



Grossesses monochoriales

—
What's new in obstetrics ?

Journée du CPDPN - Décembre 2024

Dr MINELLA Chris
Praticien Hospitalier
CHU de Strasbourg



Grossesse gémellaire monochoriale

= grossesse à risque

Lié à la gémellité et aux complications spécifiques de la monochorionicité

Surveillance échographique par 15 jours avec croissance, Doppler et liquide à partir de 16 SA

Prise en charge particulière



The background features several abstract blue watercolor elements: a large, soft-edged shape at the top center; a long, curved, brush-stroke-like shape on the right side; a cluster of small, dark blue dots at the bottom right; and a series of curved, parallel lines on the bottom left that appear to emerge from a blue watercolor wash.

Grossesse mono-choriale non compliquée

Grossesse monochoriale-biamniotique non compliquée

Surveillance échographique par 15 jours avec croissance, Doppler et liquide à partir de 16 SA

SIG et sage femme libérale à partir de 34 SA

Plus de radiopelvimétrie systématique

→ Nos habitudes actuelles

Terme d'accouchement: entre 36 et 38 SA

sur des reco de 2009

Voie d'accouchement selon les présentations:

- Voie basse: tête/tête, tête/transverse
- Césarienne : siège/ siège ou siège/ tête (risque de crochitage des mentons)



Quelle voie d'accouchement ?

« En particulier, Il n'y a pas lieu de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de grossesse gémellaire monochoriale biamniotique :

- en cas de grossesse gémellaire avec J1 en présentation céphalique proche du terme (grade B),
- en cas de grossesse gémellaire avec J1 en présentation du siège proche du terme (grade B),
- en cas de grossesse gémellaire chez les femmes avec utérus cicatriciel (grade C),
- en cas de grossesse gémellaire avec J1 en présentation céphalique ou podalique chez les femmes ayant un travail prématuré (grade C). »

Et ailleurs alors ?

Timing of birth in MCDA twins
(*monochorionic diamniotic*)

- 34⁺⁰ – 37⁺⁶ weeks: 9.5%
- 36 weeks: 14.3%
- 36⁺⁰ – 37⁺⁰ weeks: 19.0%
- By 37 weeks: 9.5%
- 36–38⁺⁶ weeks: 4.8%
- Not mentioned: 38.1%

Mode of Birth in MCDA twins
(*monochorionic diamniotic*)

- Vaginal if leading twin is cephalic: 28.6%
- Vaginal if both twins are cephalic: 4.8%
- Vaginal if not contraindicated: 28.6%
- Elective caesarean section: 4.8%
- Not mentioned: 33.3%

21 guidelines de 16 pays

National and international guidelines on the management of twin pregnancies: a comparative review



Omer Weitzner, MD; Jon Barrett, MD; Kellie E. Murphy, MD; John Kingdom, MD; Amir Aviram, MD; Elad Mei-Dan, MD; Liran Hirsch, MD; Greg Ryan, MD; Tim Van Mieghem, MD; Nimrah Abbasi, MD; Nathan S. Fox, MD; Andrei Rebarber, MD; Vincenzo Berghella, MD; Nir Melamed, MD, MSc

Recommandations de 7 pays et de 2 sociétés internationales ISUOG et FIGO

Avec des données sur la prise en charge au premier trimestre et la surveillance prénatale , l'accouchement prématuré et les autres complications de la grossesse

