

Journée du CPDPN de Strasbourg-Vendredi 13 décembre 2024



GROSSESSES MONOCHORIALES

Quelles informations donner en début de grossesse



Anne Sophie Weingertner

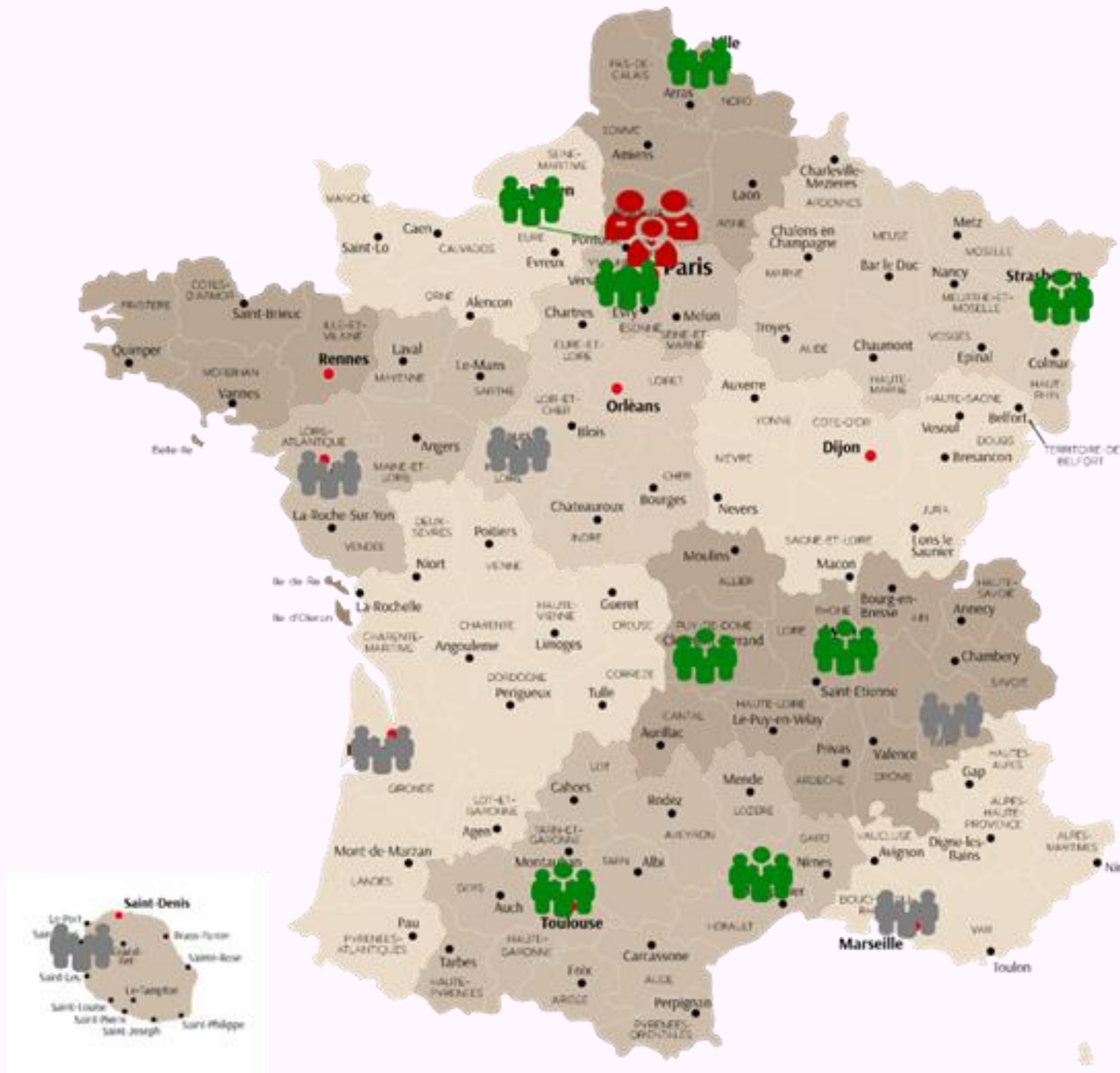
Centre de compétence des pathologies rares liées au placenta des grossesses monochoriales PaRaDiGM

Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de Strasbourg



Introduction: Labellisation des CRMR PaRaDiGM

*Arrêté du 26 décembre 2023 portant
labellisation des réseaux des centres de
référence prenant en charge des maladies rares*



- Rédaction de Protocoles Nationaux de Diagnostic et de Soins
- Elaboration et harmonisation de l'information patientes
- Mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient
- Association d'usagers

Plan

Définition

Mode de vie/Soutien

Risques

Accouchement

Suivi Médical

Ressources/supports

Plan

Définition

Risques

Suivi Médical

Ressources/supports

Les grossesses monochoriales

~ 0,4 % de toutes les grossesses soit environ 2800 grossesses/an en France



**Grossesse MC
biamniotique**

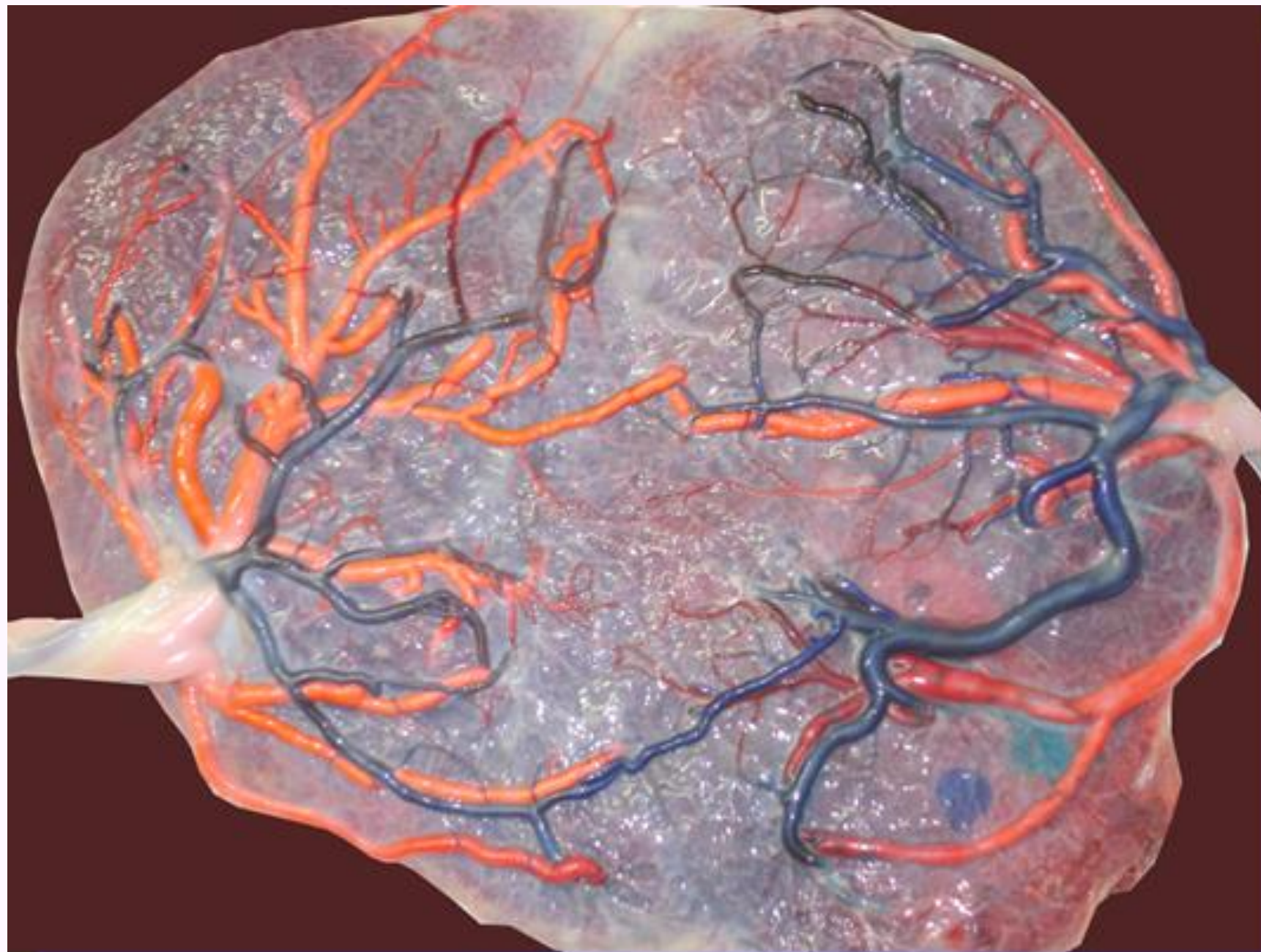


**Grossesse MC
monoamniotique**



Les grossesses monochoriales

Placenta de grossesse monochoriale



Les grossesses monochoriales

Complications spécifiques

- STT
- RCIU sélectif précoce avec anomalies Doppler
- TAPS
- TRAP

Risques spécifiques

- MC Monoamniotique
- Malformations d'un jumeau (++)
- Mort foétale d'un jumeau

Gestion des risques

- Identification précoce des risques
- Organisation en réseau
- Gestion des risques en centre de référence
- Terme et voie d'accouchement



