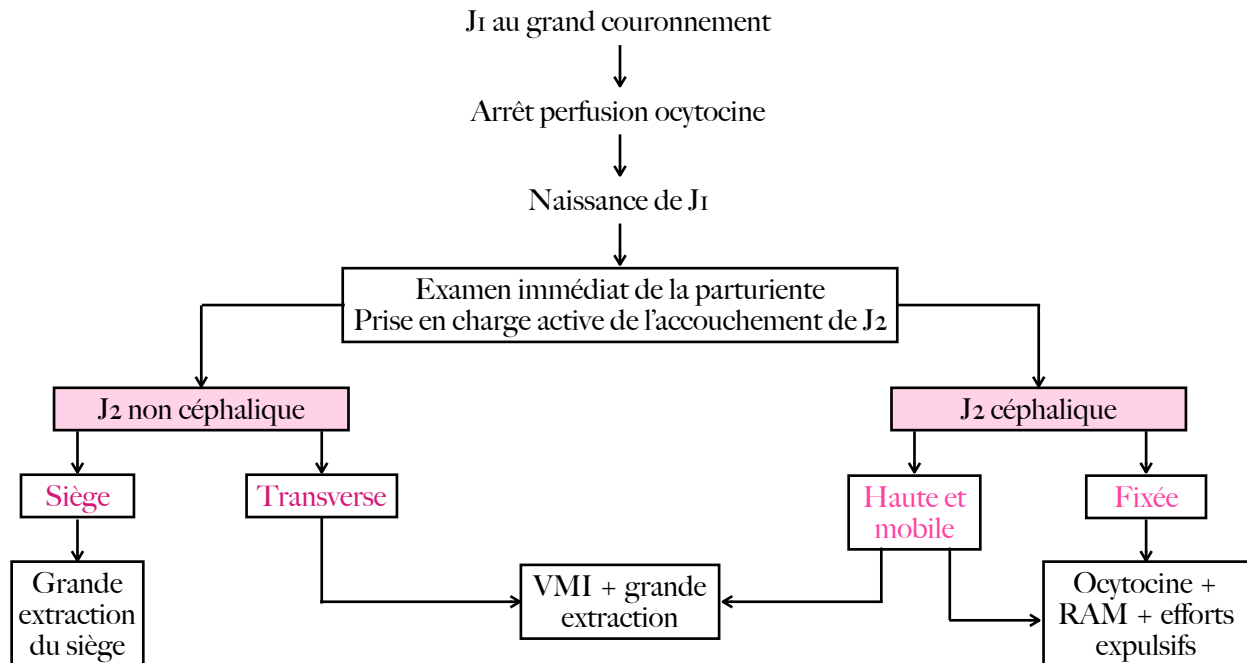


Accouchement des grossesses gémellaires

Principe : il faut attendre l'engagement et la descente de J1 sur le périnée avant de faire pousser.
L'accouchement pourra se faire soit en salle de naissance soit en salle de césarienne (selon les centres).

Algorithme des modalités d'accouchement du second jumeau



+/- césarienne sur J2

Contre indications absolues à la voie basse:

- ▶ **J1 en présentation transverse**
- ▶ **placenta praevia recouvrant**
- ▶ **RCIU sévère d'un des deux jumeaux**
- ▶ **pathologie gravidique instable**
- ▶ **grossesse gémellaire mono-amniotique avec J1 en siège et J2 en tête (risque d'accrochage des mentons)**
- ▶ **utérus pluri-cicatriciel**



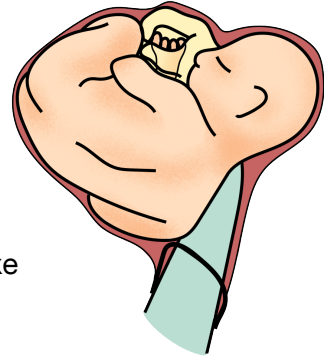
Version par Manoeuvre Interne et grande extraction du siège sur J2

Pré-requis:

- ➔ naissance de J1 réalisée
- ➔ **syntocinon arrêté**
- ➔ **poche des eaux de J2 non rompue** (si possible ++)
- ➔ J2 en présentation **céphalique** ou **transverse**
- ➔ présence de l'équipe obstétricale au complet en salle de naissance (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes et pédiatres)
- ➔ patiente sous **anesthésie péridurale**