Ainsi que le terme et la voie d'accouchement

28 recommandations y sont issues

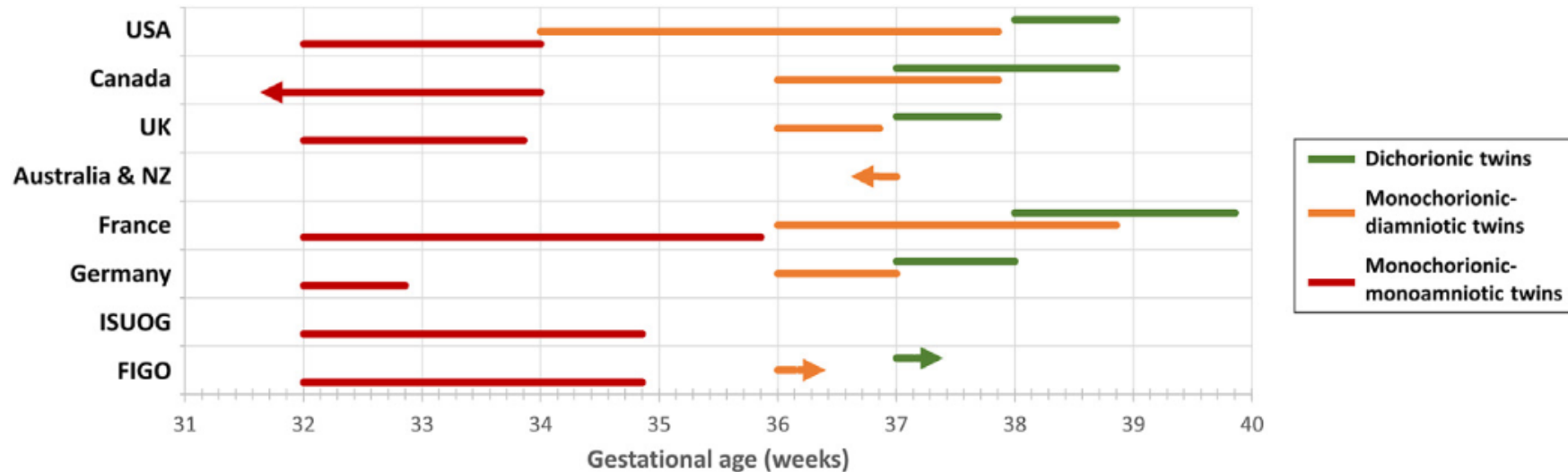
TABLE 6

Timing and mode of delivery

Topic	Unites States	Canada	United Kingdom	Australia and New Zealand	France	Germany	ISUOG	FIGO	Agreement ^a
Timing of delivery									
Uncomplicated dichorionic twins	38 ^{0/7} –38 ^{6/7} wk	37–38 wk	37 wk		From 38 to <40 wk ^b	37 ^{0/7} –38 ^{0/7} wk		From 37 ^{0/7} wk	✗
Uncomplicated monochorionic-diamniotic twins	34 ^{0/7} –37 ^{6/7} wk ^b	36–37 wk	36 wk	By 37 wk	36 ^{0/7} –38 ^{6/7} wk ^b	36 ^{0/7} –37 ^{0/7} wk		From 36 ^{0/7} wk	✗
Uncomplicated monochorionic-monoamniotic twins	32 ^{0/7} –34 ^{0/7} wk	By 32–34 wk	32 ^{0/7} –33 ^{6/7} wk		From 32 to <36 wk ^b	32 ^{0/7} –32 ^{6/7} wk	At 32–34 wk	At 32–34 wk	✗
Mode of delivery									
Criteria for vaginal delivery	Twin A: cephalic	Twin A: cephalic Care provider skilled in managing a second twin with a noncephalic presentation ^b Insufficient evidence to guide mode of delivery for noncephalic second twin at <32 wk or estimated fetal weight <1500 g ^b or when the second twin is larger by >25% than the first twin. ^b	Twin A: cephalic No marked size discordance between the twins ^b		Twin A: cephalic or breech presentation ^b	Twin A: cephalic		Twin A: cephalic	✗
Management of noncephalic second twin		Total breech extraction should be preferred over external cephalic version			Total breech extraction should be preferred over external cephalic version				?
Role of internal podalic version		Second twin in transverse lie			Second twin in transverse lie. May be considered for second twin in cephalic presentation with an unengaged head. ^b				?

Weitzner. Summary of clinical guidelines on twin pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2023.

(continued)



Recommendations of the various professional societies on the timing of delivery are shown for dichorionic (*green lines*), monochorionic-diamniotic (*orange lines*), and monochorionic mono-amniotic (*red lines*) twin pregnancies. (*Right-pointing arrows*) and (*left-pointing arrows*) represent recommendations to deliver from or until a given gestational age, respectively.

FIGO, The International Federation of Gynecology and Obstetrics; *ISUOG*, International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology; *NZ*, New Zealand; *UK*, United Kingdom; *USA*, United States of America.

Weitzner. *Summary of clinical guidelines on twin pregnancies*. *Am J Obstet Gynecol* 2023.



Du coup , quid pour nous ?

Pas de consensus international sur le terme d'accouchement

Les recommandations françaises sont les plus permissives avec un accouchement entre 36 et 38 SA

Alors que la plupart des autres pays recommandent entre 36 et 37 SA , ou entre 34 et 37 SA (USA)

→ les recommandations françaises ne vont probablement pas tarder à changer et aller dans le même sens

En cas de grossesse **monochoriale monoamniotique**

Pas de STT ni de TAPS

Hospitalisation à partir de 28 - 30 SA et jusqu'à l'accouchement

Corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale dès prise en charge

Césarienne programmée entre 32 et 36SA en absence de complications
→ risque d'enchevêtrement de cordons

MAIS



Mono Mono – et ailleurs alors ?

MCMA guidance.

Aspect of Care	Result
Frequency of Ultrasound in MCMA Twins (<i>monochorionic monoamniotic</i>)	• Every 1–2 weeks: 4.8% • Every 2 weeks: 33.3% • Every 2–3 weeks: 14.3% • Every 2–4 weeks: 4.8% • No guidance: 38.1%
Timing of Birth in MCMA twins (<i>monochorionic monoamniotic</i>)	• 32⁺⁰ – 33⁺⁰ weeks: 9.5% • 32⁺⁰ – 34⁺⁰ weeks: 38.1% • By 34 weeks: 4.8% • 33–36 weeks: 4.8% • Not mentioned: 38.1%
Mode of Birth in MCMA twins (<i>monochorionic monoamniotic</i>)	• Caesarean section: 65.0% • Not mentioned: 35.3%

En moyenne entre
32 et 34 SA

TABLE 6

Timing and mode of delivery (continued)

Topic	Unites States	Canada	United Kingdom	Australia and New Zealand	France	Germany	ISUOG	FIGO	Agreement ^a
Monochorionic-monoamniotic twins	Cesarean delivery	Cesarean delivery	Cesarean delivery		Cesarean delivery	Cesarean delivery		Cesarean delivery	✓
Intrapartum considerations									
Epidural	Recommended	Recommended. Alternative is pudendal block.	Recommended		Recommended				✓
Continuous fetal heart rate monitoring		Recommended	Recommended	Recommended				Recommended	✓
Use of scalp electrode on the first twin			If abdominal monitoring is unsuccessful or there are concerns about synchronicity of the fetal hearts					Recommended	?

^a Areas with good agreement, considerable disagreement, or insufficient guidance are flagged by a green checkmark, red x, or blue question mark, respectively; ^b Noticeable differences between guidelines.

Weitzner. Summary of clinical guidelines on twin pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2023.

Consensus global sur l'accouchement par césarienne

Grossesse mono-choriale compliquée



En cas de grossesse monochoriale compliquée

Ceci concerne surtout la grossesse monochoriale bi –amniotique avec:

- STT et TAPS et geste thérapeutique (bichorionisation laser)
- RCIU sélectif
- Interruption sélective de grossesse
- MIU d'un jumeau

Grossesse monochoriale compliquée

Importance de la discussion obstétrico-pédiatrique surtout en cas d'hyperprématurité (24-26 SA)

Pas de prise en charge obstétricale pour indication foétale sans prise en charge pédiatrique associée

Hospitalisation en niveau III en cas de grande prématurité

Corticothérapie de maturation pulmonaire foétale jusqu'à 34 SA

Terme d'accouchement défini selon la complication

Voie d'accouchement selon la présentation clinique et foétale

Grossesse monochoriale après geste thérapeutique

= prise en charge thérapeutique en cas de STT, TAPS ou de RCIU sélectif très sévère

Réalisation d'une photocoagulation laser

Les données exactes de la prise en charge obstétricale sont insuffisantes

Prise en charge adapté au cas par cas et dépendant de l'évolution : MAP, RPM, ...