Complications spécifiques

Nombre limité de Caractéristiques placentaires

- Type d'insertion cordon,
- Partage placentaire
- Présence ou absence d'anastomoses vasculaires placentaires et le type

Compréhension physiopathologie

- Importance clinique et scientifique
- Essentiel pour la prise en charge

Anastomoses vasculaires placentaires

2 grands types d'anastomoses vasculaires

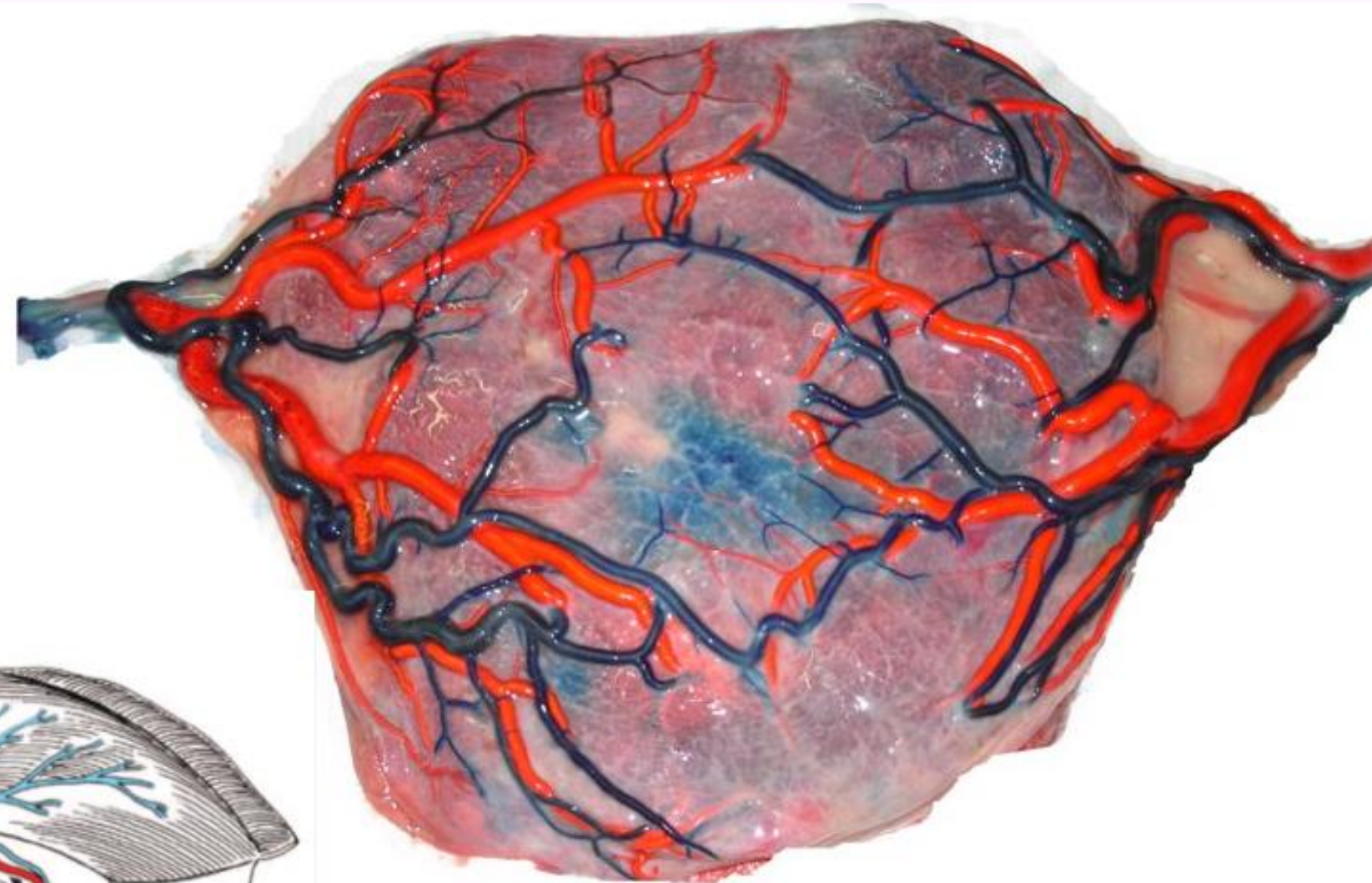
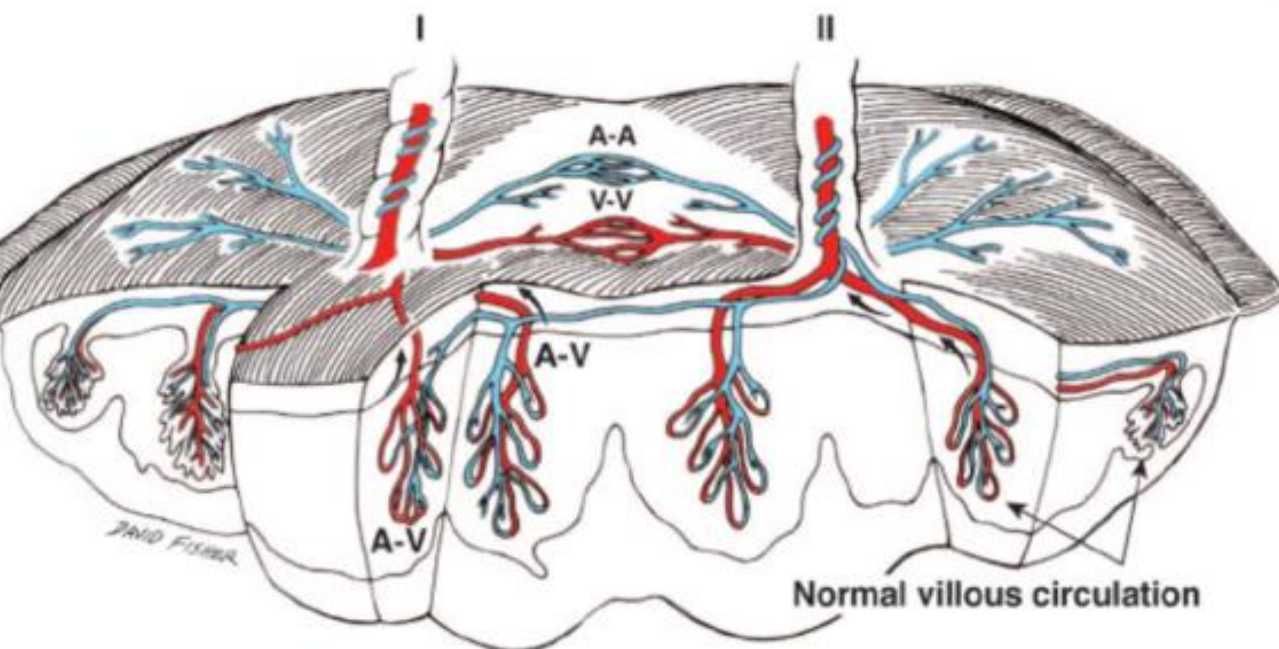
Superficielles: flux bidirectionnel, communication directe

