

Faut-il faire une césarienne programmée en cas de grossesse gémellaire ?

Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Riethmuller D, Schaal JP, Dreyfus M.

Introduction (1)

- **Le taux global de césariennes ↑ :**
 - singleton : 14,2% en 94-95 à 18,8% en 2007 (source Audipog)
 - pour les jumeaux : 49,9% en 2000-01 et 36,6% en 2006 et 53,0% en 2007
- **La césarienne ↑ les complications †**
- **La césarienne ↑ la morbidité respiratoire néonatale**

Introduction (2)

- Une politique de césarienne programmée systématique serait acceptable si elle était associée à une diminution de la morbi-mortalité néonatale :

Les publications sur le sujet du fait de problèmes méthodologiques ne permettent pas de conclure

[RPC CNGOF de 2009, Vendittelli J Gynecol Biol Obstet Reprod 2009 ;38:S104-113]

Objectif de l'étude

- Le principal objectif de ce travail était de déterminer si une césarienne programmée en cas de grossesse gémellaire pouvait réduire la morbi-mortalité néonatale

[Vendittelli et al. Acta Obstet Gynecol Scandinavia 2011]

Patientes

- Utilisation de la base de données Audipog
- Cohorte historique de gémellaires (n=5362)
- Critères d'inclusion : ≥ 34 SA; J1 en céphalique
- Critères d'exclusion: MFIU, IMG, Indications formelles de césarienne, échec du déclenchement, informations manquantes sur le mode d'accouchement

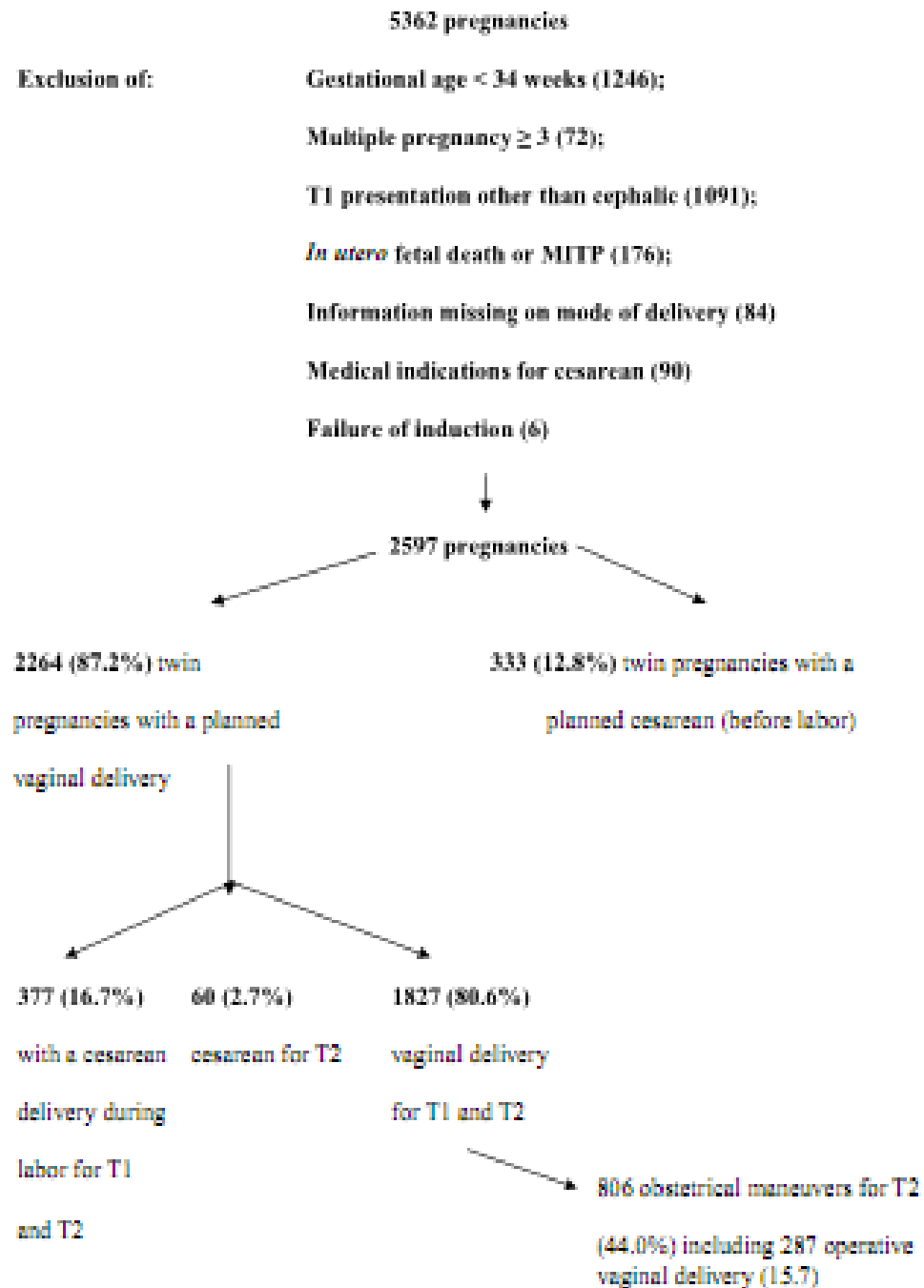


Figure 1. Description of the selection of patients for the study. Abbreviations: T1, twin 1; T2, twin 2.