Après prise en charge thérapeutique d'un STT

Le terme d'accouchement pour les grossesses MCBA, notamment après traitement par fœtoscopie laser pour STT, reste sujet à débat

Terme d'accouchement:

- entre 34 et 36 SA en absence de complications surajouté
- adapter au cas par cas

Voie d'accouchement :

- ne doit pas être entravé par le geste
- dépendant des présentations et des complications associées
- voie basse tant que possible

preterm labor, PPROM, and placental abruption.⁸⁰ **Following the resolution of TTTS after fetoscopic laser surgery and without other indications for earlier delivery, we recommend delivery of dual-surviving MCDA twins at 34 to 36 weeks of gestation (GRADE 1C).⁵⁷ In TTTS pregnancies complicated by posttreatment single fetal demise, we recommend full-term delivery (39 weeks) of the surviving co-twin to avoid complications of prematurity unless indications for earlier delivery exist (GRADE 1C).^{57,81–83}**

We recommend that fetoscopic laser surgery not influence the mode of delivery (Best Practice). Nevertheless, cesarean delivery rates are high in pregnancies complicated by TTTS, with or without prenatal treatment. In the aforementioned large NAFTNet review, approximately 70% of patients undergoing fetoscopic laser surgery subsequently had cesarean delivery.⁸⁰

En cas de STT

After laser therapy, we suggest weekly surveillance for 6 weeks followed by resumption of every-other-week surveillance thereafter, unless concern exists for post-laser TTTS, post-laser TAPS, or FGR.	2C
Following the resolution of TTTS after fetoscopic laser surgery and without other indications for earlier delivery, we recommend delivery of dual-surviving MCDA twins at 34 to 36 weeks of gestation.	1C
In TTTS pregnancies complicated by posttreatment single fetal demise, we recommend full-term delivery (39 weeks) of the surviving co-twin to avoid complications of prematurity unless indications for earlier delivery exist.	1C
We recommend that fetoscopic laser surgery not influence the mode of delivery.	Best Practice

Quelle consigne pour la France

En cas de traitement foetoscopique pour un STT:

- **Naissance planifiée entre 34 et 36 SA semble raisonnable.**
- **Césarienne programmée** facile mais si la voie basse n'est pas contre-indiquée

PNDS en cours de rédaction

Cas d'une PEC post laser

Mme P. , patiente de 34 ans, primigeste nullipare sans antécédent particulier

Réalisation d'une prise en charge thérapeutique par une foétoscopie laser à 18 sa pour un STT de type I avec discordance de croissance de 23% sans anomalie Doppler associée

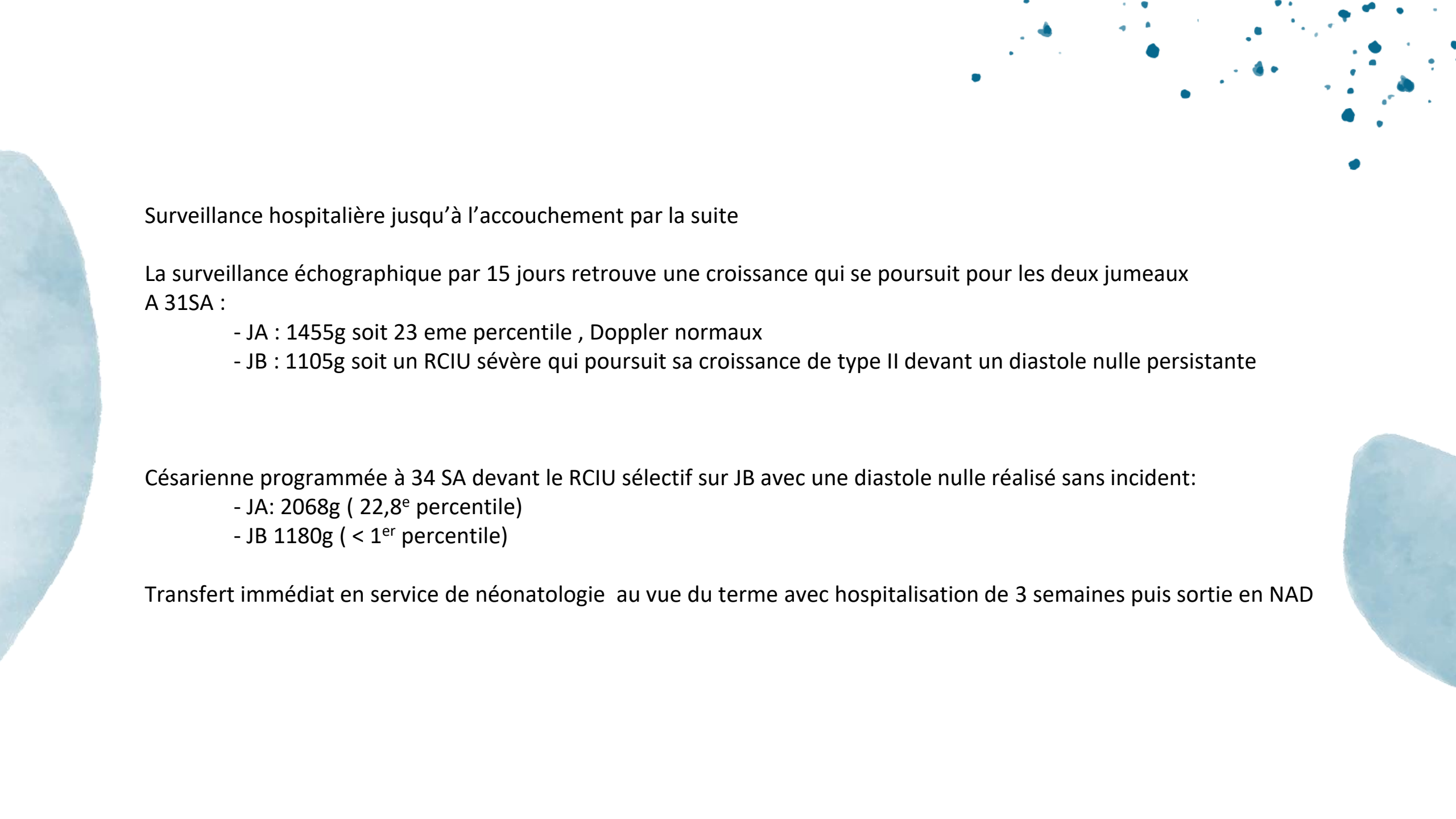
- JA: 227 g soit un 62,3ème percentile
- JB: 170 g soit un 2,5ème percentile

Geste réalisé de manière satisfaisante avec une bichorionisation et contrôle post laser également satisfaisant

A 25SA et 5 jours:

- JA: 850g soit 38ème percentile, Doppler normaux
- JB: 630g soit un RCIU sévère sélectif de type I chez JB à Doppler normaux , différence 26 %