Profondes: flux unidirectionnel, cotylédon partagé

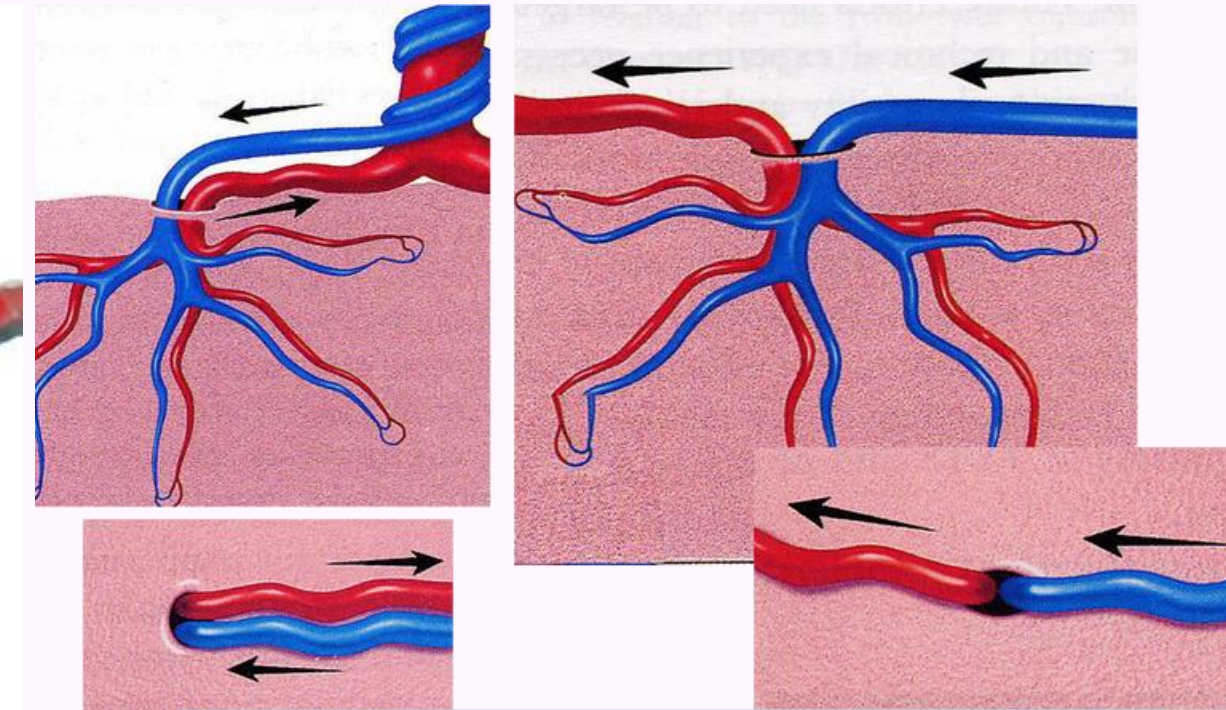
Anastomoses vasculaires placentaires

2 grands types d'anastomoses vasculaires

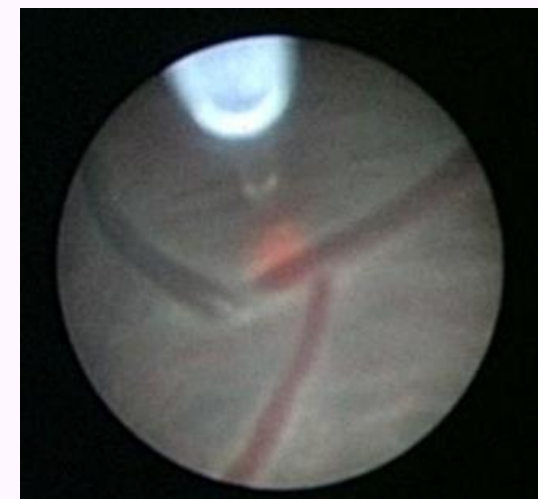
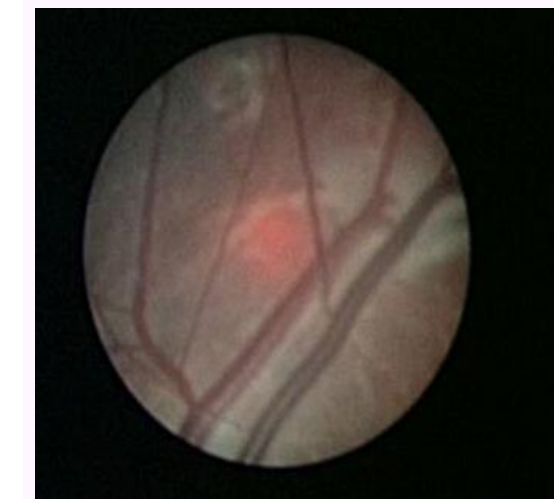
Normal



les artères chevauchent les veines



Anastomose Profonde



Prevalence, size, number and localization of vascular anastomoses in monochorionic placentas

D.P. Zhao^a, S.F. de Villiers^a, F. Slaghekke^b, F.J. Walther^a, J.M. Middeldorp^b, D. Oepkes^b, E. Lopriore^{a,*}

^a Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

^b Division of Fetal Medicine, Department of Obstetrics, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

Prevalence, number and size of anastomoses in the 4 groups of MC placentas.

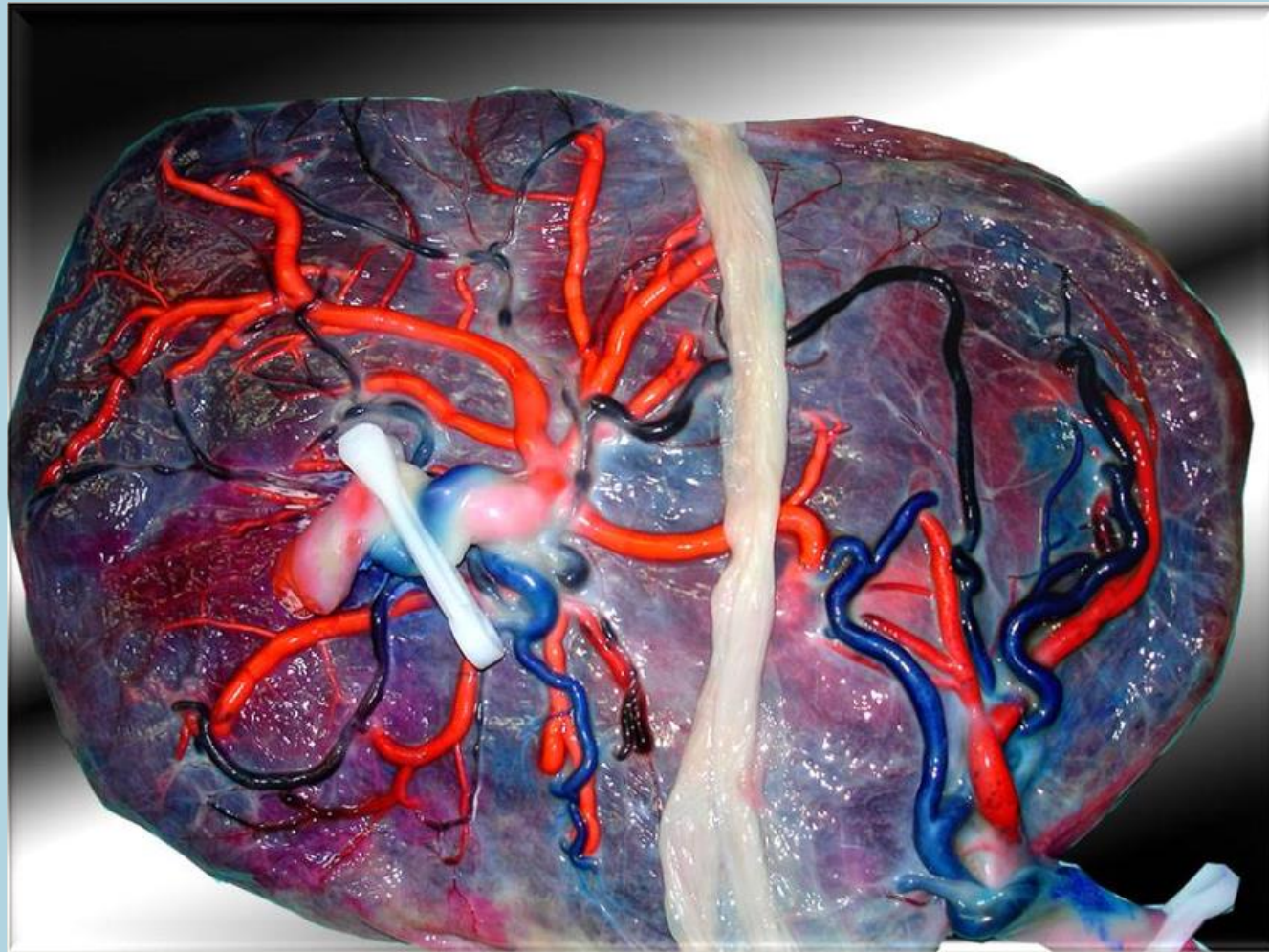
	Normal MC (n = 126)	sIUGR (n = 46)	TTTS (n = 47)	TAPS (n = 16)	P ₁ value	P ₂ value	P ₃ value
Overall no. of anastomoses ^a	8 (4–12)	8 (5–14)	7 (5–11)	4 (3–5)	0.67	0.88	<0.01
Overall diameter of all anastomoses – mm ^a	0.5 (0.3–0.9)	0.6 (0.4–1.2)	0.4 (0.3–0.6)	0.1 (0.1–0.2)	0.01	<0.01	<0.01
Placentas with AV anastomoses – n (%)	124 (98)	46 (100)	45 (96)	16 (100)	1.00	0.30	1.00
No. of AV anastomoses per placenta ^a	7 (3–10)	6 (4–13)	6 (4–10)	4 (2–5)	0.74	0.84	<0.01
AV diameter – mm ^a	0.4 (0.3–0.7)	0.5 (0.4–0.9)	0.4 (0.3–0.6)	0.1 (0.1–0.2)	<0.01	0.07	<0.01
Placentas with AA anastomoses – n (%)	121 (96)	46 (98)	22 (47)	3 (19)	1.00	<0.01	<0.01
AA diameter – mm ^a	1.7 (1.0–2.5)	2.2 (1.5–3.1)	0.6 (0.4–1.2)	0.3 (0.2–0.4)	0.04	<0.01	0.02
Placentas with VV anastomoses – n (%)	35 (28)	13 (28)	15 (32)	0 (0)	1.00	0.58	–
VV diameter – mm ^a	2.8 (2.0–4.7)	2.4 (1.6–4.5)	1.1 (0.3–3.5)	–	0.85	0.08	–

P₁: normal MC vs sIUGR; P₂: normal MC vs TTTS; P₃: normal MC vs TAPS.

