

12. GROSSESSES GÉMELLAIRES

Ch. Leroy, V. Van Leeuw, V. Rigo

12.1 INTRODUCTION

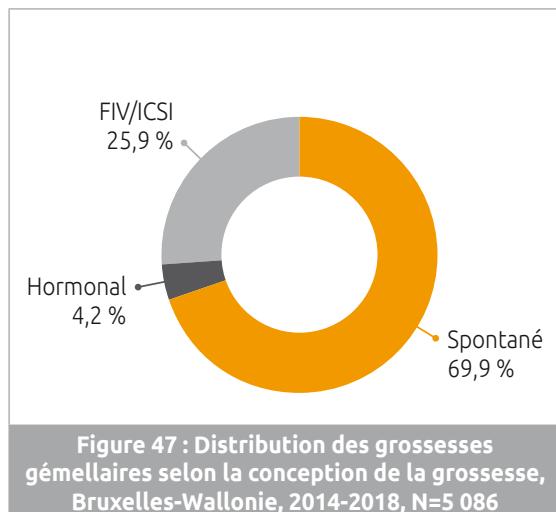
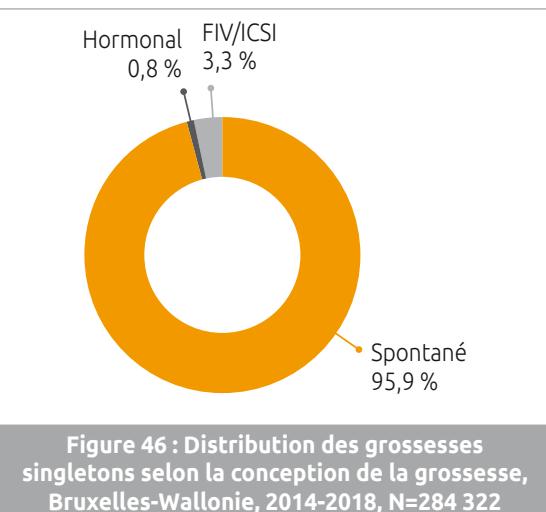
Depuis la nuit des temps, la gémellité fascine l'humanité. On retrouve ainsi des jumeaux dans les mythes fondateurs de l'antiquité occidentale, qu'il s'agisse de la fondation de Rome ou des demi-dieux grecs Castor et Pollux. Plus récemment, la fréquence de ces grossesses montre une augmentation progressive. Ceci est observé depuis près d'un demi-siècle (64), et est associé au recul de l'âge de la maternité. Les grossesses gémellaires sont également associées à une majoration des risques obstétricaux et néonatals, avec notamment un risque élevé de prématurité. Il nous a ainsi paru important de s'attarder sur les caractéristiques de ces grossesses.

12.2 RÉSULTATS

En Régions bruxelloise et wallonne de 2014 à 2018, la proportion de grossesses multiples est de 1,7 pour 100 grossesses avec 5 195 grossesses gémellaires, 88 grossesses triples et 2 grossesses quadruples. Sur cette période, 3,4 enfants sur 100 sont issus d'une grossesse gémellaire (tableau 20).

Tableau 20 : Distribution de la multiplicité de la grossesse, Bruxelles-Wallonie, 2014-2018				
	Grossesses (N=296 478)		Naissances (N=301 855)	
	Nombre	%	Nombre	%
Singletons	291 193	98,2	291 193	96,5
Gémellaires	5 195	1,7	10 390	3,4
2 jumeaux nés vivants	5 055		10 110	
1 jumeau né vivant/1 jumeau mort-né	99		198	
2 jumeaux mort-nés	41		82	
Triples	88	0,03	264	0,1
Quadruples	2	0,00	8	0,0

La proportion de conception assistée diffère selon la multiplicité de la grossesse. La proportion de femmes ayant pris un traitement hormonal est de 0,8 % pour les grossesses uniques et de 4,2 % pour les grossesses gémellaires. La proportion de femmes ayant eu recours aux traitements FIV/ICSI représente un quart des grossesses gémellaires et seulement 3,3 % des grossesses de singletons (figures 46 et 47). Pour rappel, le remboursement en 2003 de la fécondation in vitro a été conditionné à une limitation du nombre d'embryons implantés. Cette limitation avait permis une réduction du taux de grossesses multiples sur assistance à la reproduction (65).



