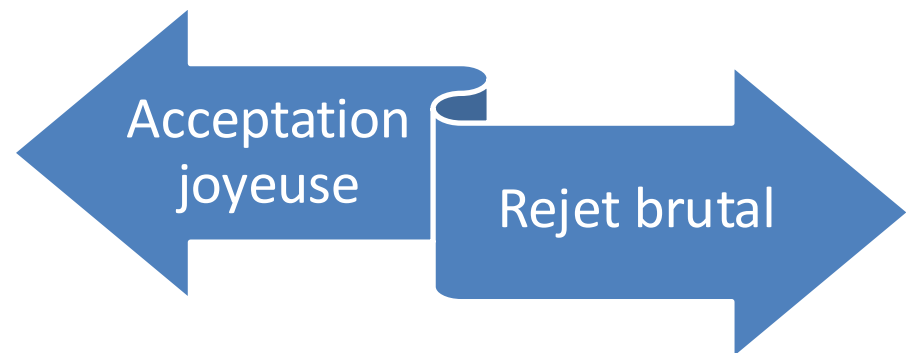


SOINS PÉDIATRIE/PUÉRICULTURE

Gémellité et cultures - 27/03/09

Doi : SPP-04-2009-30-247-1259-4792-101019-200902025

Marie Rose Moro ^[1],
Kouakou Kouassi ^[2]



Des représentations culturelles variables de la gémellité

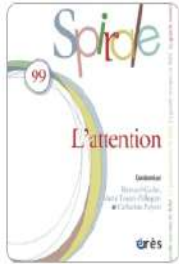
- Afrique sub saharienne: puissance du lien, 2 entités : pouvoir naturel-surnaturel > équilibre des forces (culte vs danger), dualité fondamentale dans la création
 - Bantous : appartenance monde animal (aversion)
 - Sénégal rejet au profit de l'harmonie avec la nature
- Madagascar : mise à mort symbolique de chevreaux pour éviter la symbolique du parricide
- Couper la cordelette unissant deux gerbes de riz par un devin
- Rituels nomination (Hawa et Adama, Hussein et Hassan) > symbolise pour sortir du réel; Mariage d'un des deux jumeaux : casser et tirer laalebasse en deux, familles de jumeaux
- Dogon, Bambaras, Malinkés : //idéal mythique, Baoulés : hautes fonctions
- Vaudou: êtres exceptionnels respectés et considérés dangereux
- Chine : impact enfant unique
- Placenta : double de l'enfant

On a aussi nos traditions et nos représentations ontologiques!

- Se laisser affecter et surprendre
- Métissages des pratiques
- Différentes formes de famille aujourd'hui
- Statut du fœtus?
- Notion d'attachement visible, de conception fusionnelle
- Questions religieuses?
- Nommer un bébé étranger jusqu'à 3 mois (Mali)
- Partir de l'idée d'un métissage et d'appartenances culturelles non figées, et auto désignées > pas de catalogage

Handicap et singularité

- Comment le fixer dans le monde des humains?
- Recherche collective d'un sens quand un enfant est « touché »
- Un enfant vulnérable à protéger sur le plan culturel et à reconnaître
- Convocation de la culture quand difficultés
- Reconnaître, protéger du mauvais œil, de l'attaque , ne pas regarder l'écho c'est protéger parfois (pas manque d'investissement)
- Des grossesses bien suivies> rassurant comme effracting parfois



≡ Article de revue

Prêter attention à la dimension culturelle en période périnatale pour mieux accompagner les parents et leurs bébés

Par Rahmethnissah Radjack, Selim Benjamin Guessoum, Anaïs Ogrizek et Marie Rose Moro

Pages 73 à 81

Devenir dans la migration

- Co construire des solutions même si on ne peut pas faire comme au pays
- Aider à sortir d'une pensée gelée par le trauma> redynamiser en utilisant la culture comme levier thérapeutique
- Aller retour entre culturel et individuel

Vignette clinique Stéphane 8 ans, douleurs multiples, « voit sa jumelle décédée à la naissance »

Origine malgache

Prophétie autoréalisatrice « il s'en souviendra toujours »

N'a pas été protégé :

Erreur médicale?

Pas de protection culturelle : n'a pas planté le placenta, le double des enfants.

