



LE SYNDROME TRASFUSEUR TRANSFUSE



**PERINATOLOGIE
MAYOTTE 2015**

Dr T. ABOSSOLO

CHU Saint Denis La REUNION
Service : Pr P. VON THEOBALD



+ Le syndrome transfuseur transfusé

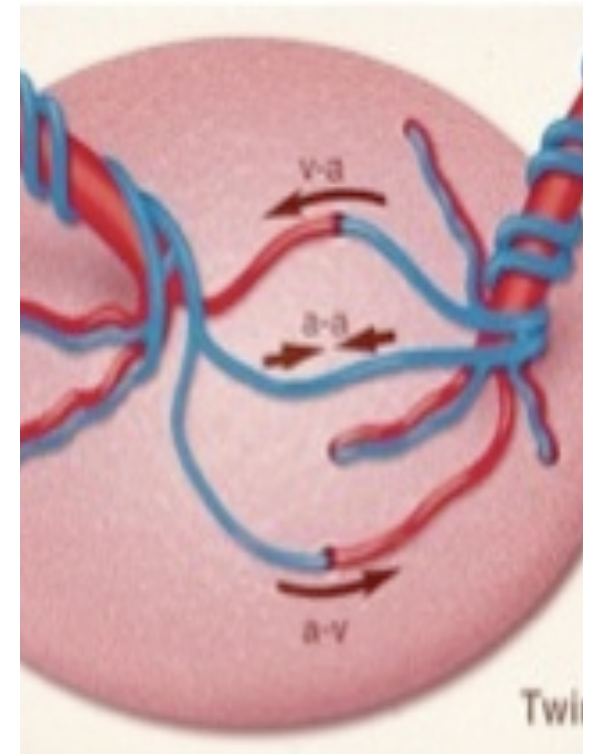
15 % des grossesses monochoriales

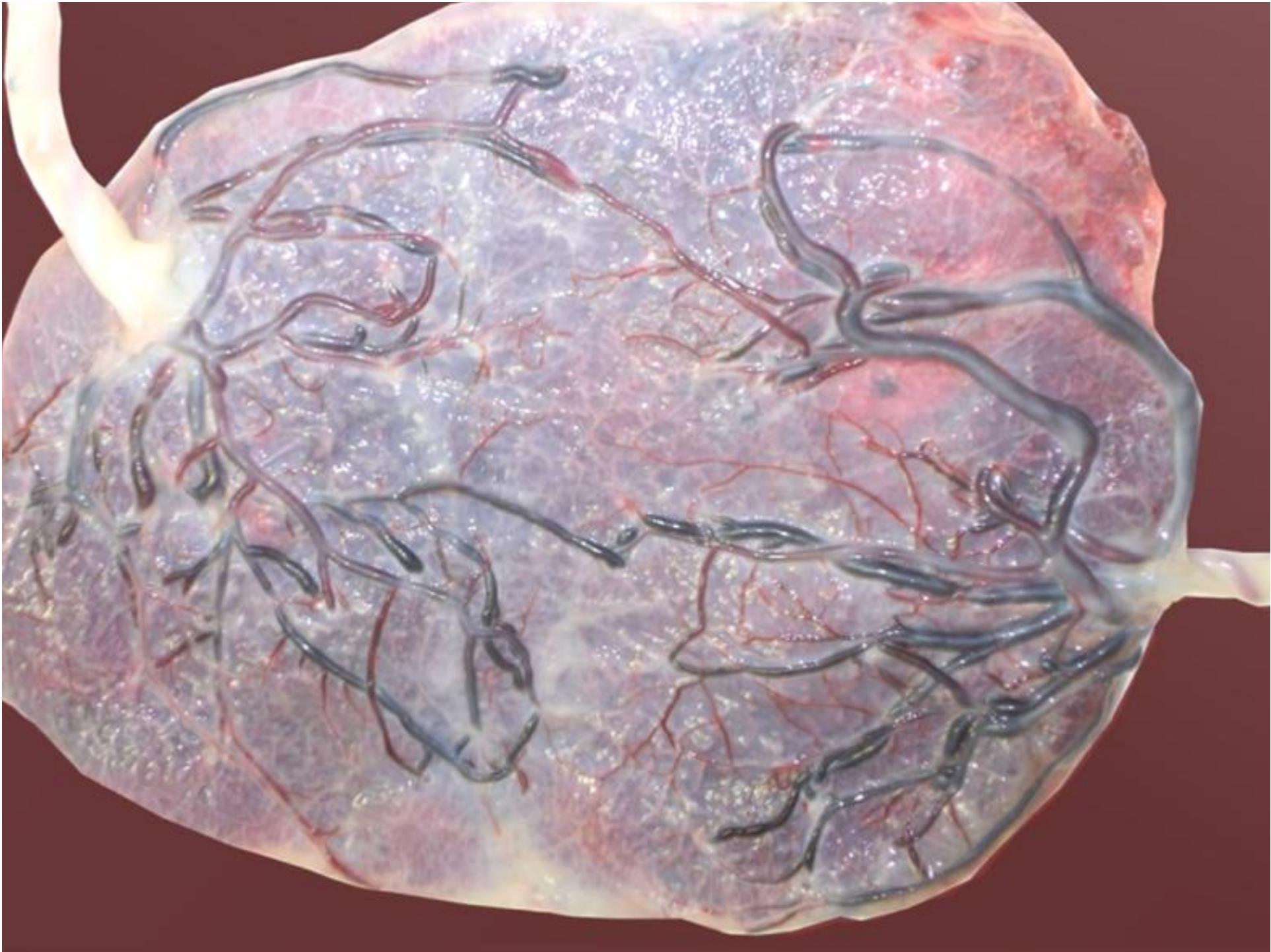
- Symptomatologie typique : l'association :
 - 1. d'un hydramnios polyurique avec une distension de la vessie chez un des jumeaux (receveur). Grande citerne de 8 cm avant 20 SA et de 10 cm après 20 SA
 - 2. d'un oligoamnios oligo-anurique chez le co-jumeau (donneur) présentant une vessie peu ou pas visible. Grande citerne < 2 cm quel que soit l'âge gestationnel
- Symptomatologie moins typique
 - les retards de croissance intra-utérins sévères d'un jumeau monochorial avec anomalies Doppler
 - les séquences TAPS (twin anemia polycythemia sequence) d'hémorragie fœto-fœtale.