La distribution de l'âge gestationnel diffère selon la multiplicité de la grossesse. La proportion d'accouchements prématurés est de 7,1 % pour les grossesses de singulaires et de 56,9 % pour les grossesses gémellaires avec 37,7 % d'accouchements entre 37 et 38 semaines. Cette dernière proportion représente également une part importante parmi les grossesses de singulaires (26,8 %).

Tableau 21 : Caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement parmi les accouchements de singletons et de jumeaux, Bruxelles-Wallonie, 2014-2018, N=296 388

		Singletons (n=291 193)	Gémellaires (n=5 195)
		%	%
Age (années) (n=296 374)	< 20	2,2	0,9
	20-29	43,3	34,1
	30-39	50,2	56,9
	≥ 40	4,3	8,1
Nationalité d'origine (n=295 359)	Belge	53,9	51,5
	Marocaine	11,1	11,0
	Française	4,0	3,8
	Roumaine	2,8	2,6
	Italienne	3,2	3,4
	Turque	2,6	2,5
	Congolaise	2,5	3,4
Niveau d'instruction (n=251 117)	Autres	20,0	21,8
	Secondaire ou moins	59,8	59,1
Situation professionnelle (n=285 323)	Supérieur	40,2	40,9
	Non actif	43,3	39,2
	Actif	56,7	60,8
Cohabitation (n=294 748)	Vit seule	18,6	17,1
	En union	81,4	82,9
Parité (n=296 279)	Primipare	41,8	44,4
	Multipare	58,2	55,6
Corpulence (n=273 031)	Sous-poids	5,7	4,1
	Normale	56,8	54,0
	Surpoids	23,4	24,7
	Obésité	14,2	17,2
Hypertension artérielle (n=295 265)	Oui	4,4	10,0
	Non	95,6	90,0
Diabète (n=294 417)	Oui	9,3	12,1
	Non	90,7	87,9
Type de début de travail (n=296 256)	Spontané	59,6	45,7
	Induction	30,6	24,7
	Césarienne programmée	9,8	29,6

Les caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement diffèrent selon la multiplicité de la grossesse. Les mères sont plus âgées parmi les grossesses gémellaires avec une proportion de mères âgées de 30 ans et plus de 65,0 % pour les grossesses gémellaires et de 54,5 % pour les grossesses de singletons. L'influence de l'âge maternel sur l'incidence de la gémellité est connue, et le recul de l'âge de la maternité est considéré comme le premier facteur expliquant l'augmentation de l'incidence des grossesses multiples (64). Les mères d'origine congolaise sont plus nombreuses parmi les grossesses gémellaires comparées aux grossesses uniques avec respectivement 3,4 % et 2,5 % (tableau 21). Ceci reflète les différences d'incidence de la gémellité dans les différentes régions du globe. La gémellité spontanée dizygote est quatre fois plus fréquente en Afrique équatoriale qu'en Asie du Sud-Est (66).

Pour les caractéristiques biomédicales, les mères enceintes de jumeaux comparées aux mères enceintes de singletons sont plus nombreuses à être primipares, en surcharge pondérale, hypertendues ou diabétiques (tableau 21).

