

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 proposées pour le TAPS.

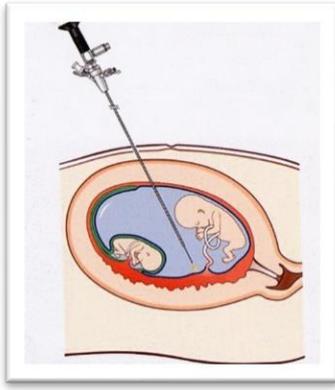


Figure 1 : Fœtoscopie pour STT

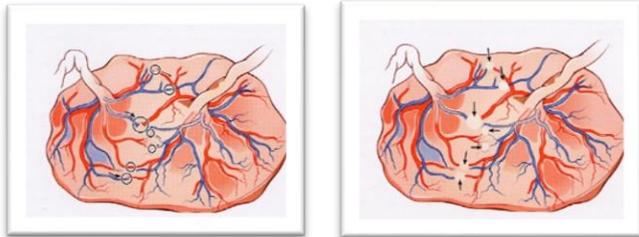


Figure 2 : Aspect placentaire avant et après coagulation au Laser.

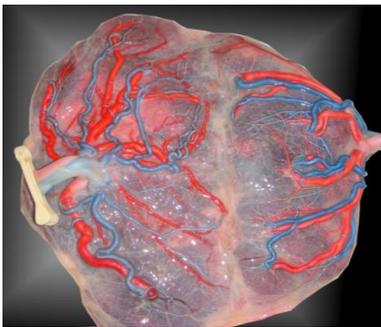


Figure 3 : Placenta après traitement complet au laser

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

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 amniodrainage, 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.