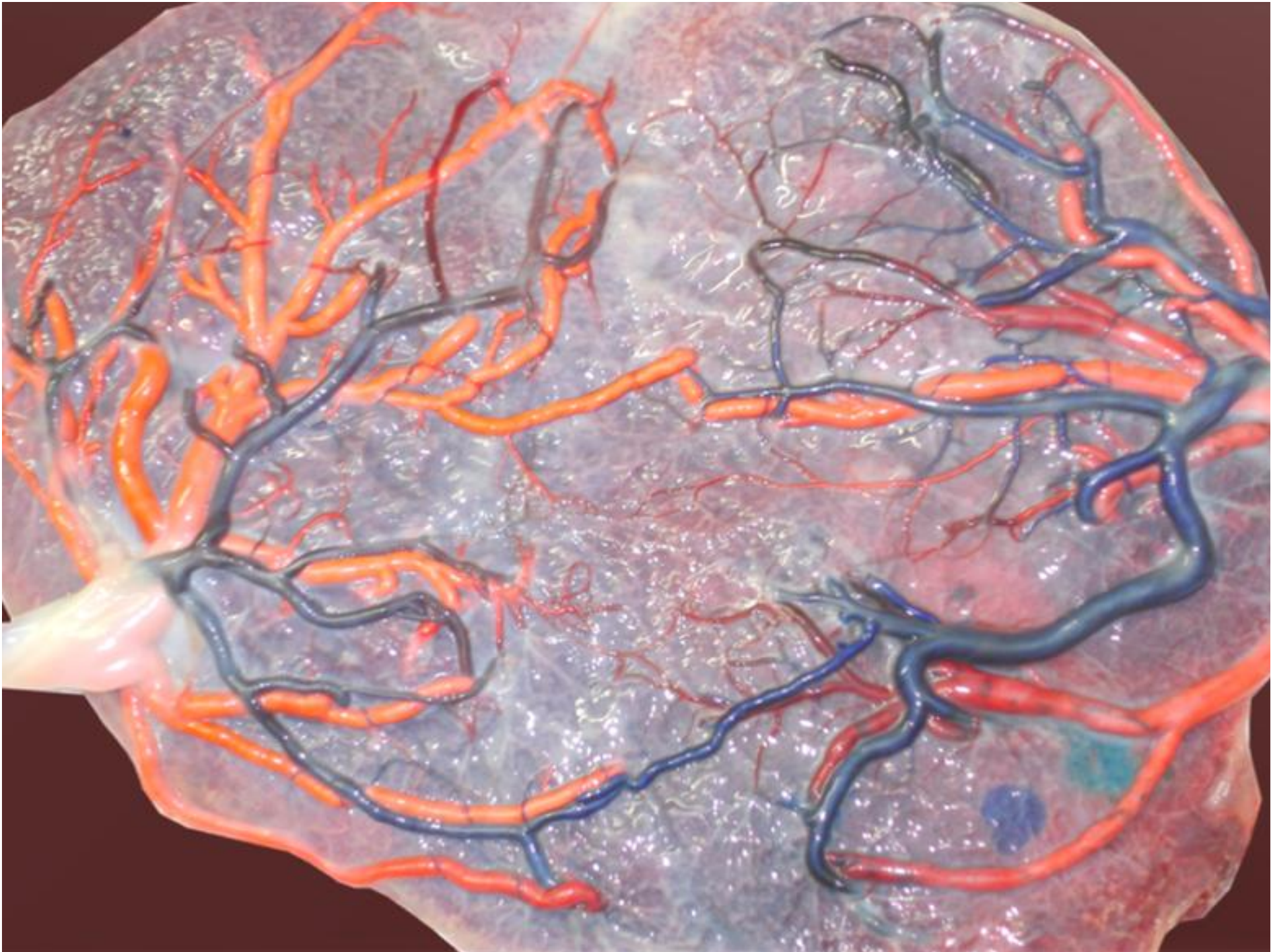


+ Le syndrome transfuseur transfusé

- Il existe deux types d'anastomoses :
- **les anastomoses bidirectionnelles** sont de type artério-artérielles (AA) ou veino-veineuses (VV). Elles sont superficielles lors de l'observation macroscopique d'un placenta ; elles courent à la surface sans pénétrer dans la plaque chorale.
- **Les anastomoses unidirectionnelles** sont de type artério-veineuses (AV) ou veino-artérielles (VA). Elles sont dites profondes car les échanges se font au niveau capillaire au cœur des cotylédons. Lors de l'observation d'un placenta, elles plongent dans la plaque chorale l'une en face de l'autre à une distance inférieure à 5 mm.









+ Le syndrome transfuseur transfusé le diagnostic



	DONNEUR	RECEVEUR
		
ILA	< 2 CM	> 8 cm si < 20 SA > 10 cm si > 20 SA