Savoir adapter le cadre, les questions

- Posture dynamique
- Interprète
- S'intéresser authentiquement à l'autre n'est pas stigmatisant
- « Refus de soins » : le refus est rarement là où on le pense
- Ne pas s'identifier

Changer le cadre

- Hospitalité dans l'accueil
- Interroger l'identité culturelle des patients avec précision
- Expliciter le rôle du professionnel, se présenter précisément et les objectifs
- Être créatif n'est pas hors cadre (ex: groupe de parole multilingue)



Se donner les moyens de pallier le risque de malentendus

- Exemple malformation rénale et impossibilité de traduire en chinois cousine)
- Savoir travailler avec les interprètes : malgré les recommandations, peu de mise en pratique!
- Montrer aux professionnels comment on travaille avec eux, comment ca transforme la situation :

Affirmation du patient

Négociations possibles

Compréhension mutuelle et respect

Expression facilitée des émotions

Gain de temps et financier+++



Tribe R. Working with interpreters In: Bhugra D, editor. Oxford textbook of migrant psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2020. 335-342

Lachal, J et al. (2019). Transcultural mediation programme in a paediatric hospital in France: qualitative and quantitative study of participants' experience and impact on hospital costs. *BMJ Open* ; 9(11).

Elaborer un sens et PISTES d'ACTION

- Patients : « Chez nous on agit, plutôt que de passer par la parole » (le guérisseur guérit, le soignant soigne)
- Dans les situations de pathologies : Enoncer la problématique par la famille:
 - Que pensez vous de ce qui se passe? Que dirait-on au pays? (exemples: TED et enfant singulier)
 - Y'a-t-il une logique thérapeutique en lien?

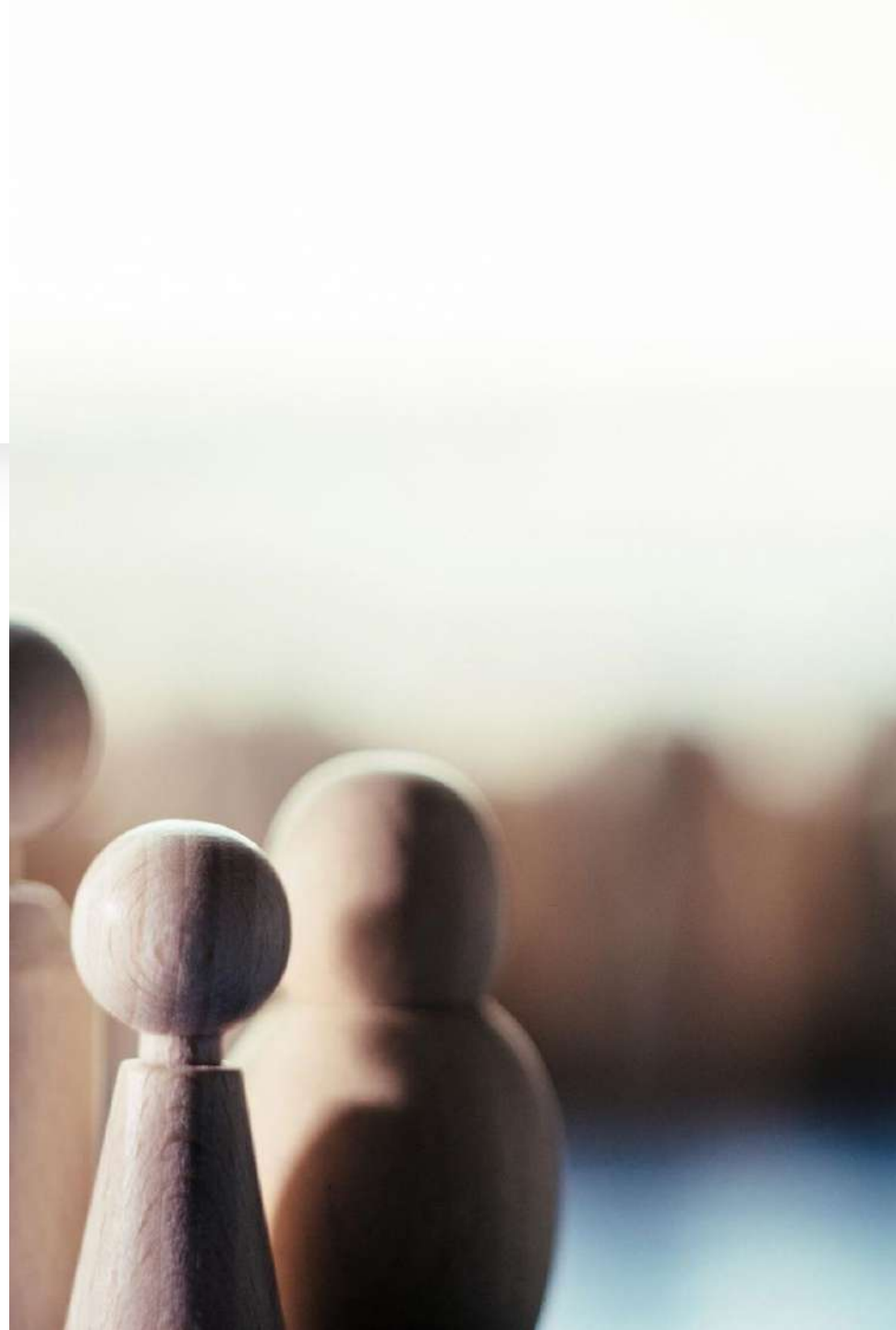
Faire du Lien, Faire exister les absents, Sortir d'un vécu d'isolement