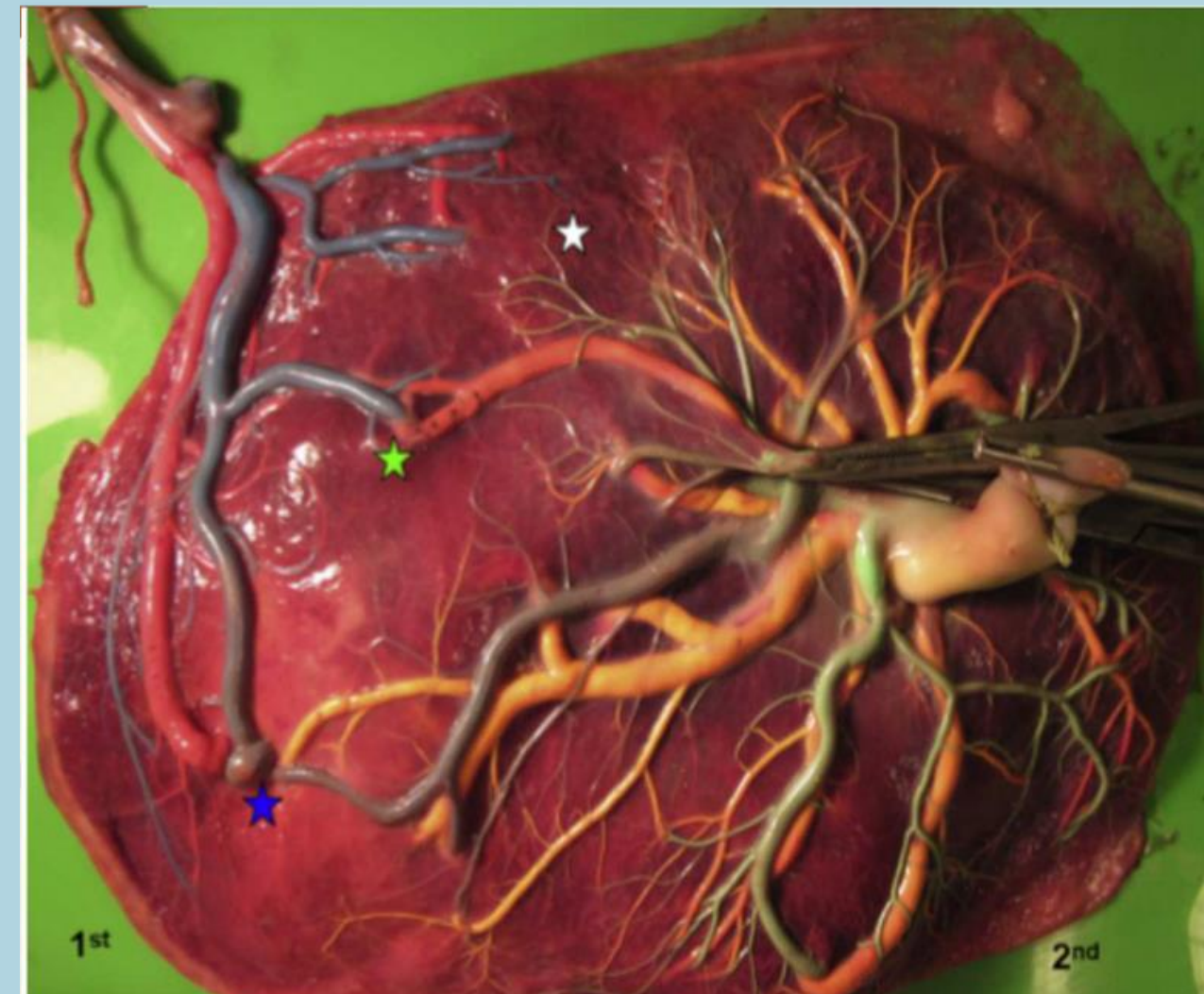
^a Results are shown as the median (IQR).