Discussion obstétrico-pédiatrique à 25SA et 5 jours avec réalisation d'une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale et début des enregistrement une fois la cure faite



Surveillance hospitalière jusqu'à l'accouchement par la suite

La surveillance échographique par 15 jours retrouve une croissance qui se poursuit pour les deux jumeaux

A 31SA :

- JA : 1455g soit 23^{eme} percentile , Doppler normaux
- JB : 1105g soit un RCIU sévère qui poursuit sa croissance de type II devant un diastole nulle persistante

Césarienne programmée à 34 SA devant le RCIU sélectif sur JB avec une diastole nulle réalisé sans incident:

- JA: 2068g (22,8^e percentile)
- JB 1180g (< 1^{er} percentile)

Transfert immédiat en service de néonatalogie au vue du terme avec hospitalisation de 3 semaines puis sortie en NAD

Conséquences de la photocoagulation au laser

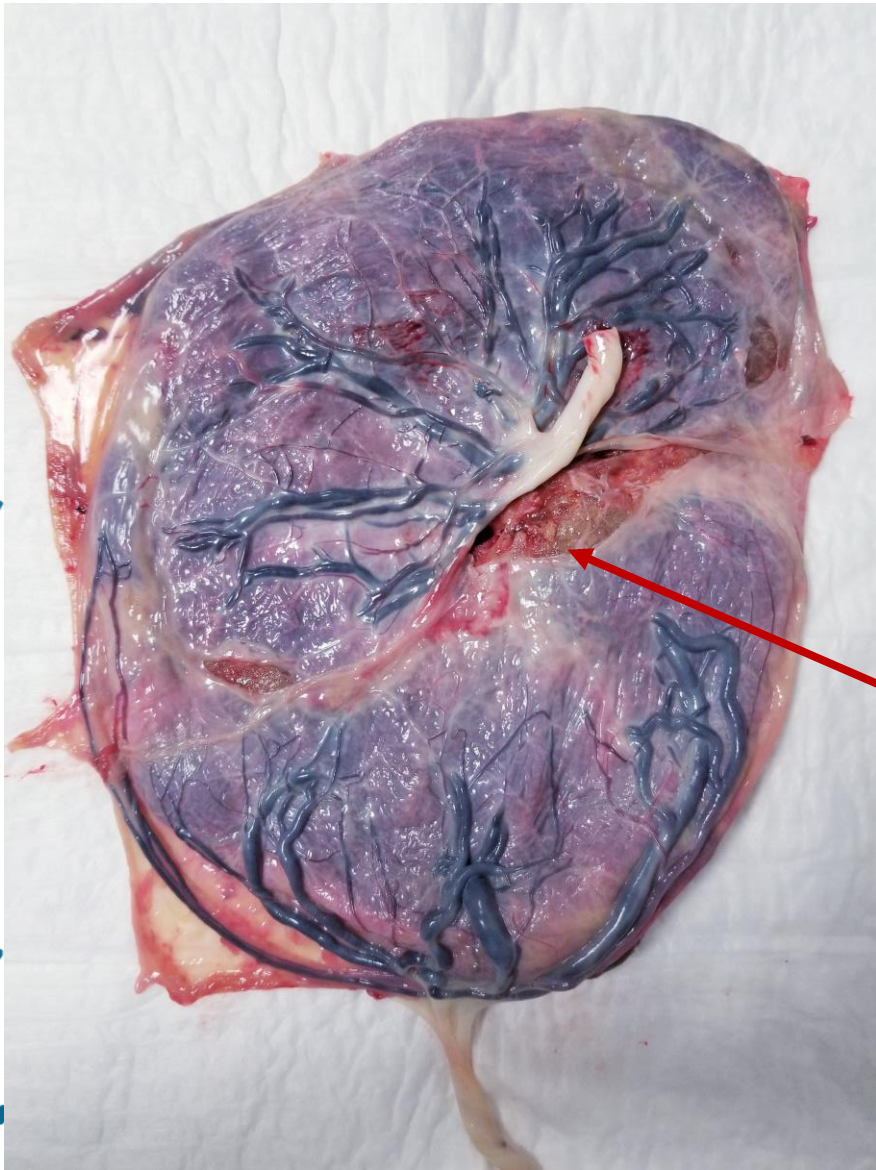
Risques du geste :

- accouchement prématuré souvent sur un décollement précoce du placenta

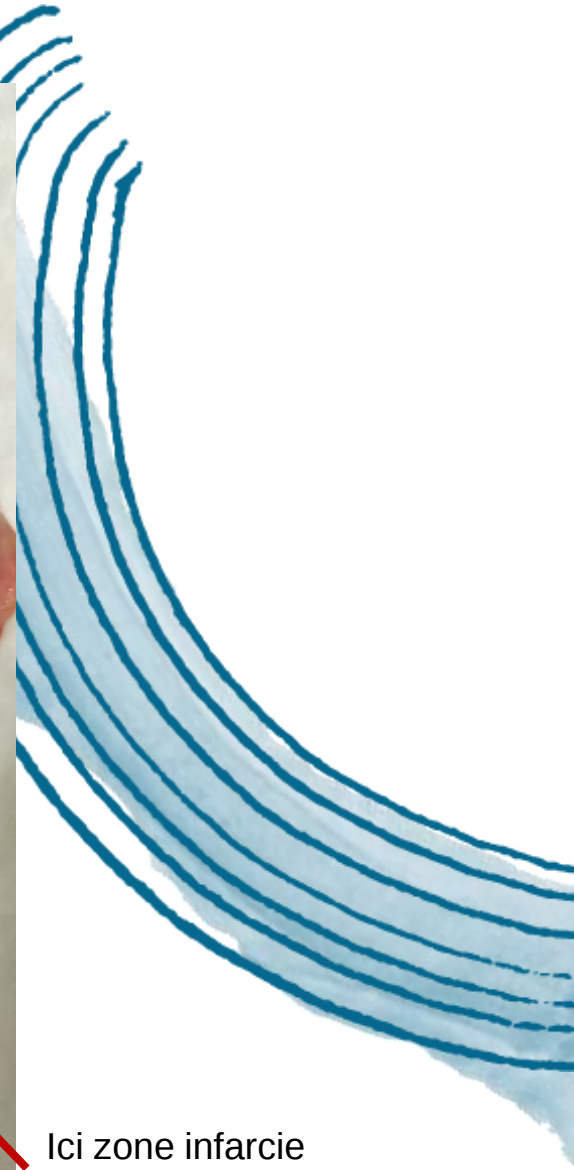
→ La coagulation entraîne des **infarctus placentaires** qui peuvent être responsable de complications jusqu'en per partum

- RPM

- Status incertain et entravé du donneur



Ici zone infarctie
en regard de l'ex receveur



Et en cas de TAPS alors ?