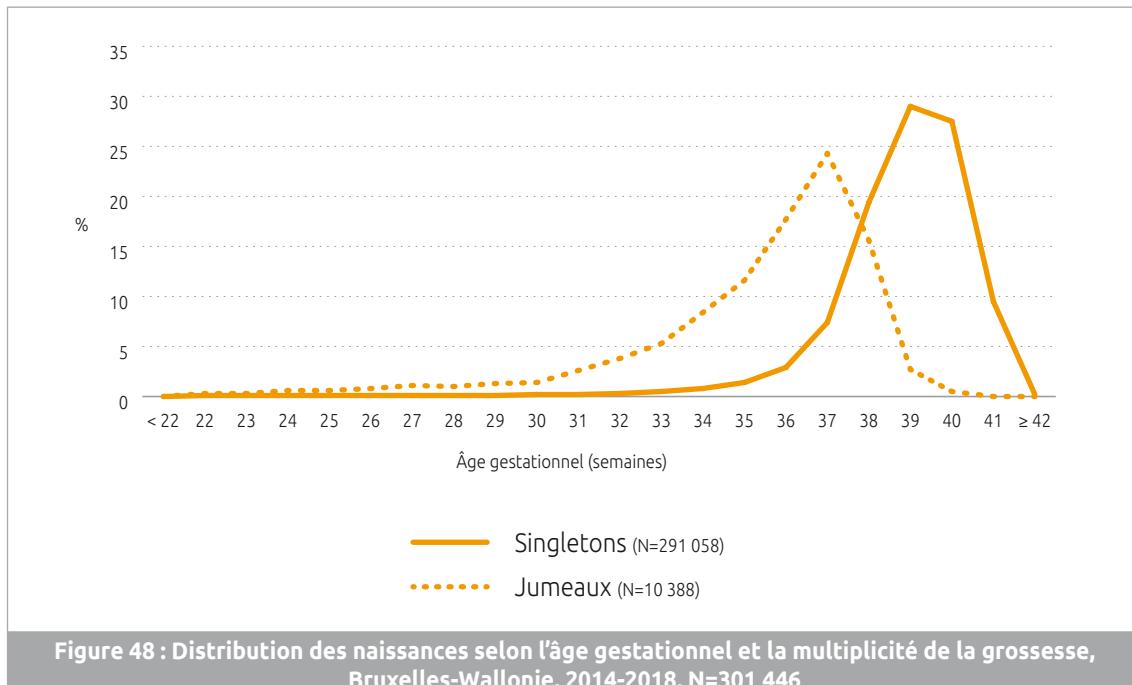


Figure 48 : Distribution des naissances selon l'âge gestationnel et la multiplicité de la grossesse, Bruxelles-Wallonie, 2014-2018, N=301 446

Les caractéristiques de l'enfant diffèrent selon la multiplicité de la grossesse. L'âge gestationnel des enfants à la naissance diffère selon qu'il s'agisse de singletons ou de jumeaux : un quart des jumeaux naissent à 37 semaines et pratiquement un tiers des singletons naissent à 39 semaines (figure 48). La diminution de durée de la grossesse est expliquée par la distension utérine associée aux multiples, mais aussi par l'impact accru sur l'organisme maternel, reflété par les augmentations de l'hypertension gravidique et du diabète gestationnel retrouvés dans cette étude.

Parmi les jumeaux, 58,1 % ont un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes avec 10,2 % un poids inférieur à 1 500 grammes. Plus d'un quart des jumeaux présente un petit poids pour l'âge gestationnel contre 7,8 % pour les singletons. La croissance fœtale chez les jumeaux est décrite comme superposable à celle des singletons jusqu'aux alentours de 30 semaines avant de ralentir (67).

La proportion d'enfants nés avec une ou plusieurs malformations congénitales constatée(s) à la naissance est plus élevée chez les jumeaux avec 1,4 %. Cette augmentation du risque de malformation congénitale est décrit dans la littérature principalement du fait des grossesses monozygotes (68).

Le taux de mortalité est supérieur parmi les jumeaux (1,7 %) comparés aux enfants singletons (0,7 %) (tableau 22).