Architecture placentaire

STT

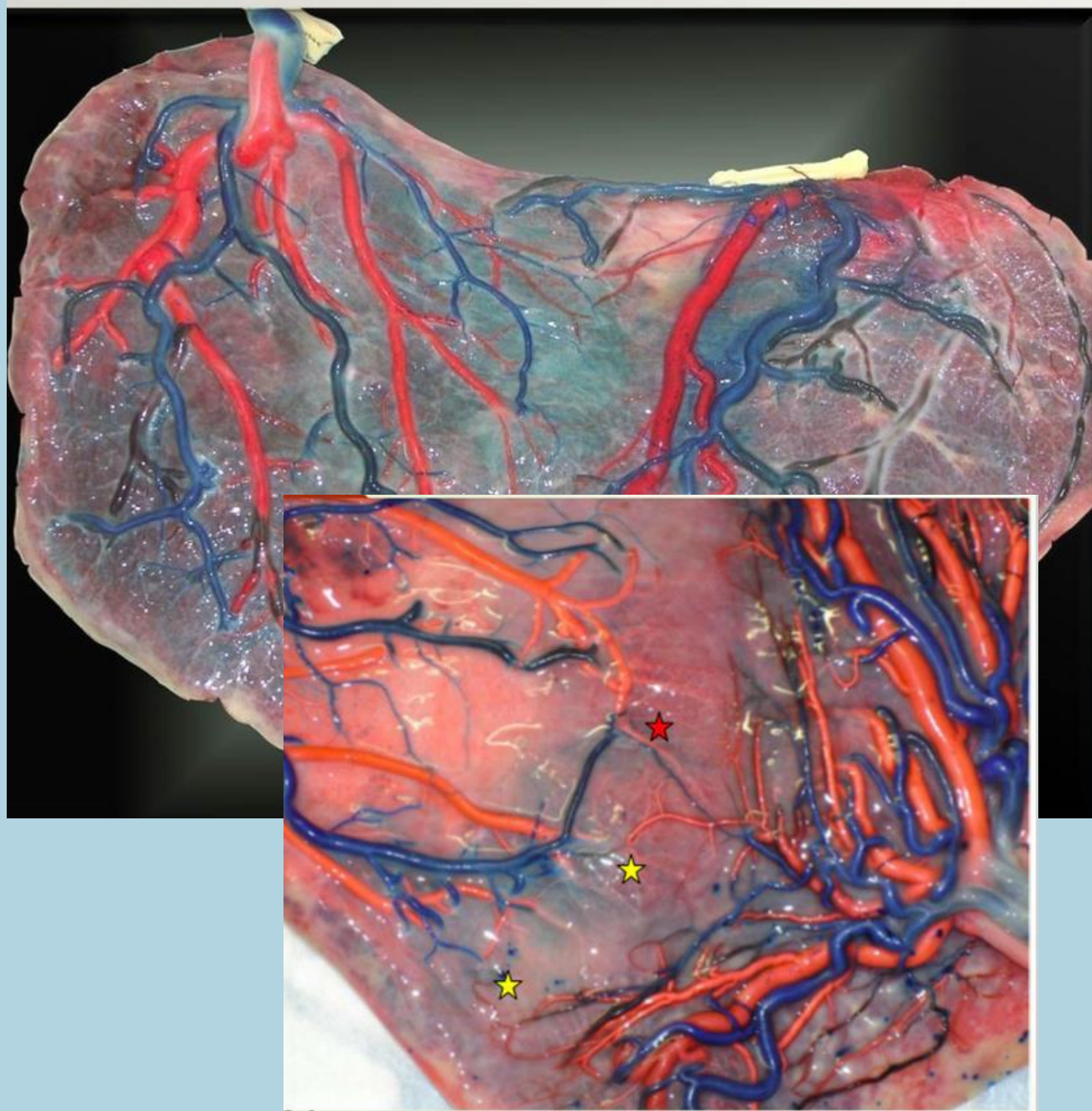


RCIUs

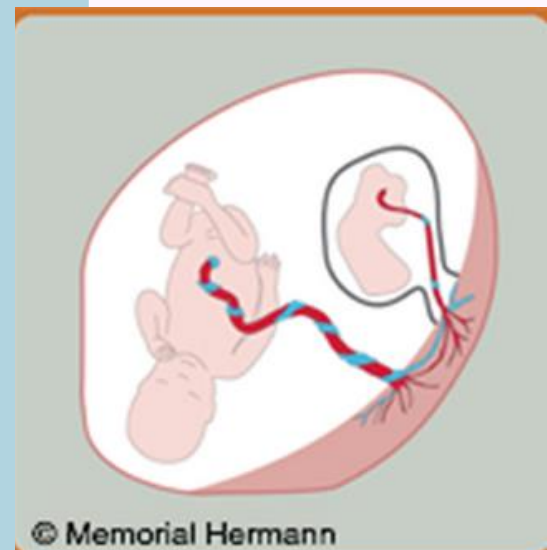
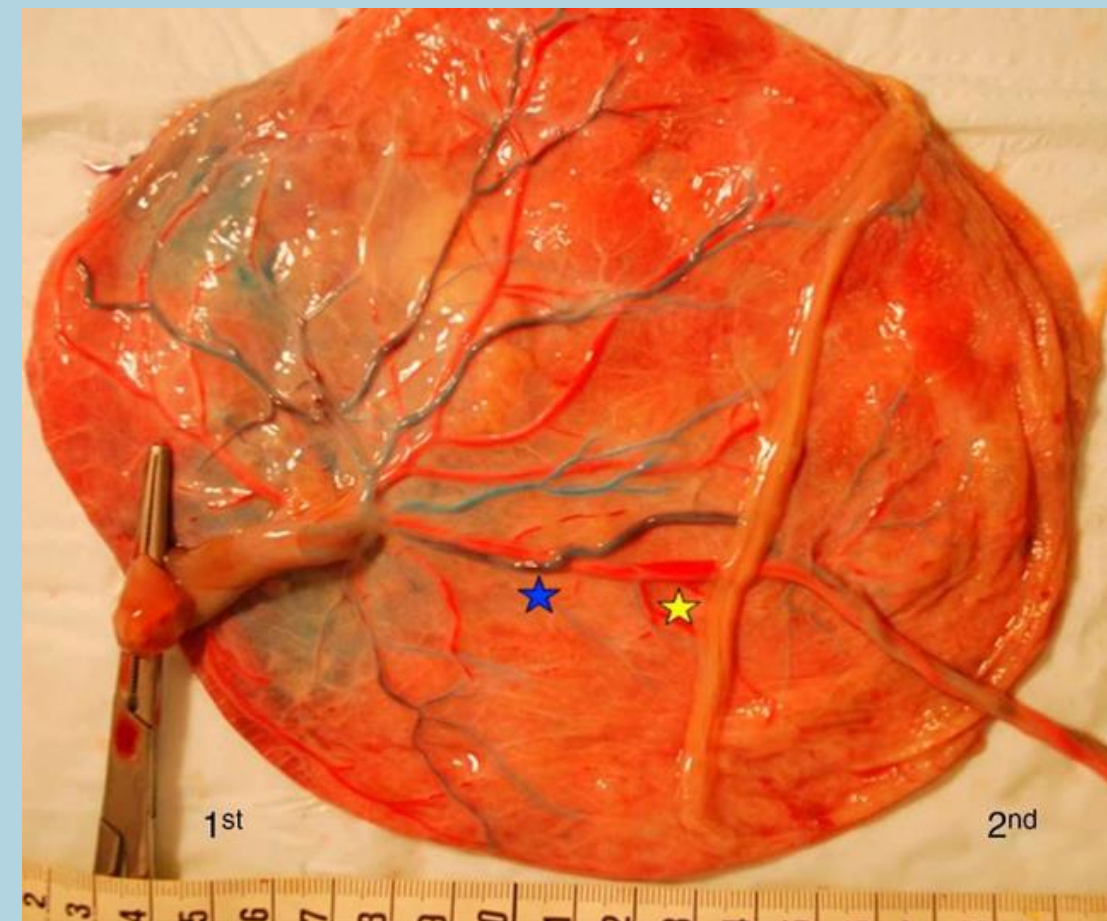