- Quelle famille est restée au pays? Ceux en France?
- Quels sont les liens (téléphoniques, fréquence)?
- Leur a-t-on annoncé la naissance?
- Génogramme
- Y'a-t-il des amis, des compatriotes à proximité?
- Le parent a-t-il l'occasion de parler sa langue maternelle?
- Comment adapter les pratiques? Période de réclusion? « *les grands-mères vont prendre l'enfant, font les biberons, te soignent, tu te reposes, t'as même pas le temps de voir ton enfant* » « *Après 3 mois, vous êtes avec lui* »
- Différentes manières de faire famille

Posture

- Famille en position d'expert sans renoncer à son savoir, qui nous apprend (être explicite)
- Regard, posture, penser sans jugement. Attention à la disqualification parentale
- Se décentrer : se donner les moyens de comprendre, laisser une place au doute tolérable

Radjack R, Hemmerter S, Lambert M, Azria E, Moro MR. Pertinence de l'approche transculturelle pour améliorer la relation de soins en période périnatale. Gynécologie obstétrique Fertilité et Sénologie 2023 Jun;51(6):342-347.



Biais implicites culturels

- Réactions subjectives du professionnel face à l'altérité que lui renvoie le patient (son éducation, sa religion, ses habitudes de vie...)
- Pluri Dimensionnel :
émotionnel/politique/historique/
traumatique (éviter l'incrédulité liée à l'impensable)
- Prendre en compte ses biais implicites pour accueillir d'autres manières de faire (temps, interprètes, concertations d'équipes)

Azria E et al. Implicit biases and differential perinatal care for migrant women: Methodological framework and study protocol of the BiP study. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2022



Double crise : Des bébés prématurés et des parents prématurés

- **Quid Parents qui ne viennent pas?**
 - *Crainte d'investir s'il meure*
 - *Bébé qui appartient aux soignants?*
 - *Peur de ne pas savoir faire « il est si petit »*
 - *Rarement un non-investissement*
 - *Affaissement de l'humeur fréquent*
 - *Angoisse et sensibilité*
 - *Portage proximal empêché par le berceau couveuse*
- **Importance de pouvoir mobiliser l'entourage de la bonne manière**
 - *Place de la famille élargie en néonatalogie*
 - *Ce n'est pas aux parents de rassurer la famille*

Recherche Exprimquali
2025

Vécu des parents
d'enfants nés extrêmes
prématurés

« Naitre entre les mondes : actualités transculturelles en périnatalité »

Hawa CAMARA, Rahmeth RADJACK

Année 2025-2026

Avec l'aide de l'Association Internationale d'Ethnopsychanalyse (A.I.E.P.)