Tableau 22 : Caractéristiques des enfants parmi les singletons et les jumeaux, Bruxelles-Wallonie, 2014-2018, N=301 583

		Singletons (n=291 193)	Jumeaux (n=10 390)
		%	%
Poids à la naissance (grammes) (n=301 162)	< 500	0,1	0,7
	500 - 1 499	1,1	9,5
	1 500 - 2 499	5,0	47,9
	≥ 2 500	93,8	41,9
Petit poids pour âge gestationnel (≤ 10e percentile) (n=300 676)	Oui	7,8	26,8
	Non	92,2	73,2
Malformation congénitale (n=301 191)	Oui	1,0	1,4
	Non	99,0	98,6
Mortinatalité (n=301 583)	Oui	0,7	1,7
	Non	99,3	98,3

Les proportions d'accouchements instrumentaux sont plus faibles parmi les jumeaux nés vivants comparés aux singletons nés vivants. Ceci semble lié à la proportion élevée de césariennes programmées ou non en cas de grossesse gémellaire.

Parmi les grossesses gémellaires avec 2 enfants nés vivants, on observe que la présentation des enfants diffère entre le 1er jumeau et le 2e jumeau. Un quart des 1ers jumeaux et un tiers des 2es jumeaux sont en présentation du siège. Parmi les 2es jumeaux, 10,3 % naissent par siège vaginal. La proportion de césariennes non programmées est plus élevée pour les 2es jumeaux (30,8 %) comparés aux 1ers jumeaux (28,4 %) ce qui signifie que, sur cinq années, 122 jumeaux sont nés par césarienne alors que leur aîné est né par voie basse.

Les caractéristiques de l'enfant diffèrent entre les 1er et les 2es jumeaux. Les proportions de faible poids à la naissance (59,7 %) sont plus élevés parmi les 2es jumeaux que chez les premiers nés (tableau 23). On observe également chez les deuxièmes jumeaux une moins bonne adaptation à la vie extra-utérine reflétée par des proportions de score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 (19,2 %) et d'assistance respiratoire au masque (24,3 %) plus élevées. Ces différences entre jumeaux d'une même paire sont retrouvées dans d'autres populations, comme celle de l'île de la Réunion (69).

Tableau 23 : Caractéristiques des singletons vivants et des grossesses gémellaires avec 2 enfants nés vivants, Bruxelles-Wallonie, 2014-2018, N=299 339

		Singletons vivants (n=289 229)	Jumeau vivant 1 (n=5 055)	Jumeau vivant 2 (n=5 055)
		%	%	%
Présentation de l'enfant (n=298 892)	Sommet	95,3	74,6	56,4
	Siège	4,3	23,2	33,1
	Transverse	0,4	2,2	10,5
Mode d'accouchement (n=299 232)	Spontané en sommet	70,9	36,6	24,6
	Spontané en siège	0,4	0,9	10,3
	Ventouse	6,4	2,9	3,2
	Forceps	1,9	1,1	0,9
	Césarienne programmée	9,9	30,1	30,1
Poids à la naissance (grammes) (n=298 946)	Césarienne non programmée	10,5	28,4	30,8
	< 500	0,0	0,1	0,1
	500 - 1 499	0,8	8,3	9,3
	1 500 - 2 499	4,9	46,6	50,3
Score d'Apgar à 1 minute (n=298 812)	≥ 2 500	94,3	45,0	40,3
	0-3	1,9	3,5	6,0
	4-6	4,3	8,1	13,2
Score d'Apgar à 5 minutes (n=298 828)	7-10	93,8	88,4	80,7
	0-3	0,3	0,9	0,9
	4-6	1,4	3,1	4,6
Assistance respiratoire à la naissance (n=299 176)	7-10	98,4	96,0	94,6
	Masque	5,4	17,3	24,3
	Intubation	0,4	3,1	3,2
Transfert en service néonatal (n=299 201)	Pas d'assistance	94,2	79,6	72,5
	N*	5,2	26,0	26,8
	NIC	3,5	26,5	27,8
	Pas de transfert	91,3	47,5	45,4