Prise en charge variable selon le stade:

Stade I : Attitude expectative avec une surveillance étroite

Stade II et + : Orientation vers une équipe de médecine fœtale pour discuter d'une prise en charge thérapeutique surtout en cas de découverte au deuxième trimestre ou tôt au troisième trimestre

→ Accouchement entre **32 et 34 SA** ou au moment du diagnostic si elles sont identifiées plus tard au cours de la grossesse

When should patients be referred to a fetal care center for twin anemia-polycythemia sequence?

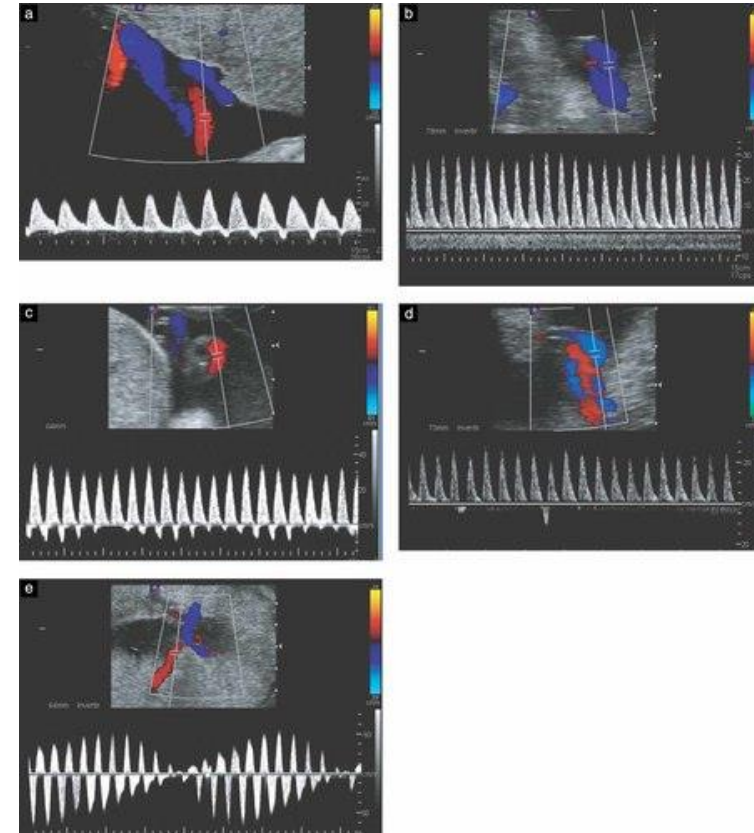
Although screening aims to identify TAPS presentations that might benefit from prenatal intervention, not all suspected cases require a fetal care center referral. Specifically, cases of stage I TAPS can be safely managed with more frequent local surveillance (on an at-least-weekly basis), regardless of whether the diagnosis represents a false-positive presentation or overt early-stage TAPS. **Consultation with a specialized fetal care center is recommended when TAPS progresses to a more advanced disease stage (stage ≥II) before 32 weeks of gestation or when concern arises for coexisting complications such as TTTS (Best Practice).** TAPS presentations (of any stage) at 32 to 34 weeks—or upon diagnosis if identified at later gestational ages—may be considered for delivery and do not necessarily require outside referral.

Grossesse monochoriale avec RCIU sélectif

Causé par un partage placentaire discordant et non par une insuffisance placentaire comme on pourrait l'observer dans une grossesse singleton ou une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique

3 types de RCIU (Gratacos et al. 2007)

- 1 : Doppler N
- 2: DO nulle ou reverse flow persistant
- 3: DO nulle ou reverse flow intermittent



Evolution selon le type de RCIU

Type I :

généralement une bonne issue néonatale en cas d'attitude expectative

Type II et III:

En moyenne un accouchement prématuré plus précoce que le type I (environ 31 SA versus 34 SA) ainsi qu'un poids de naissance plus petit (1725 g en moyenne)

En cas de prise en charge thérapeutique anténatale (bichorionisation par laser ou ISG) :

- majoration de la mortalité périnatale
- mais diminution de la morbidité lorsqu'on compare en cas d'attitude expectative

- cependant peu de données probantes sur la prise en charge optimale
- Intérêt d'un dépistage précoce du RCIU sélectif pour une surveillance accrue afin de diminuer la morbidité
- Prise en charge prénatale doit être individualisée

PEC obstétricale du RCIU sélectif

Hospitalisation première pour débuter les monitorings foetaux après discussion obstétrico-pédiatrique

Enregistrement des **DEUX** fœtus → importance du terme et du poids estimé afin de statuer sur la prise en charge pédiatrique

Corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale en cours d'hospitalisation

Hospitalisation en HAD si possible en cas de croissance satisfaisante et Doppler normaux et absence d'ARCF

Echo par 15 jours avec une SIG par semaine

PEC obstétricale du RCIU sélectif

Pas de recommandations claires

Voie et termes d'accouchement : privilégier la voie basse si possible, mais important risque de césarienne

Terme variable selon le type de Doppler:

- **Type I** : à partir de 36 SA jusqu'à 37 SA, voie basse possible
- **Type II ou III**: vers 34 SA par césarienne
- **En cas de franche cassure**: à 34 SA , par voie basse si les présentations le permettent

Cas d'un RCIU sélectif

Mme A , patiente de 24 ans G1P0 sans ATCD particulier

Découverte d'un RCIU sélectif sévère dans le cadre d'une grossesse gémellaire monochoriale biamniotique à 25 SA et 6 jours:

JA 816g soit un 29ème percentile et JB 669 g soit < 1^e percentile avec 18,7 % de différence, Les Doppler sont normaux.