Architecture placentaire

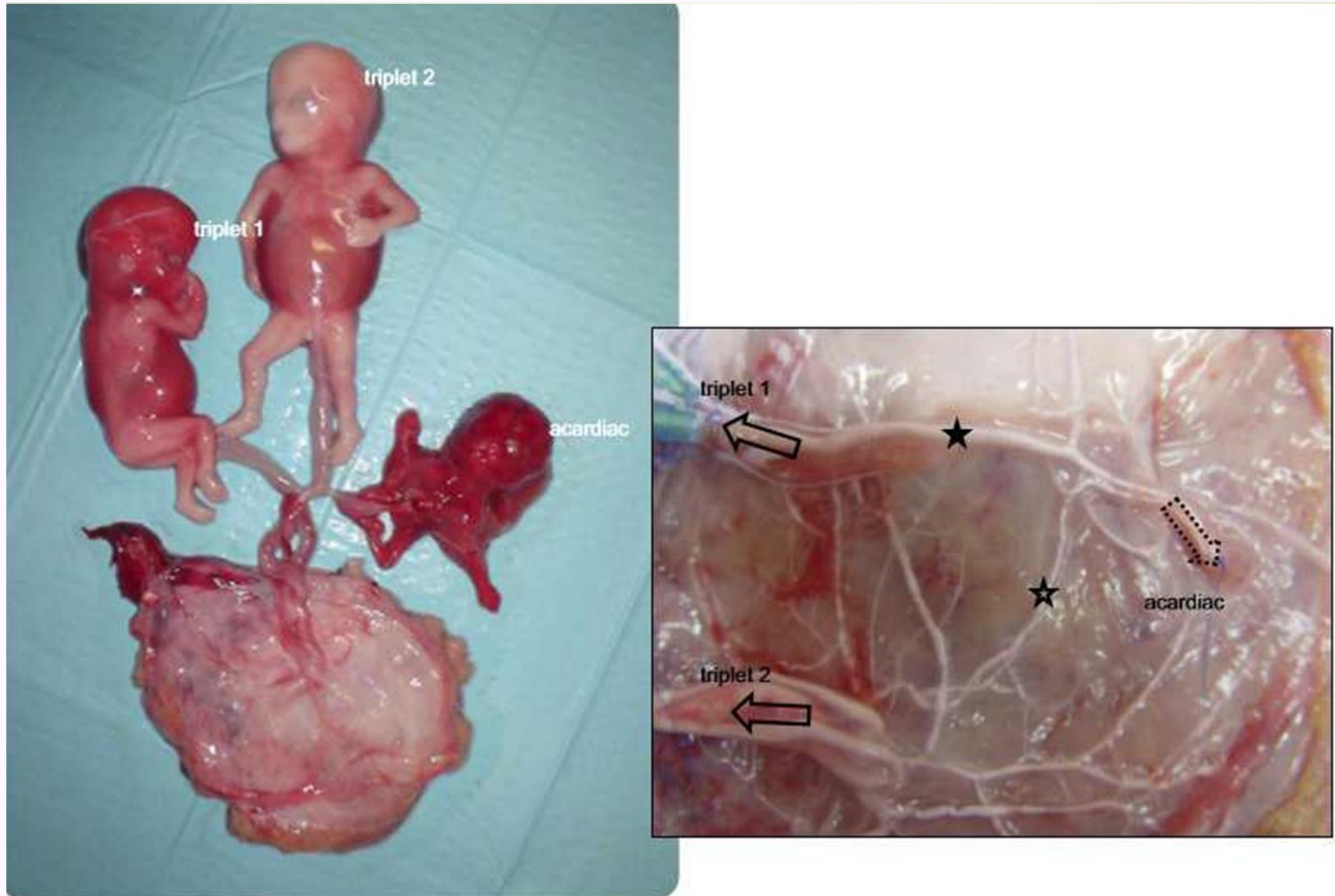
TAPS



TRAP

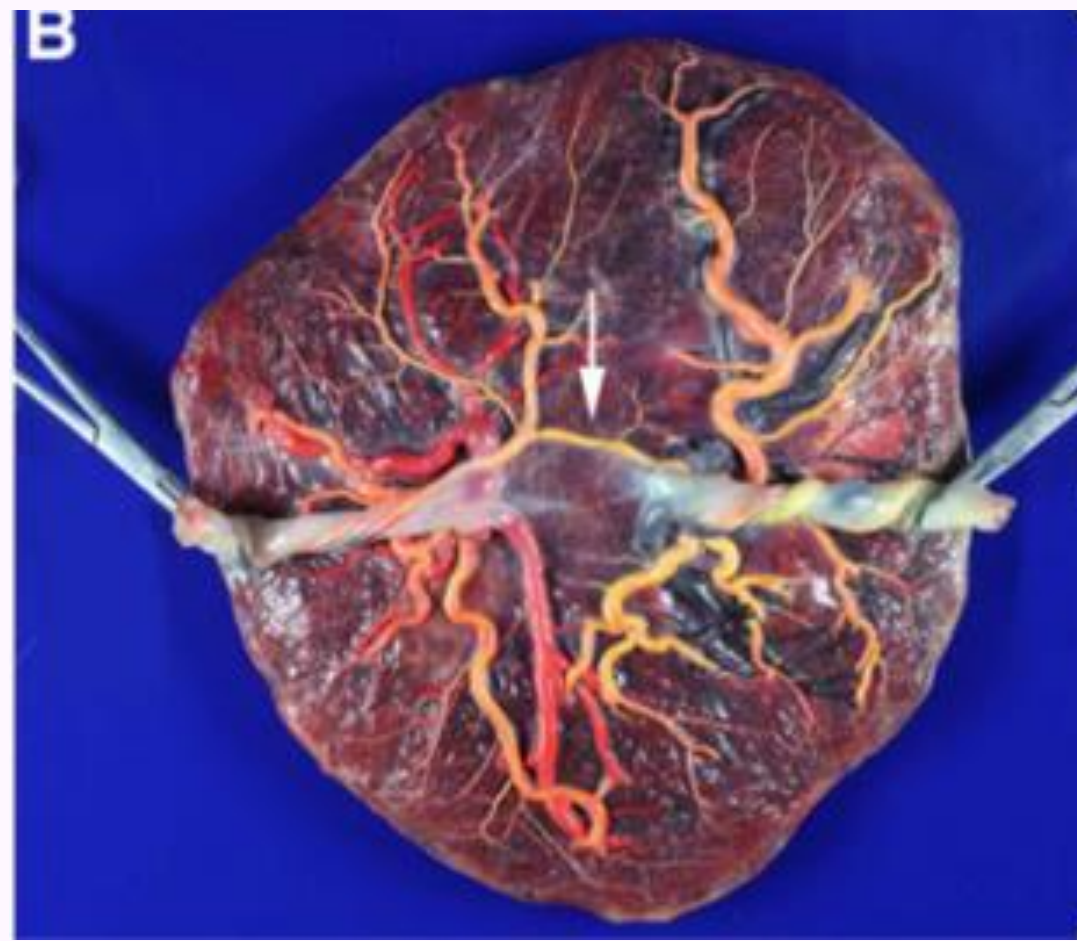


Architecture placentaire



Grossesse monoamniotique

- 1/20 MC est monoamniotique
- Taux de perte périnatale important entre 8 et 40%
- Enchevêtrement des cordons, anomalies fœtales discordantes, RCIU
- Incidence TTTS moindre (3-10% vs 9-15%):
- Presque 100% AA et distance intercordonale plus faible



Risque malformatif

- Plusieurs hypothèses
- Déséquilibre des flux au travers des anastomoses pendant embryogénèse ou plus tard pourrait expliquer une partie des anomalies cardiaques et cérébrales

Risque malformatif est supérieur aux grossesses BC:
RR 1.8 [IC 95% 1,3-2,5])

Dominées par malformations cardiaques, SNC et tractus urinaire

Risques en cas de Mort Fœtale d'un jumeau

- Risque mortalité périnatale plus importante:
11,6% MC vs 5% BC

- Risque de décès co-jumeau
15% MC vs 3% BC ($p < 0,05$)
- Risque accouchement prématuré
68% MC vs 54% BC (OR 1,1, 95% 0,34-3,51, $p = 0,9$)
- Anomalie imagerie neurologique
34% MC vs 16% BC (OR 3,25, 95% CI 0,66-16,1, $p = 0,12$)
- Anomalie neuro développementale postnatale
26% MC vs 2% BC (OR 4,81, 95% CI 1,39-16,6, $p < 0,05$)

Le suivi médical

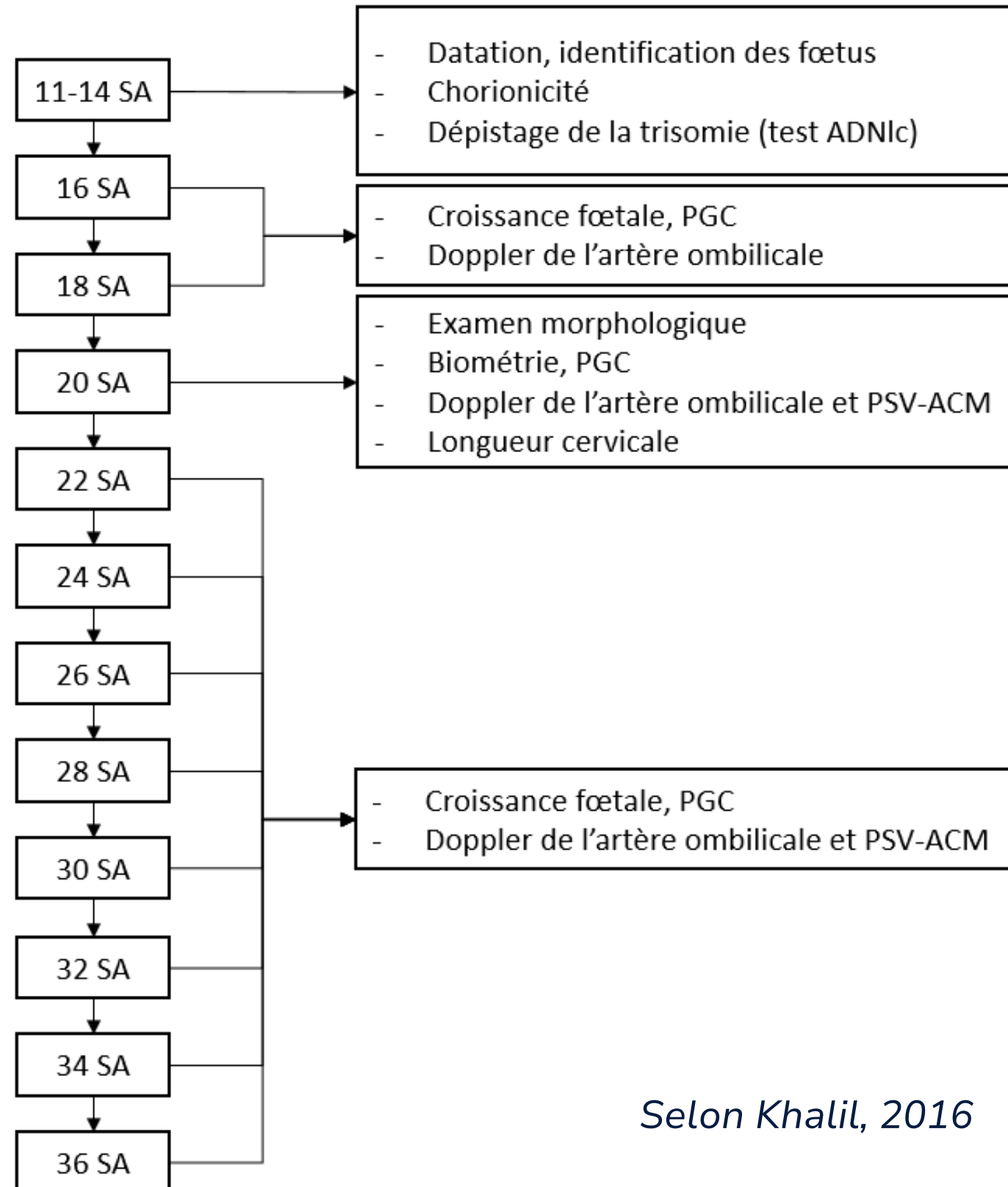
Dépistage des complications

Dépistage

Signes
maternels

Echographie
bimensuelle

Suivi échographiques des grossesses gémellaires MC



La surveillance échographique d'une grossesse monochoriale doit être coordonnée par un échographiste diagnostique en lien avec un centre de référence PaRaDiGM.

Selon Khalil, 2016

Le suivi global



Suivi

- Spécifique lié au STT
- Global de la grossesse

Dépistage du diabète
gestationnel, prééclampsie

Vaccinations

Dépistage de l'IMF à
streptocoque B

Préparation à la naissance
et la parentalité

Consultation anesthésie

Règles hygiéno-diététiques

Ressources

Commission de Médecine Foetale du CNGOF

AS Weingertner, P Bouhanna, P Castel, F Coatleven, A Delabaere, AG Cordier, V Houfflin-Deborge, F Fuchs, G Le Bouar, E Maisonneuve, N Mottet, O Picone, J Rosenblatt, N Winer

Fiches d'information monochoriales du CNGOF (<https://cngof.fr/>)



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.

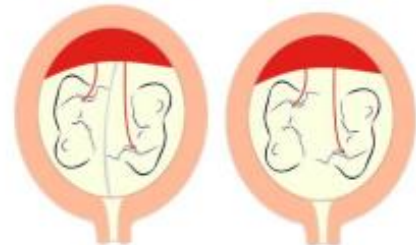


Figure 1 : Grossesse monochoriale biamniotique à gauche et grossesse monochoriale monoamniotique à droite

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.

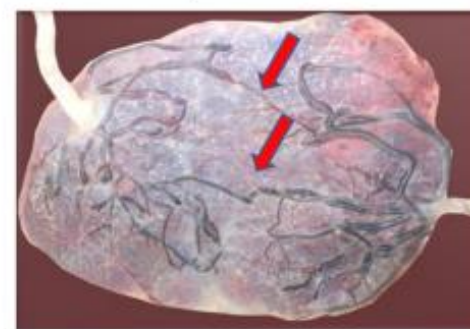


Figure 2 : Placenta de grossesse monochoriale non compliquée montrant les anastomoses entre les 2 cordons (flèche rouge).