12.3 CONCLUSION

La gémellité est une situation fréquente : les grossesses gémellaires représentent une grossesse sur 57, et un enfant sur 29 est un jumeau. Une proportion importante de ces grossesses est liée aux techniques d'assistance à la reproduction. Les données présentées confirment la majoration du risque de complications de grossesse, principalement d'hypertension et de diabète. Le risque de mortalité est plus que doublé. La césarienne représente la voie d'accouchement la plus fréquente, mais n'est programmée que dans la moitié des cas. La distribution des présentations diffère de celle des singletons, avec des incidences de sièges et de transverses élevées. Plusieurs situations à risque sont retrouvées plus fréquemment chez les jumeaux. La majorité des naissances ont lieu prématurément, et une proportion élevée des naissances à terme le sont à un terme précoce de 37-38 semaines. On retrouve également souvent des restrictions de croissance intra-utérine et des malformations congénitales. Une attention particulière à ces grossesses, ces accouchements et ces enfants apparaît donc importante.

(53) Bonsack CF, Lathrop A, Blackburn M. Induction of labor: update and review. *J Midwifery Womens Health*. 2014 Nov-Dec;59(6):606-15. doi: 10.1111/jmwh.12255.

(54) World Health Organization. WHO Recommendations for Induction of Labor. Geneva: WHO, 2011

(55) Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63.

(56) Amis D. Healthy birth practice #1: let labor begin on its own. *J Perinat Educ*. 2014 Fall;23(4):178-87. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.178.

(57) Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, Ólafsdóttir HS, Zeitlin J; Euro-Peristat Scientific Committee. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG*. 2016 Mar;123(4):559-68. doi: 10.1111/1471-0528.13284.

(58) Platt MJ. Outcomes in preterm infants. *Public Health*. 2014 May;128(5):399-403. doi: 10.1016/j.puhe.2014.03.010.

(59) Delhord M, Zeitlin J. Epidemiology of late preterm and early term births - An international perspective. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019 Feb;24(1):3-10. doi: 10.1016/j.siny.2018.09.001.

(60) Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008 Jan 5;371(9606):75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4.

(61) van Zijl MD, Koullali B, Mol BW, Pajkrt E, Oudijk MA. Prevention of preterm delivery: current challenges and future prospects. *Int J Womens Health*. 2016 Oct 31;8:633-645.

(62) Robert E, & Swennen B. (2013, October 01). Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 61, 288

(63) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Evolution de la mortalité foeto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013

(64) Pison, G. & Couvert, N. La fréquence des accouchements gémellaires en France: La triple influence de la biologie, de la médecine et des comportements familiaux. *Population*, 2004; 59(6):765-794. doi:10.3917/popu.406.0877.

(65) De Neubourg D, Bogaerts K, Wyns C, Albert A, Camus M, Candeur M, et al. The history of Belgian assisted reproduction technology cycle registration and control: a case study in reducing the incidence of multiple pregnancy. *Human Reproduction*. 2013;28(10):2709-19

(66) Smits J, Monden C (2011) Twinning across the Developing World. *PLoS ONE* 6(9): e25239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025239>

(67) Grantz KL, Grewal J, Albert PS, et al. Dichorionic twin trajectories: the NICHD Fetal Growth Studies. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:221.e1-16.

(68) Lewi L, Devlieger R, De Catte L, et al. Twining's Textbook of Fetal Abnormalities 2015 Chap 9: 182-210

(69) Pierre-Yves Robillard, Francesco Bonsante, Margaux Croce-Spinelli, Brahim Boumahni, Jean Bernard Gouyon, Malik Boukerrou & Silvia Iacobelli (2019) The burden to be second twin: a population-based study of 2686 twins: (2124 dichorionic). Proposal of the concept of mobility, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, DOI: 10.1080/14767058.2019.1566308