VESSIE	Peu ou as visible	Remplie
DOPPLER	ACM pathologique Ombilical Arantius	



Polyhydramnios (+ grande citerne > 8cm avant 20 SA ou > 10cm après 20 SA)

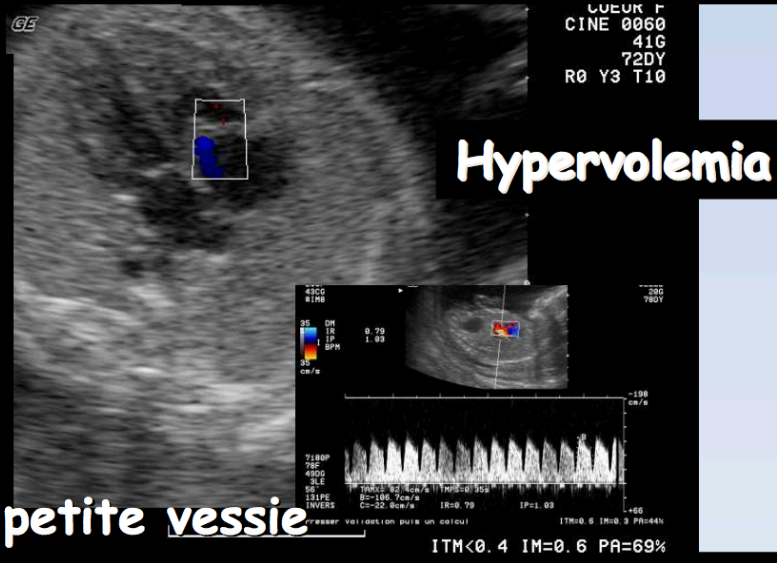
Polyurie : Grosse vessie



Oligo/anhydramnios + grande citerne < 2 cm



Oligurie Pas de vessie ou petite vessie



Hypervolemia

+ Classification de Quintero



Stade I :	Oligo-amnios et hydramnios, la vessie est visible chez le donneur et absence d'anomalies Doppler
Stade II :	Identique au stade I mais la vessie du donneur n'est pas visible
Stade III :	Identique au stade II mais anomalies Doppler : diastole nulle ou négative dans l'artère ombilicale, onde a nulle ou négative dans le <i>ductus venosus</i> , ou veine ombilicale pulsatile
Stade IV :	Épanchement péricardique, pleural, péritonéal ou anasarque
Stade V :	Mort foétale <i>in utero</i> d'un jumeau