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

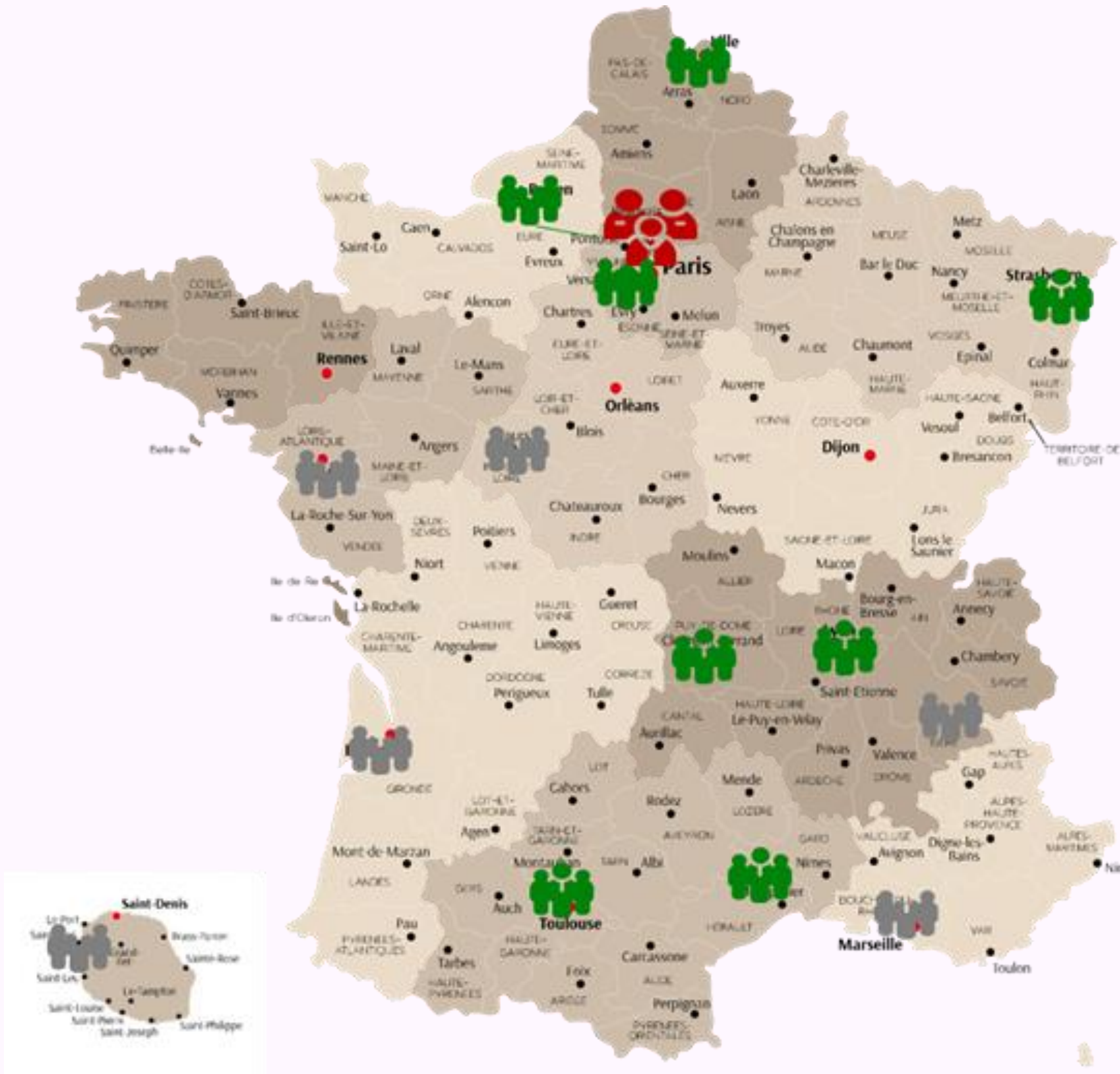
www.ciane.net

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.

Organisation du réseau

Arrêté du 26 décembre 2023 portant labellisation des réseaux des centres de référence prenant en charge des maladies rares

- Rédaction de Protocoles Nationaux de Diagnostic et de Soins
- Elaboration et harmonisation de l'information patientes
- Mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient
- Association d'usagers



Ressources

Fiches d'information STT du CNGOF (<https://cngof.fr/>)



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

Traitement par fœtoscopie 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 fœtoscopie. 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.

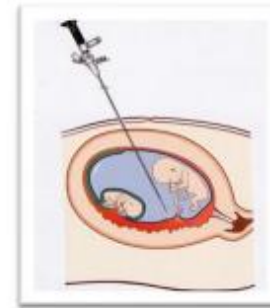


Figure 1 : Fœtoscopie pour STT



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

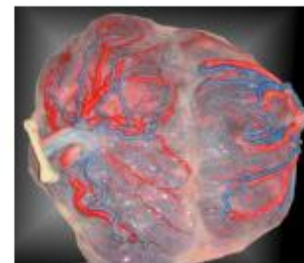


Figure 3 : Placenta après traitement complet au laser

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 amniotomie, 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.

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 fœtoscope 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

Ressources

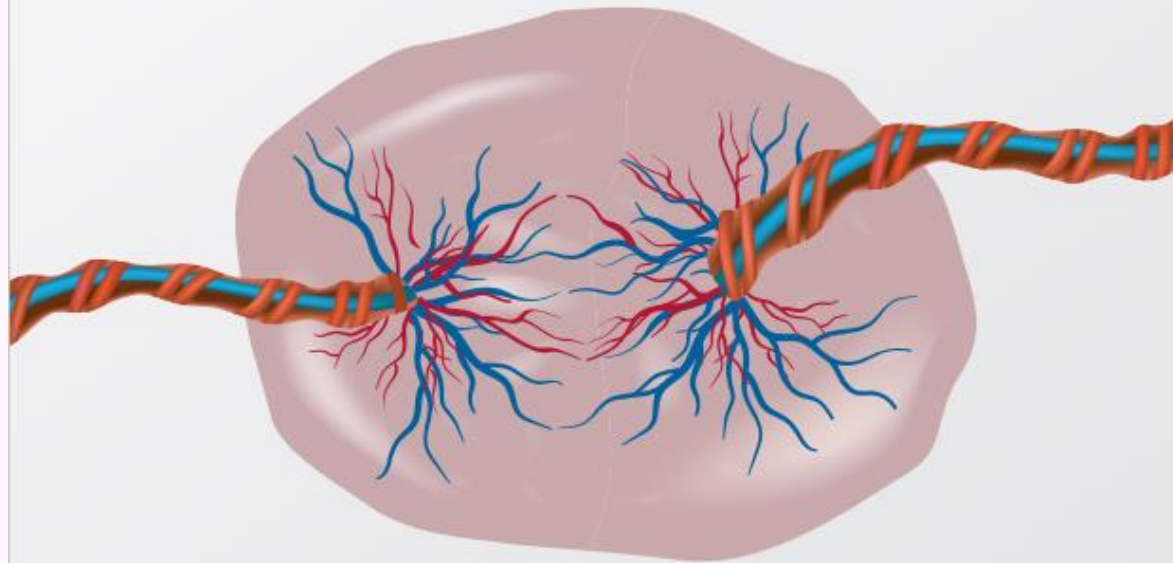
Plaquettes d'information CRMR



LES COMPLICATIONS DES GROSSESSES MONOCHORIALES

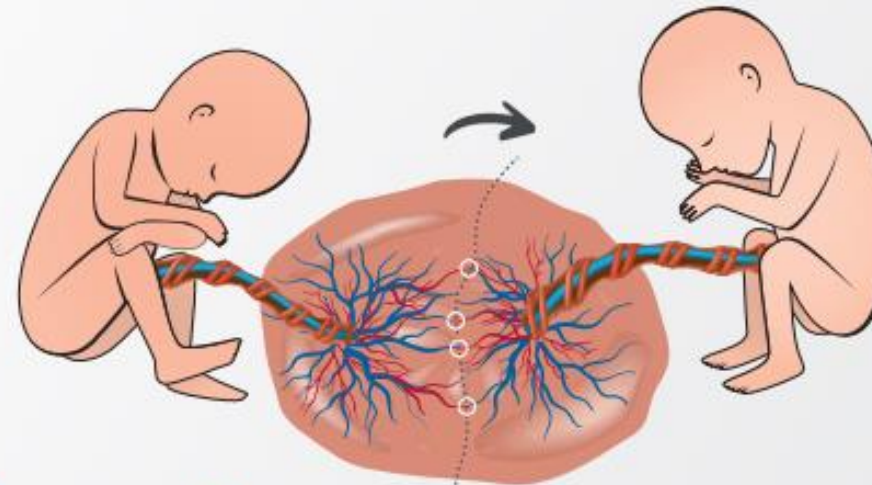
Syndrome transfuseur transfusé (STT)

Les grossesses monochoriales se caractérisent par **1 seul placenta que se partagent 2 fœtus**. Chaque fœtus est relié par son cordon ombilical à un territoire de vaisseaux dans le placenta (sa surface d'échange avec la maman) qui lui est propre. Ces deux territoires sont reliés entre eux par des communications appelées anastomoses, donnant lieu à des échanges entre les deux fœtus. Ces territoires et ces échanges sont la plupart du temps équilibrés.