www.aiep-transculturel.com et www.mda.aphp.fr

Les lundis de 17h30 à 19h30

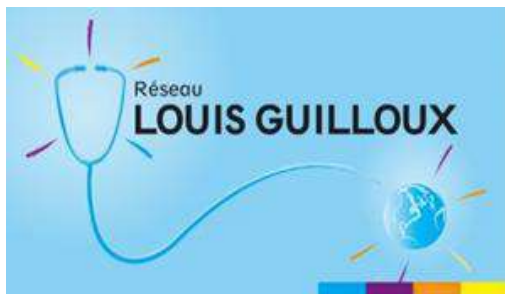
- **13/10/25** – Rahmeth Radjack & Hawa Camara
Introduction
« Vulnérabilités et complexités transculturelles en maternité » (1)
- **17/11/25** – Marie Debernardy
« Psychomotricité et transculturalité en réanimation néonatale : partages cliniques »
- **15/12/25** – Equipe périnatale de Rennes - Christelle Gosme & al.
« Le maillage partenarial comme support à la création du lien mère-bébé »
- **19/01/26** - Fatima Touhami
« Le devenir mère/père des Mineurs non accompagnés : Quelles réalités ? »
- **16/02/26** – Chenyuan Grace Nong
« Contre transfert transculturel auprès des parents originaires d'Asie du nord-est »
- **16/03/26** - Candie Grangé
« Vulnérabilité psychique et perception des soignants en situation transculturelle »
- **13/04/26** - Elodie Ngameni
« Rôle et engagement paternel en contexte migratoire »
- **18/05/26** – Sylvie Epelboin
« Approche transculturelle de l'infertilité et des demandes d'AMP et dons de gamètes »
- **15/06/26** - Hawa Camara et Rahmeth Radjack
« Vulnérabilités et complexités transculturelles en maternité » (2)
Conclusion

TOPO

Isabelle GUILLOU

Réseau Louis Guilloux — « Les ressources locales : le centre Louis Guillou »

15h40-16h00 — Impact de la multiculturalité au DAN



Réseau Louis Guilloux: accès aux soins des publics allophones

6 février 2026

Réseau Louis Guilloux (RLG) : 6 POLES D'ACTIVITE

Pôle Migrants

Centre médical Louis Guilloux

Consultations de médecine générale/gynéco/infectieux

Ouverture des droits pour l'accès aux soins

Orientation médico-sociale



ASL (ateliers sociolinguistiques): cours de français autour de la grossesse

DATASAM :

Accompagnement des professionnels médico-sociaux en Bretagne/accès aux soins

Equipe mobile santé précarité 35

Centre de soins en santé mentale

Consultations IDE, psychologue, psychiatre et Pédopsychiatre

Public adultes et enfants en situation de précarité n'ayant pas un accès effectif aux soins en santé mentale

Accompagnement social



Pôle Tuberculose

Coordination de la prise en charge des personnes atteintes de tuberculose

Aide à la Bonne Observance

Prévention

Organisation de dépistages ciblés
Formation et information des professionnels médico-sociaux



Pôle Coordination en santé sexuelle

coordination et soutien aux professionnels et décideurs publics (conseil méthodologique, outils, formation, coordination d'actions...)



Organisation de dépistages

Accompagnement de personnes séropositives

Pôle interprétariat

Facilitation de la communication entre professionnels de la santé et du social et personne migrante
Interprétariat de qualité dans les domaines médical, social, éducatif et juridique

Charte de l'interprétariat médical et social (travail national)



15 langues

Albanais, anglais, arabe, dari, géorgien, kurde, ourdou, pachto, portugais roumain, russe, serbe, somali, turc, ukrainien



Pôle A.C.T. 20 appartements

Prise en charge médico-sociale de personnes atteintes de pathologies chroniques et en situation de précarité



Pour toute femme enceinte allophone, migrante ou non

Les ASL « ma grossesse en France »

- ▶ Ateliers de français en lien avec la grossesse, l'accouchement, les suites de couches, le post partum, la parentalité...

Informations personnalisées

- ▶ Femmes demandent des infos sur leur propre suivi.
- ▶ Dépistage des vulnérabilités (précarité, violences....)

Qu'est ce qui m'a amenée à ces ateliers ?