Méthodes

- Nous avons comparé les enfants de gémellaires ayant eu une voie basse acceptée aux gémellaires ayant eu une césarienne programmée en utilisant une **analyse de décision médicale** (+ analyse sensibilité à 1 et 2 variables)
- Le critère de jugement principal a été une **variable composite de morbi-mortalité néonatale** (décès durant le travail ou en salle d'accouchement ou dans le post-partum immédiat, ou transfert néonatal en réanimation ou soins intensifs, ou le traumatisme **de l'un ou des deux jumeaux**)

Résultats

Table 1. Neonatal outcome of twins according to mode of delivery planned before onset of labor.

Rate related to children	Outcome for T1 and T2					Outcome for T2				
	Planned vaginal delivery (<i>n</i> =4 528)*		Planned cesarean (<i>n</i> =666)*		<i>p</i> -Value	Planned vaginal delivery (<i>n</i> =2 264)*		Planned cesarean (<i>n</i> =333)*		<i>p</i> -Value
	<i>n</i>	Percentage	<i>n</i>	Percentage		<i>n</i>	Percentage	<i>n</i>	Percentage	
Death or transfer or injury (<i>n</i> =5 127)	1 186	26.5	207	31.7	0.005	613	27.6	106	32.7	0.05
Death or transfer† (<i>n</i> =5 014)	1 138	26.0	206	32.2	0.0009	589	27.2	106	33.8	0.02
Five-minutes Apgar \leq 4 (<i>n</i> =4 957)	36	0.8	7	1.1	0.47	19	0.9	5	1.6	0.22
Five-minutes Apgar \leq 7 (<i>n</i> =4 957)	146	3.4	17	2.7	0.39	92	4.3	10	3.2	0.38
Per- or postpartum mortality (<i>n</i> =3 935)	24	0.7	4	0.8	0.76	19	1.1	4	1.8	0.41
Injuries‡ (<i>n</i> =3 303)	65	2.3	1	0.2	0.005	35	2.5	0	0	0.02

*Number of children.

†Death, either intrapartum or before mother's discharge, or any transfer to a pediatrics department (intensive care, neonatology or surgery).

‡Neonatal traumatic lesion = fractures of the clavicle, brachial plexus, skull or facial injuries, facial paralysis, cephalohematoma or scalp lesions.