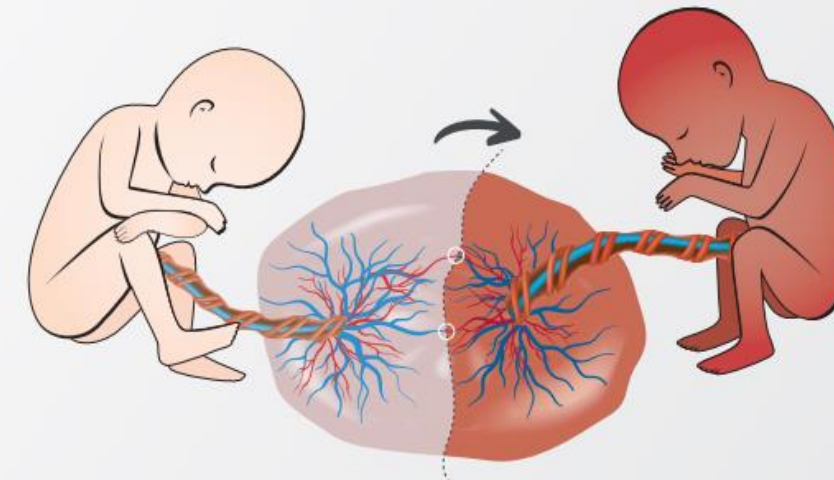
LES COMPLICATIONS DES GROSSESSES MONOCHORIALES

Syndrome transfuseur transfusé (STT)



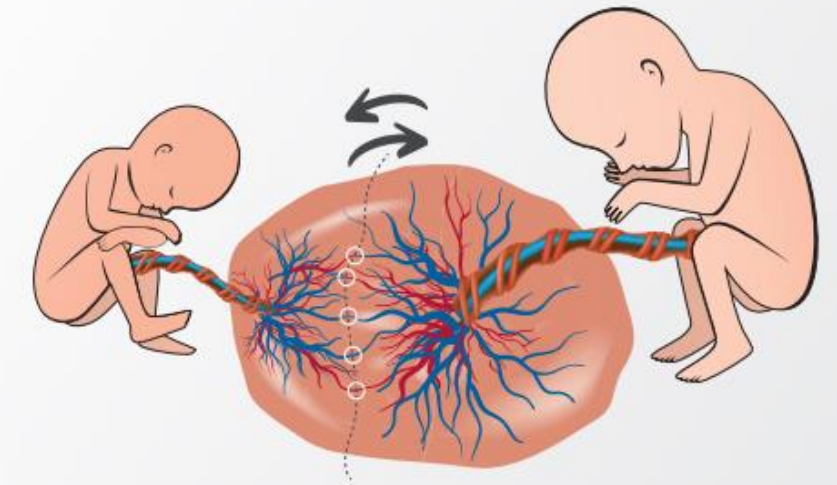
LES COMPLICATIONS DES GROSSESSES MONOCHORIALES

Séquence anémie et polyglobulie (TAPS)



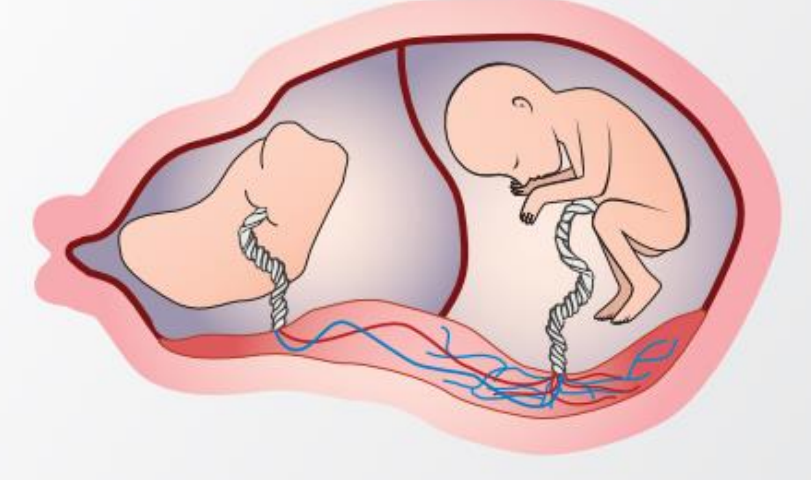
LES COMPLICATIONS DES GROSSESSES MONOCHORIALES

Retard de croissance *in utero* sélectif sévère (RCIU)



LES COMPLICATIONS DES GROSSESSES MONOCHORIALES

Séquence de masse acarde (TRAP)



Ressources

Elaboration de Protocoles Nationaux de Diagnostic et de Soins



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

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

Filière AnDDI-Rares

Texte du PNDS

Décembre 2024

Coordonnateurs :

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

- PNDS pour les autres complications spécifiques prévus
- RCIUs précoce avec anomalies Doppler
- TAPS
- TRAP

Ressources

Webinaire AnDDI-Focus: <https://anddi-rares.org/actualites/>

Dans quelques instants...

AnDDI-Focus #7

Prise en charge d'un syndrome transfuseur-transfusé
Du diagnostic à la thérapeutique

CRMR Prise en charge des Pathologies Rares liées au placenta des Grossesses multiples Monochoriales

Dr Anne Sophie WEINGERTNER (Gynécologue , CHU Strasbourg)
Dr Claire COLMANT (Gynécologue, CHU Necker-Enfant Malades)
Dr Nicolas BOURGON (Gynécologue, CHU Necker-Enfant Malades)
Pr Frédéric HUET (Pédiatre, CHU Dijon)



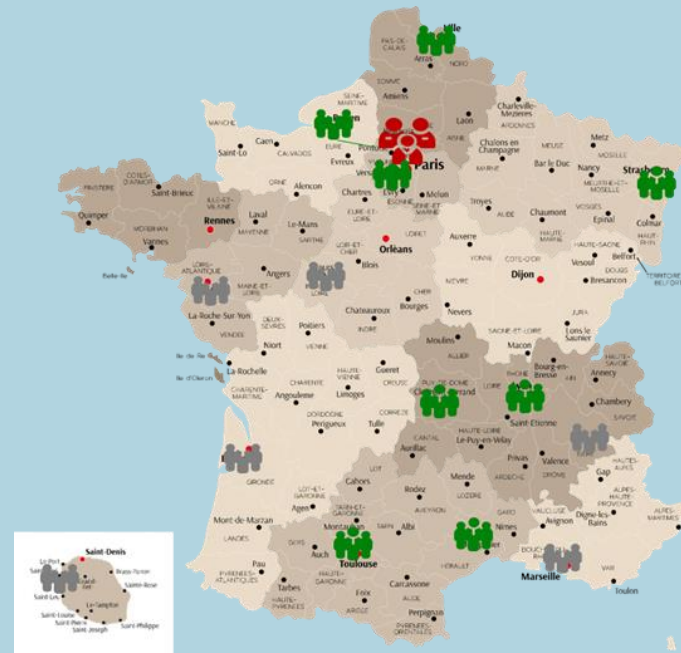
26/11/2024

Au final comment informer?

Bien comprendre

- L'objectif des recommandations est de proposer au médecin une aide dans la manière de dispenser à chaque patient une information pertinente et de qualité, tout au long du processus de soins, en tenant compte des besoins propres de ce dernier et du respect dû à sa personne

Travailler en réseau



Information compréhensible

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 déroulent sans problème.

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.

Introduction

Les grossesses gémellaires monochoriales (de mono- un seul et choro- 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 (jumeaux « poche des eaux » car il existe deux poches distinctes. Rares 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.

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

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
91 boulevard de Sébastopol - 75002 PARIS
Modèle déposé. **Ne peut être modifié** sans l'accord du CNGOF.

GROSSESSES MONOCHORIALES
Page 1 sur 2
Rédaction :



INFORMATION DES PATIENTS
RECOMMANDATIONS DESTINÉES
AUX MÉDECINS



Thème de la journée

LE POINT SUR LES GROSSESSES MONOCHORIALES PAR LE CENTRE DE COMPÉTENCE DES PATHOLOGIES RARES LIÉES AU PLACENTA DES GROSSESSES MONOCHORIALES (PARADIGM) DE STRASBOURG

08h45 : Accueil des participants

09h00-09h20 : Bilan d'activité du CPDPN – C Mager et Céline Muller

09h20-09h40 : Quelles informations donner en début de grossesse- AS Weingertner

09h40-10h10 : Que faire en cas de discordance au premier trimestre ? -M Kohler

10h10-10h40 : Pause

10h40-11h00 : Quelles indications de prélèvement invasif, sous quelles modalités ? –L Bougues

11h00-11h30 : Quand une interruption sélective est discutée. Quand ? Comment ? - C Arnalsteen

11h30-12h30 : Complications spécifiques et prise en charge : les syndromes de transfusion placentaire-
TOPS/TAPS F Guerra/Marie Zilliox

12h30-14h00 Pause déjeuner

14h00-15h00 : Complications spécifiques et prise en charge : RCIUs/ TRAP- F Guerra/M Zilliox

15h00-15h30 : Surveillance de grossesse et accouchement- Quoi de neuf ?-C Minella

15h30-16h30 : Suivi post natal des enfants issus de grossesse monochoriale compliquée-Quoi de
particulier ? Quoi de neuf ?- C Langlet/ C Scheib

16h30 : Conclusion