Une situation de diagnostic anténatal

Nina

- ▶ fin d'été en 2010: un jeune couple, Nina, 1^{ière} grossesse , 33 SA, arrivent de Mongolie, pas d'hébergement.
- ▶ Echographie: myéloméningocèle lombo-sacrée, retentissement cérébral, pieds varus.
- ▶ Consultations avec interprète génétique, neuro-pédiatre, IRM, amniocentèse.
- ▶ Réflexion du couple sur poursuite grossesse ou non.
- ▶ Après une semaine de réflexion: le couple demande une IMG
 - ➡ Comment peut-on se relever de tout cela?
 - ➡ Comment vont-ils avancer dans leur parcours?
- ▶ 2012: Nina se présente dans le service du diagnostic anténatal et demande à être suivie pour sa nouvelle grossesse.....

RÔLE MAJEUR DE L'INTERPRETARIAT DANS CES SITUATIONS MEDICALES COMPLEXES

INTERPRETE ET SITUATIONS DE DIAGNOSTIC ANTENATAL

- ▶ Conscience de positionnements difficiles (ex: homme non autorisé à échanger avec une femme dans certaines cultures)
- ▶ Conscience de bousculer des croyances religieuses , culturelles (IMG en France, prélèvements invasifs)
- ▶ Conscience de traduire des mots difficiles mais devant être dits.
- ▶ Conscience de devoir traduire tout ce que dit le médecin
- ▶ Conscience que cela interpelle également leur positionnement personnel

Ce qui leur va: - apporter leur aide à la prise de décision
- apporter une aide dans la continuité des soins

Ce qui les bouscule: les annonces de décès et les signes qui l'accompagnent

Le Pôle Interprétariat

Création en 2007 (avec le centre médical Louis Guilloux)

Objectif principal:

Améliorer la qualité des soins des migrants en prenant en compte la parole du patient

Equipe : 18 interprètes, 2 secrétaires , 1 responsable

Modalités : Interprétariat en présentiel ou téléphonique en Bretagne sur RDV

Quelques chiffres sur l'activité 2025:

14 000 heures / 62 interventions par jour

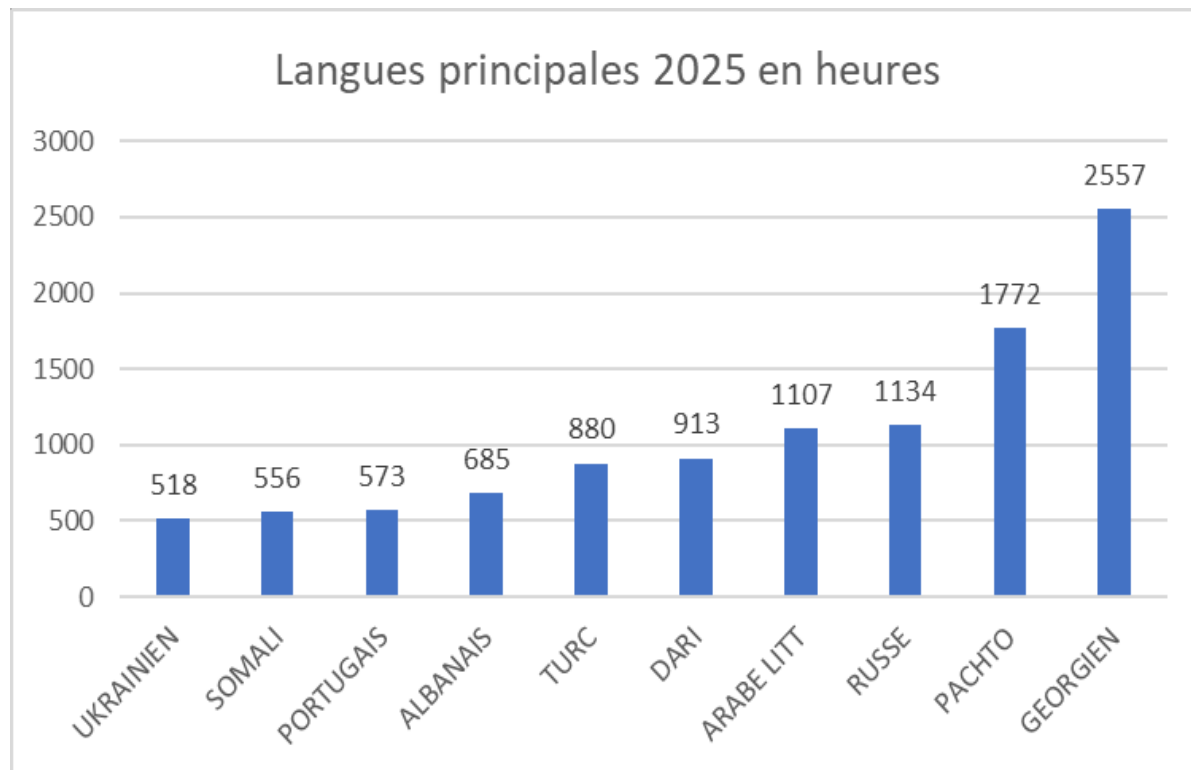
près de 4000 personnes migrantes accompagnées / 1600 professionnels