STAGE	Poly / Oligo	Pas vessie donneur	Doppler critique	Hydrops	MIU
I	+				
II	+	+			
III	+	+	+		
IV	+	+	+	+	
V	+	+	+	+	+

+ Les Risques

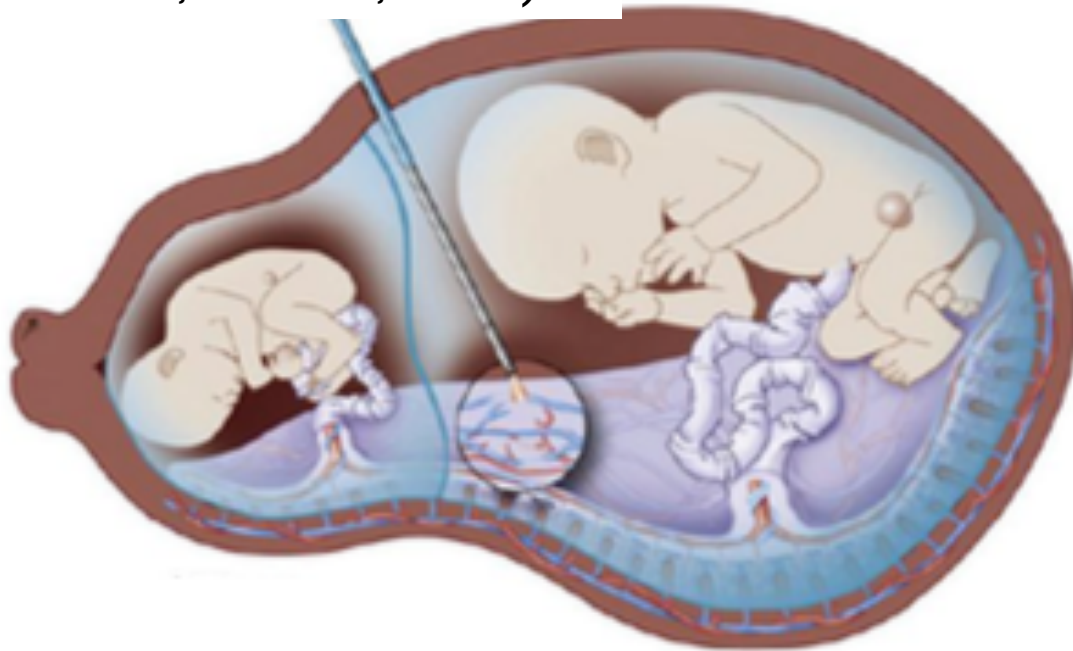
- A partir d'un stade 2 , sans prise en charge : taux de survie 10%
- Avec prise en charge :

	AMNIODRAINAGE	LASER
TAUX DE SURVIVANTS à 28J	56%	76%
LEUCOMALACIE VENTRICULAIRE à 6 mois	14%	6%
COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES	52%	31%

[3] Senat MV et al. Endoscopic laser surgery versus serial amnioreduction for severe twin-to-twin transfusion syndrome. The New England Journal of Medicine 2004;351(2):136-44.

+ Traitement laser

Foetoscope 1,2mm à 2 mm ,
trocard 2,5mm à 4,7 mm)



Séparer l'alimentation des 2 fœtus: « bichorioniser » le placenta.