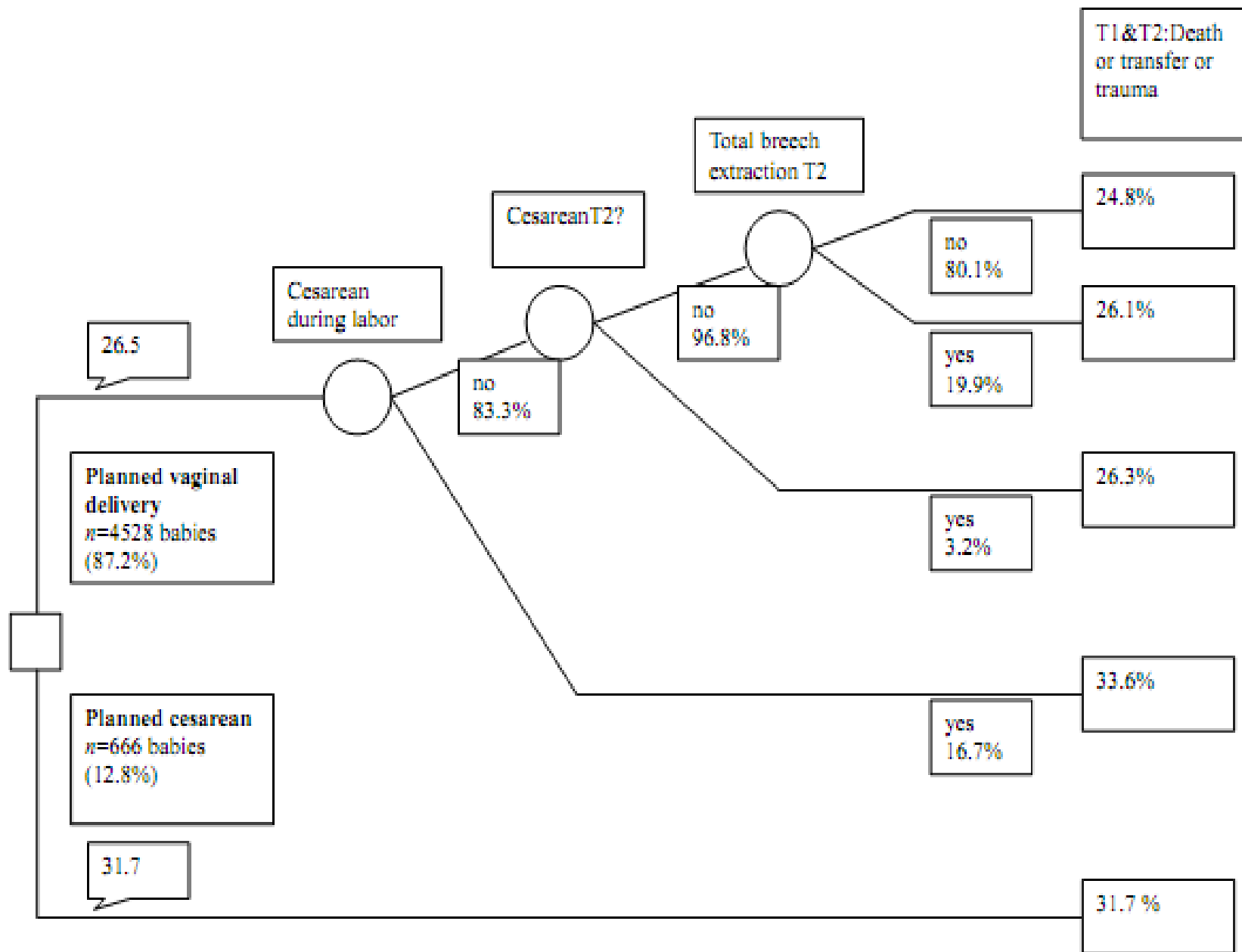


Figure 2. Decision tree for the outcome of neonatal complications (death or neonatal transfer or injuries for T1 or T2 or both).

Analyse de sensibilité à 1 variable (pour T1 ou T2 ou les 2)

- m = morbidité en cas d'AVB programmé
- $$[((m-2,1) \times 0,802 + (m-0,4) \times 0,198) \times 0,968 + m \times 0,032] \times 0,844 + (m+6,7) \times 0,156 = 31,7$$
- Soit $m = 31,5$
- Donc tant que la morbidité et mortalité de T1 ou T2 ou les 2 n'excède pas 31,5%, la voie basse doit être préférée à la césarienne programmée...

Analyse de sensibilité à 2 variables

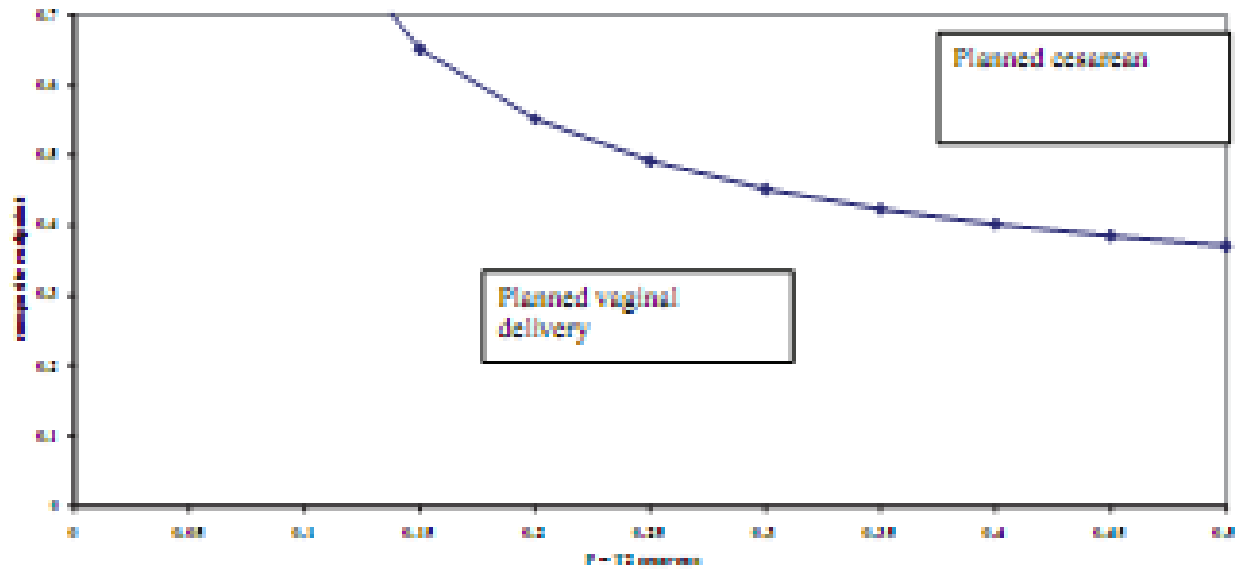
- Ici on fait varier à la fois la morbi-mortalité néonatale en cas de VB acceptée pour T1 ou T2 ou les 2 (m)

[0,5 à 48%]

et le taux de césariennes pour T2 en cas de voie basse acceptée (p)

[0,5 à 35%]

Figure 4. Two-variable sensitivity analysis for neonatal complications (death or neonatal transfer or injuries) for T1 or T2 or both.



Conclusion

- Les résultats de notre étude de modélisation ne sont pas en faveur d'une politique de césarienne programmée systématique en cas de J1 en présentation céphalique
- **Ces accouchements doivent être gérés selon les recommandations éditées par le CNGOF de 2009**