**81% des interventions dans le
domaine médical**

**CHU de Rennes : 2663 heures en 2024 dont services
de gynécologie obstétrique, pédiatrie: 28%**

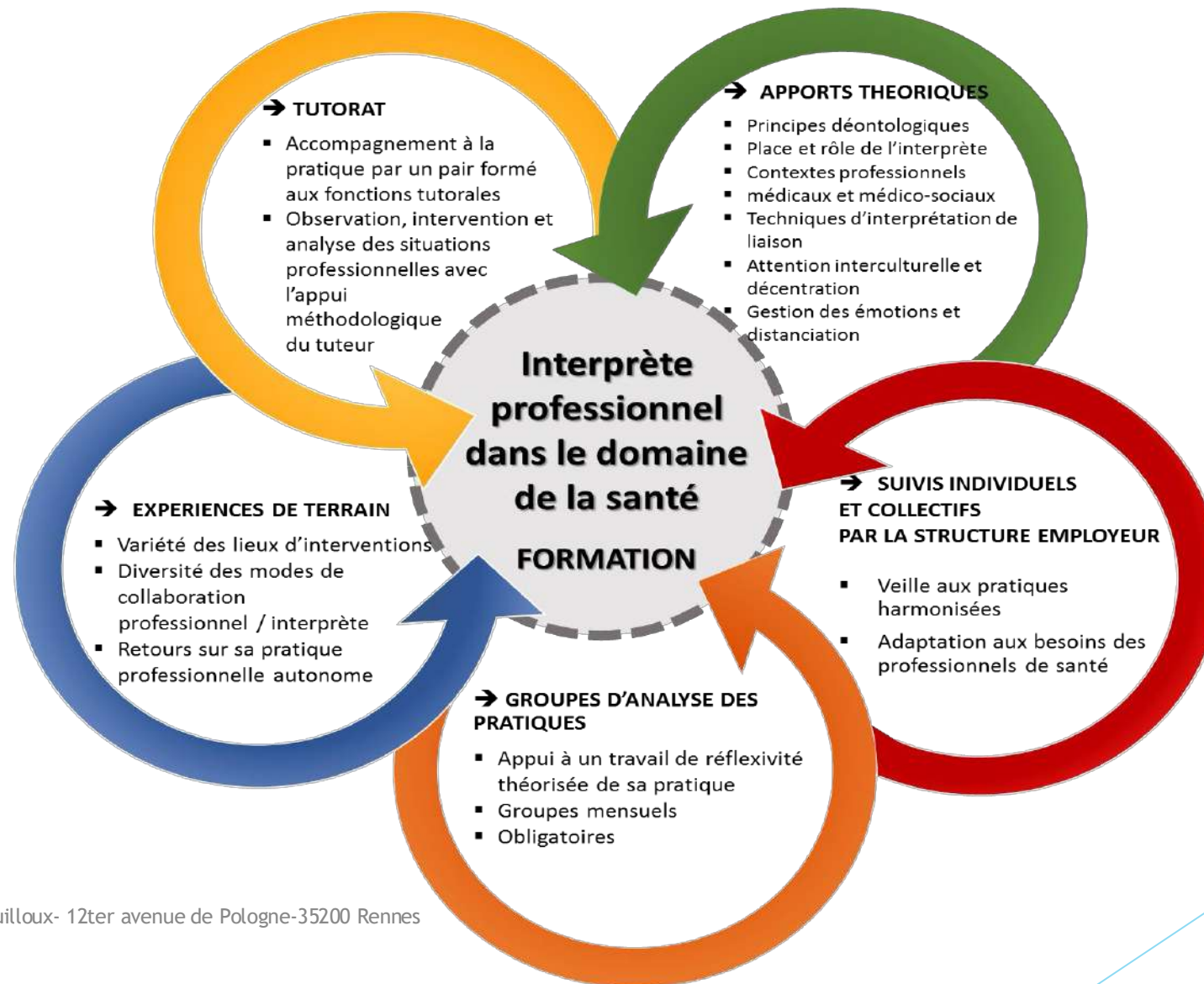
Focus sur les langues d'intervention

50 langues d'intervention
grâce au partenariat RIMES

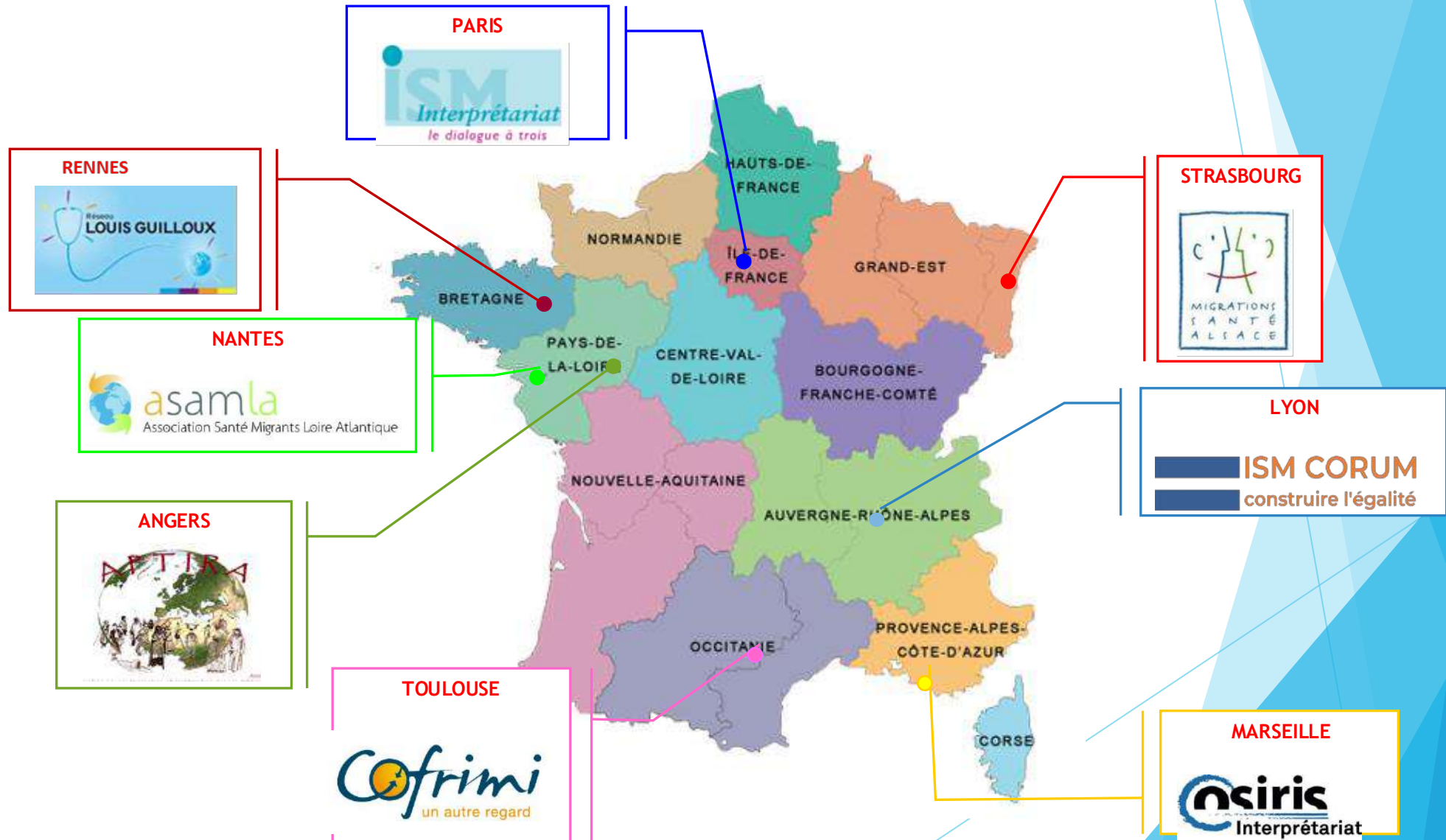


ALBANAIS	MONGOL
AMHARIQUE	OROMO
ANGLAIS	OURDOU
ARABE LITT	PACHTO
ARABE MAGHREB	PENJABI
ARABE SOUDAN	PERSE
ARABE SYRIEN	PERSE
ARMENIEN	PEUL
AZERI	PORTUGAIS
BAMBARA	ROUMAIN
BENGALI	RUSSE
COMORIEN	SERBE
DARI	SOMALI
DIAKHANKE	SONINKE
ESPAGNOL	SOUSSOU
GEORGIEN	SWAHILI
HAOUSSA	TAMOUL
KHMER	TCHETCHENE
KURDE BADINI	THAÏLANDAIS
KURDE	TIBETAIN
KURMANDJI	TIBÉTAÏN
KURDE SORANI	TIGRIGNA
KURDISH IRAKIEN	TURC
LINGALA	UKRAINIEN
LITUANIEN	WOLOF
MALINKE	

Focus sur la formation des interprètes



Réseau de l'Interprétariat Médical Et Social (RIMES)



Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France

adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012



Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012

L'interprétariat professionnel se base sur les principes suivants :

Fidélité de traduction

L'interprète médical et social restitue le discours dans l'intégralité du sens avec précision et fidélité, sans addition, omission, distorsion ou embellissement du sens.

Confidentialité et secret professionnel