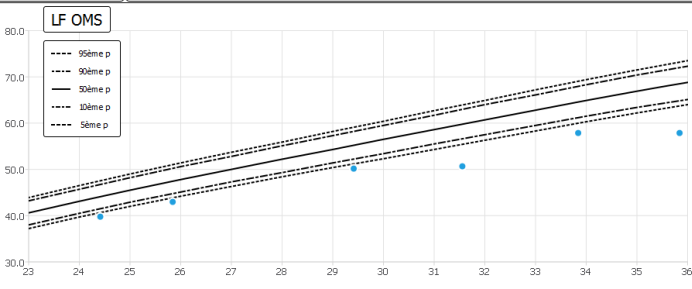
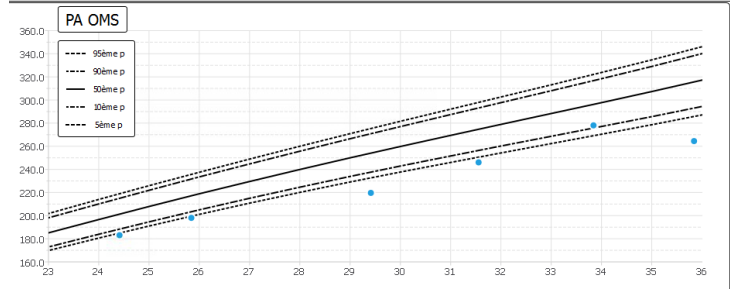
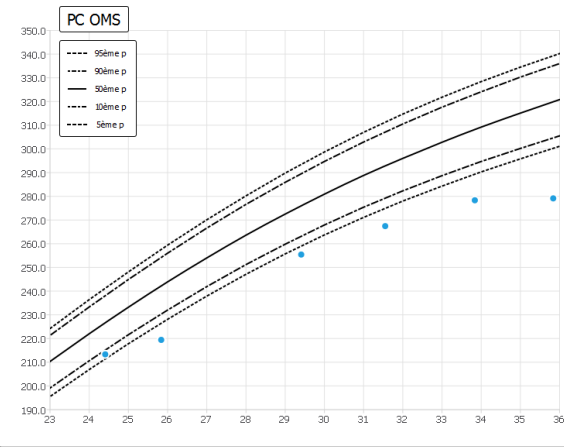
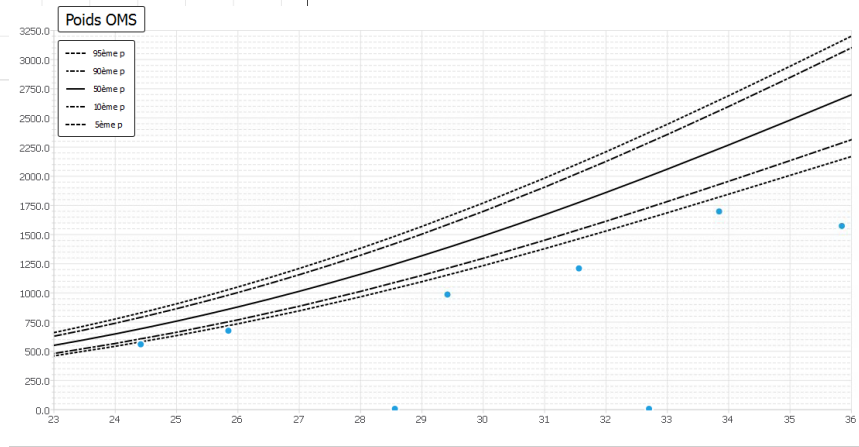
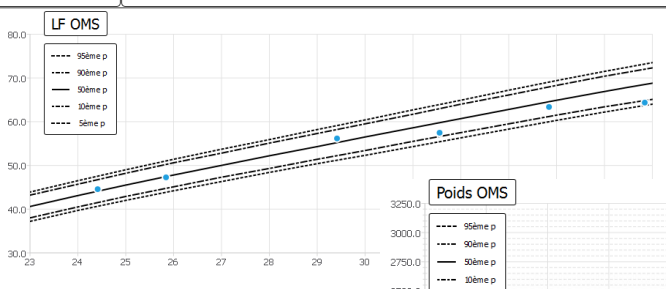
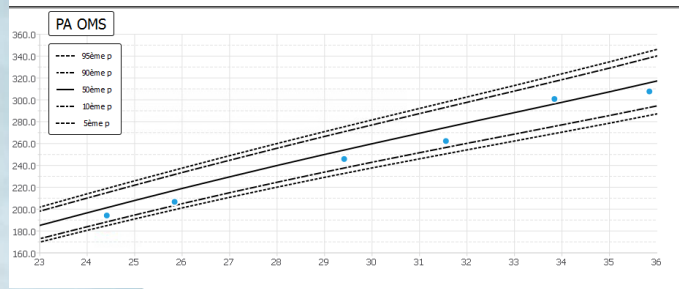
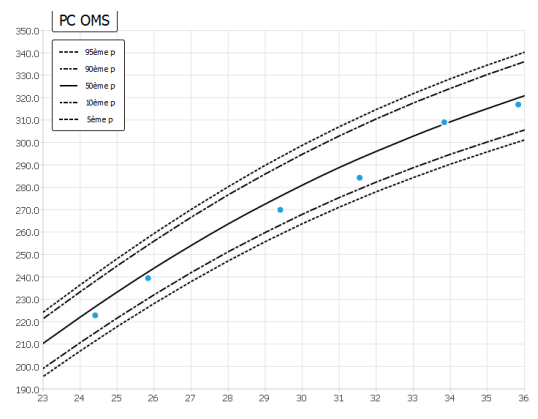
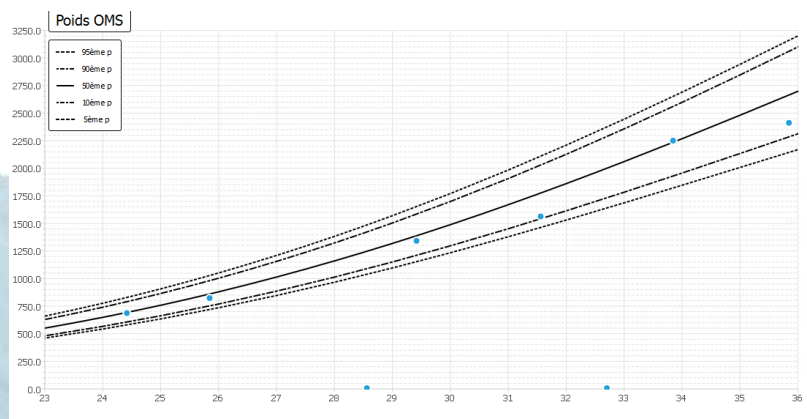
Décision d'une hospitalisation avec instauration d'une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale

Surveillance par la suite en HAD avec un contrôle hebdomadaire en SIG et par 15 jours en échographie pour la surveillance de la croissance

Décision d'un déclenchement à 37SA et accouchement par voie basse compte tenu des Doppler normaux:

- JA: 2845g (23^e percentile) nait en présentation céphalique par spatules
- JB: 1695g (< 5^e percentile) nait par grande extraction du siège

Suites simples pour la mère et les enfants avec sortie après 15 jours



JA

JB

Parlons encore un peu RCIU sélectif

Mme R, Patiente de 37 ans G2P0 , suivi en PMA pour une infertilité primaire sur une anovulation

Perte pondérale importante avec grossesse gémellaire monochoriale biamniotique spontanée

Surveillance échographique difficile du fait des conditions locales

Grossesse se compliquant d'une RCIU sévère sélectif de type II vers 23 SA:

- JA : 421 g , RCIU sévère type II (diastole nulle persistante)
- JB: 548g soit 48^e percentile à Doppler normaux, différence de 23 %

Impossibilité d'une prise en charge thérapeutique par fœtoscopie au vu des conditions locales (placenta antérieur et morphotype de la patiente)

→ Décision d'une attitude expectative

Discussion obstétrico-pédiatrique réalisée par la suite avec instauration d'une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale avant l'échographie de réévaluation à 25SA et rediscussion de la prise en charge fœtale après la prochaine échographie

A 25 SA:

- JA: 486g soit un RCIU sévère sélectif de type 2
- JB : 773g sit 32,1^e percentile à Doppler normaux avec une différence de 37%

Après une nouvelle discussion , décision par le couple d'une prise en charge active obstétrico-pédiatrique, sachant que JA est proche des 500g avec un risque important de mort in utéro

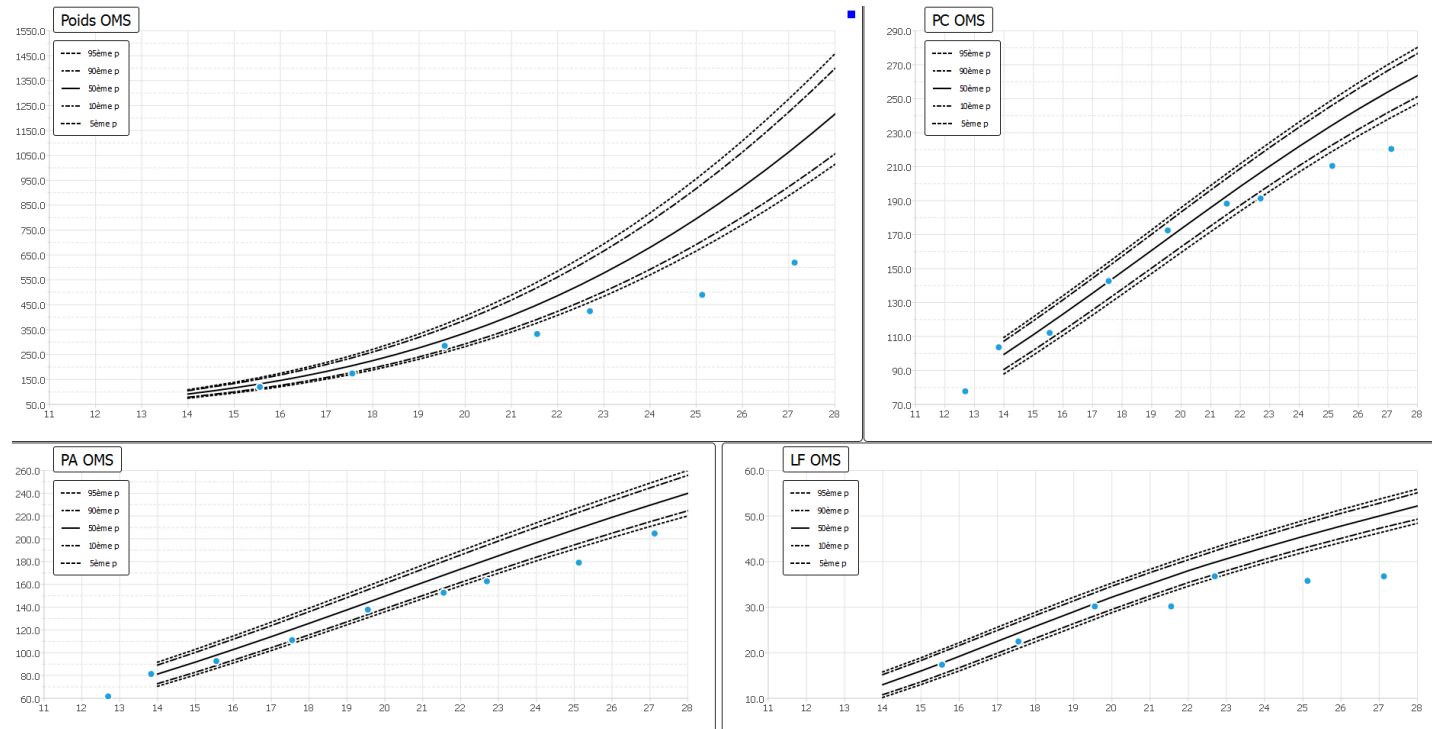
Hospitalisation pour surveillance materno-fœtale

Césarienne en urgence à 27SA pour ARCF:

- JA: 1255 g (86^e percentile)
- JB: 648g (< 1^{er} percentile)

Transfert immédiat en service de néonatalogie

Retour à domicile après 3 mois d'hospitalisation des deux avec un suivi régulier en pédiatrie



Grossesse monochoriale biamniotique avec **MIU** d'un des jumeaux

= déséquilibre hémodynamique aigu et sévère au moment ou juste avant la mort d'un jumeau provoquant une hémorragie du survivant dans le territoire vasculaire placentaire et fœtal du jumeau décédé

Ce déséquilibre se fait via les anastomoses A-A

Le risque estimé de mort fœtale et d'anomalie neurologique du jumeau survivant est estimé à 12 % et 18 % respectivement.