Technique:

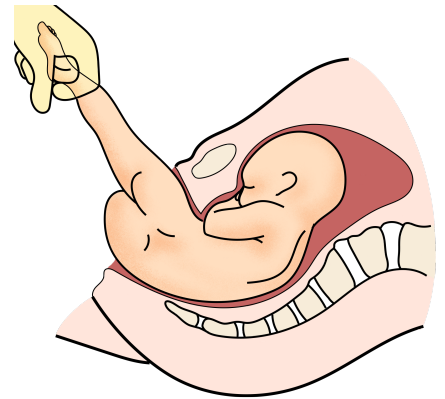
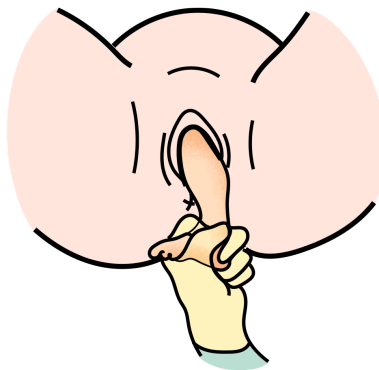
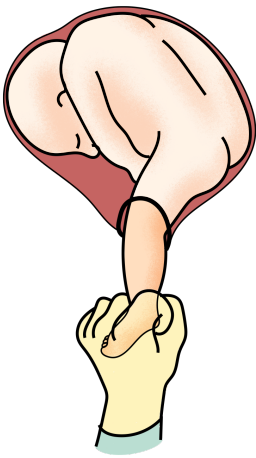
1. Glisser une main en intra-utérin afin de **repérer le dos ou la cuisse antérieure** de J2
2. Longer la cuisse, le creux poplité puis le tibia foetal jusqu'à atteindre le **pied** (différenciable d'une main grâce talon)
3. Saisir fermement le pied et débuter une **traction** sur celui ci vers le **bas** dans l'axe ombilic-coccygien pour venir engager le siège

NB:

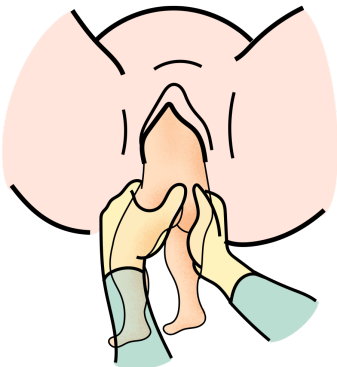
Si la présentation était initialement céphalique, l'opérateur utilisera sa main abdominale pour refouler le pôle céphalique vers le fond utérin

La version devra être faite **en dehors de la contraction**

4. **Rupture des membranes** le plus souvent spontanée lors de la version



5. **S'assurer que le dos foetal se trouve en avant ++**



6. Petite **extraction du siège** similaire à une grossesse singleton

7. Réaliser une **délivrance artificielle** des placentas

Astuces:

- Dans l'idéal il est préférable de saisir les **2 pieds ensemble**
- **Eviter** de saisir **uniquement le pied postérieur** qui est à risque d'enclaver la hanche antérieure foetale au dessus de la symphyse pubienne maternelle lors de la traction et d'empêcher ainsi sa descente
- En cas d'**hypertonie** utérine il est possible de demander à l'anesthésiste d'administrer des **dérivés nitrés** afin de relâcher l'utérus

Point sur la TRINITRINE (LENITRAL) = dérivés nitrés

Préparation: une ampoule = 5 mg de Nitronal dans une seringue de 20 ml soit 0,25 mg/ml ou 250 µg /ml

Attention: surveillance TA +++

Indications	Hypertonie utérine Rétention Placentaire	Rétention tête dernière sur siège VMI sur J2 Rétraction per-césarienne sur transverse ou laparochisis
Poso/poids	5 µg/kg	10 µg/kg
50-69 kg	1 mL = 250 µg	2 mL = 500 µg
70-99 kg	2 mL = 500 µg	4 mL = 1000 µg
100-125 kg	3 mL = 750 µg	5 mL = 1250 µg
126-150 kg	4 mL = 1000 µg	6 mL = 1500 µg