L'interprète médical et social a un devoir de confidentialité de toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au même secret professionnel que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.

Impartialité

L'interprète médical et social exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale aux différents protagonistes.

Respect de l'autonomie des personnes

L'interprète médical et social n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes. Il leur reconnaît les compétences pour s'exprimer en leur propre nom et prendre des décisions en toute autonomie. Il respecte les stratégies des interlocuteurs. Il ne se substitue pas à l'un ou à l'autre.

Pourquoi un interprète professionnel?

- ▶ Savoir parler plusieurs langues n'est pas suffisant pour assumer les fonctions d'interprète médico-social, c'est une profession à part entière.
- ▶ L'interprétariat "de proximité" peut mettre à mal l'intimité des patients et entraver la confidentialité des propos échangés.
- ▶ La fidélité de la traduction (sans rajouts ou omissions) n'est pas garantie par un interprète de proximité.
- ▶ Elle s'inscrit dans un cadre déontologique, et les fonctions assumées par l'interprète exigent des connaissances particulières.

Interprétariat et cultures

- Attention interculturelle: l'interprète peut expliquer des blocages interculturels et certaines dynamiques familiales MAIS ne peut pas tout savoir sur toutes les cultures
- Même langue ne veut pas dire même culture (ex: russe, arabe, français...)
- Ne pas « enfermer » les patients dans « le tout culturel » mais les questionner par le biais de l'interprète

Conclusion

Article « Le soin aux étrangers : une question médicale, morale et politique »

- ▶ Témoignage de l'équipe de l'hôpital Delafontaine est situé en Seine-Saint-Denis et reçoit une population multiculturelle:

« Nous proposerons de penser le malade étranger comme une figure venant incarner la dimension, non pas tant interculturelle que subjective de la prise en charge, souvent reléguée en second plan.

Par sa situation spécifique, il nous oblige à retrouver ce qui constitue une part essentielle de la prise en charge d'un malade : la personne elle-même, et nous engage ainsi à l'écouter et le prendre en compte, dans ses différences, son altérité, son étrangeté parfois même, sa singularité, bref un malade comme tous les autres... Il nous apprend alors à soigner chacun selon un mode sans pareil. »

* [Isabelle Marin](#), [Sara Piazza](#)

- ▶ Dans [Jusqu'à la mort accompagner la vie 2015/4 \(N° 123\)](#), pages 55 à 68

Merci



Isabelle GUILLOU
l.guillou@rlg35.org
Tél: 06 76 53 96 86

Oksana VATS
o.vats@rlg35.org
Tél: 02 99 32 91 57

Réseau Louis Guilloux- 12ter avenue de Pologne-35200
Rennes