Possibilité d'autres séquelles également: digestifs par un mécanisme de bas débit

Risque en cas de MIU d'un jumeau

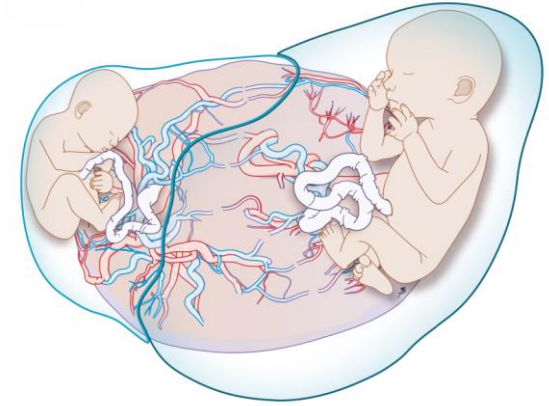
Risque mortalité périnatale plus importante: 11,6% MC vs 5% BC

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, $p < 0,05$)



Grossesse monochoriale bi amniotique avec **MIU d'un des jumeaux**

= grossesse considérée comme une grossesse singleton par certains auteurs, mais cela reste très débattu

Pas d'extraction immédiate , ne permet pas de prévenir les séquelles neurologiques

Surveillance par une écho mensuelle : croissance, Doppler (PSV ++) , recherche de signes neurologiques
→ une anomalie neurologique ne sera visualisable qu'à un mois

Importance de l'IRM cérébrale fœtale à 32 SA

Terme d'accouchement:

à partir de **37 SA sans dépasser 39 SA**

mais souvent dépendant de l'évolution du co-jumeau restant et d'éventuelles complications

Voie d'accouchement : voie basse à privilégier

→ ! Pas de recommandations claires

Cas d'une MIU d'un jumeau

Mme B., de 44 ans G3P1 avec un accouchement par voie basse à terme

Grossesse monochoriale biamniotique obtenue par transfert d'un embryon congelé à J5

Apparition d'un RCIU sélectif évoluant vers un type III chez JB aux alentours de 21 SA.

A 24SA :

- JA: 896g soit un 99^e percentile à Doppler normaux
- JB: 565g soit un 5^e percentile , RCIU de Type III (reverse flow intermittent)

Une prise en charge obstétrico-pédiatrique avait été discutée mais non souhaité par le couple

Refus d'une hospitalisation et d'une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale

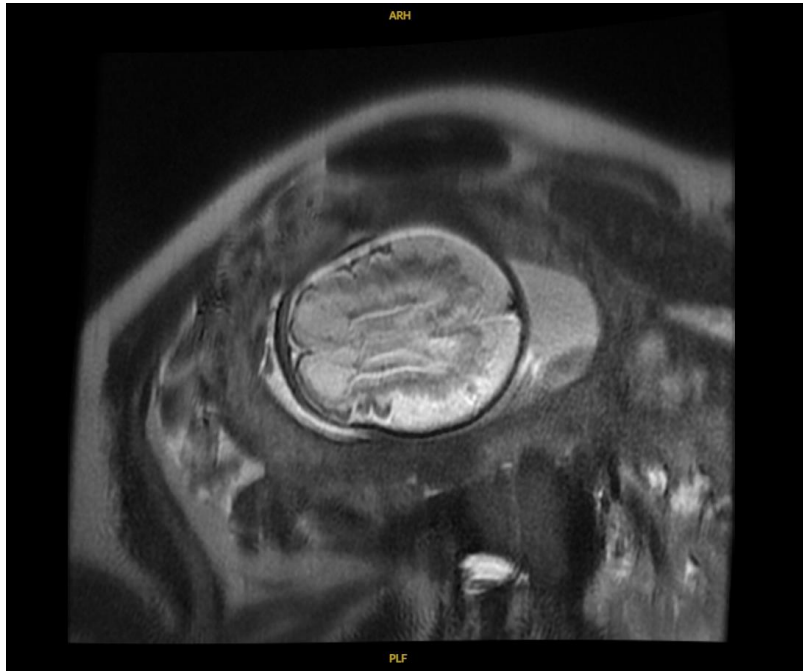
Décès de JB à 31SA

Echographie à 33SA et 6 jours pour réévaluer le jumeau survivant et rechercher une lésion neurologique



Petites images anéchogène dans la région pariéto pariétale gauche proche de la corne pariéto occipitale ont été mises en évidence.

L'échogenicité du parenchyme semble anormal



IRM cérébrale fœtale : Atteinte parenchymateuse sévère prédominant en supra tentoriel, sans épargne du tronc cérébral, avec aspect de porencéphalie soufflante. Anomalie de migration neuronale avec probable hétérotopie sous corticale en bande hémisphérique bilatérale prédominant en pariéto occipital =

Aspect en faveur de lésions ischémo-hémorragiques

Consultation neuropédiatrique avec Pr Laugel: pronostic sévère

Décision d'une IMG , qui a été réalisé avec un geste thérapeutique d'arrêt cardiaque aux Hôpitaux Civils de Colmar

Grossesse monochoriale biamniotique avec **MAP** ou **RPM**

Prise en charge identique aux grossesses singletons et grossesse bichoriale – biamniotique

A distinguer cependant entre :

- contexte post thérapeutique
- caractère isolé

Voie d'accouchement selon la présentation de J1

Attention à la **mesure systématique du col**

Et le fameux col dans tout ça ?

Seuil idem aux singletons soit 25 mm

Faible valeur prédictive en mesure systématique

Cervical length in asymptomatic twin pregnancies: prospective multicenter comparison of predictive indicators – Leveque et al

Faible indicateur pour un AP avec faible taux de détections et faible sensibilité

Cervical length at mid-gestation in screening for preterm birth in twin pregnancy – Pagani et al Ultrasound in Obstetric and Gynecology

Pas de lien retrouvé avec un accouchement dans les 7 jours

Mémoire de sage femme par Mme TILLAI Soupirya

→ Pas de mesure systématique du col hors symptomatologie surtout en population à bas risque



Take home message

Intérêt de la surveillance échographique pour dépister les complications potentielles

Importance de la discussion obstétrico-pédiatrique en cas de situation compliquée

Privilégier la voie basse si possible

Terme d'accouchement:

- Entre 34 et 36 SA : après PEC d'un STT
- Entre 32 et 34 SA en cas de TAPS
- Selon le stade du RCIU sélectif : 34 SA (stade II et III) à 36 SA (Stade I)
- à partir de 36 SA si non compliqué

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



**VOUS POUVEZ POSER DES
QUESTIONS (OU PAS)**

makeameme.org