Laser Diode

+ Traitement laser

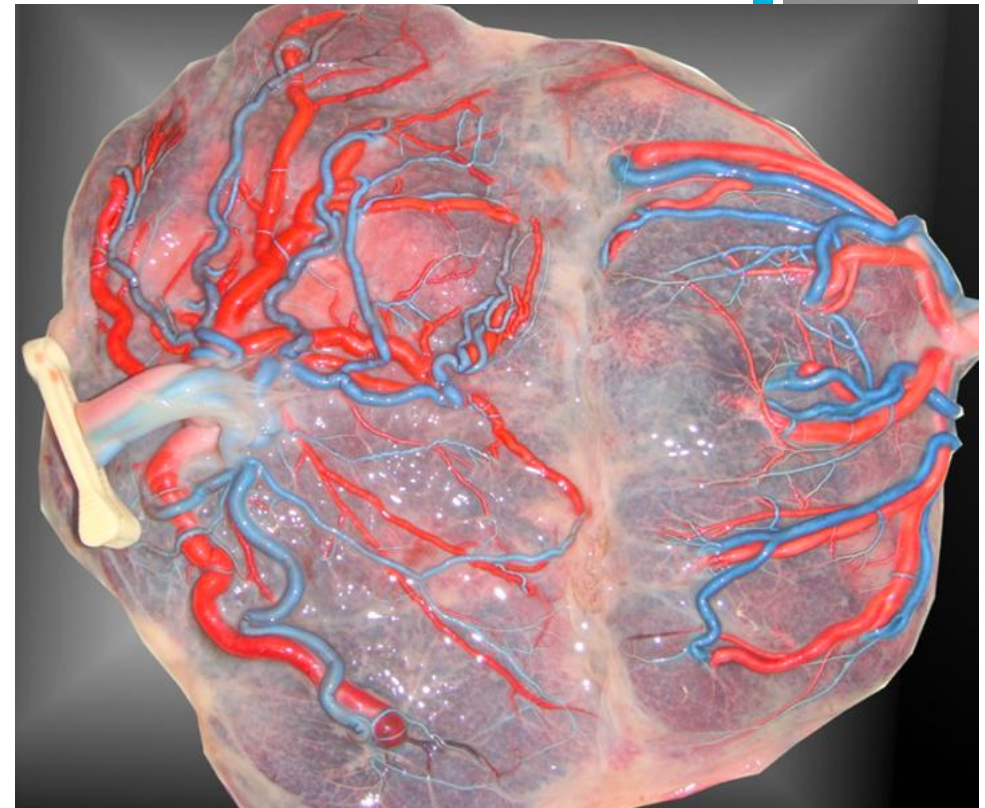
Technique sélective

Technique de Solomon

Réalise une ligne de coagulation à la surface placentaire reliant les anastomoses déjà oblitérées.

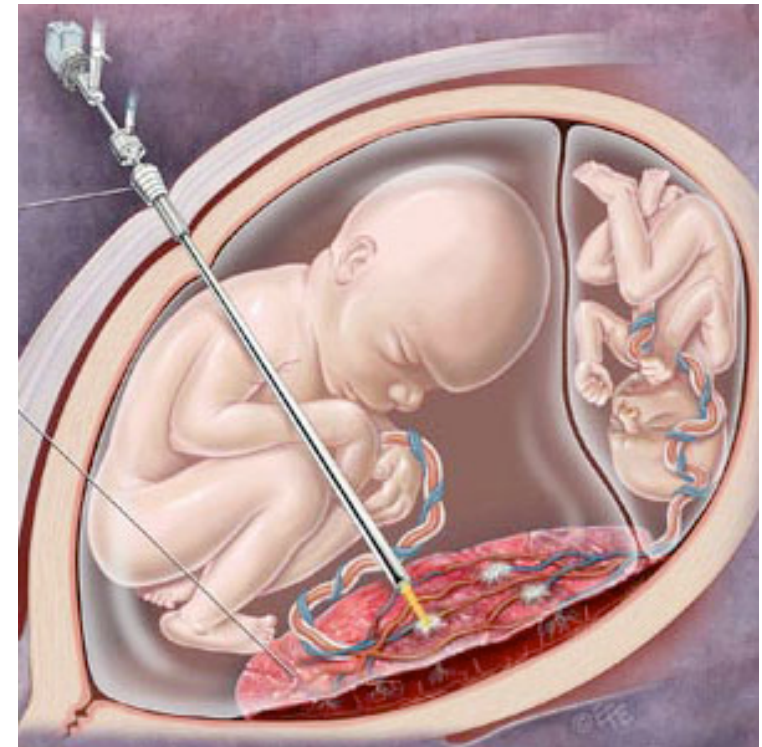
Dichorionisation du placenta

Prévention des complications telles que récurrence de STT ou apparition de TAPS (*Twin Anemia Polycythemia Sequence*).



+ Traitement laser

- Sous locale , sauf si indication de cerclage (col <15mm) , Rachianesthésie
- Durée entre 20mn et 1H
- Complications
 - Echec :
 - 10% STT ou STT inversé
 - 15% TAPS
 - Décès : 25%
 - RPM 15 à 25%
 - Chorioamniotite 5%
 - Ischémie des extrémités 1%
 - Maternelles : HRP(<2%) , syndrome en miroir



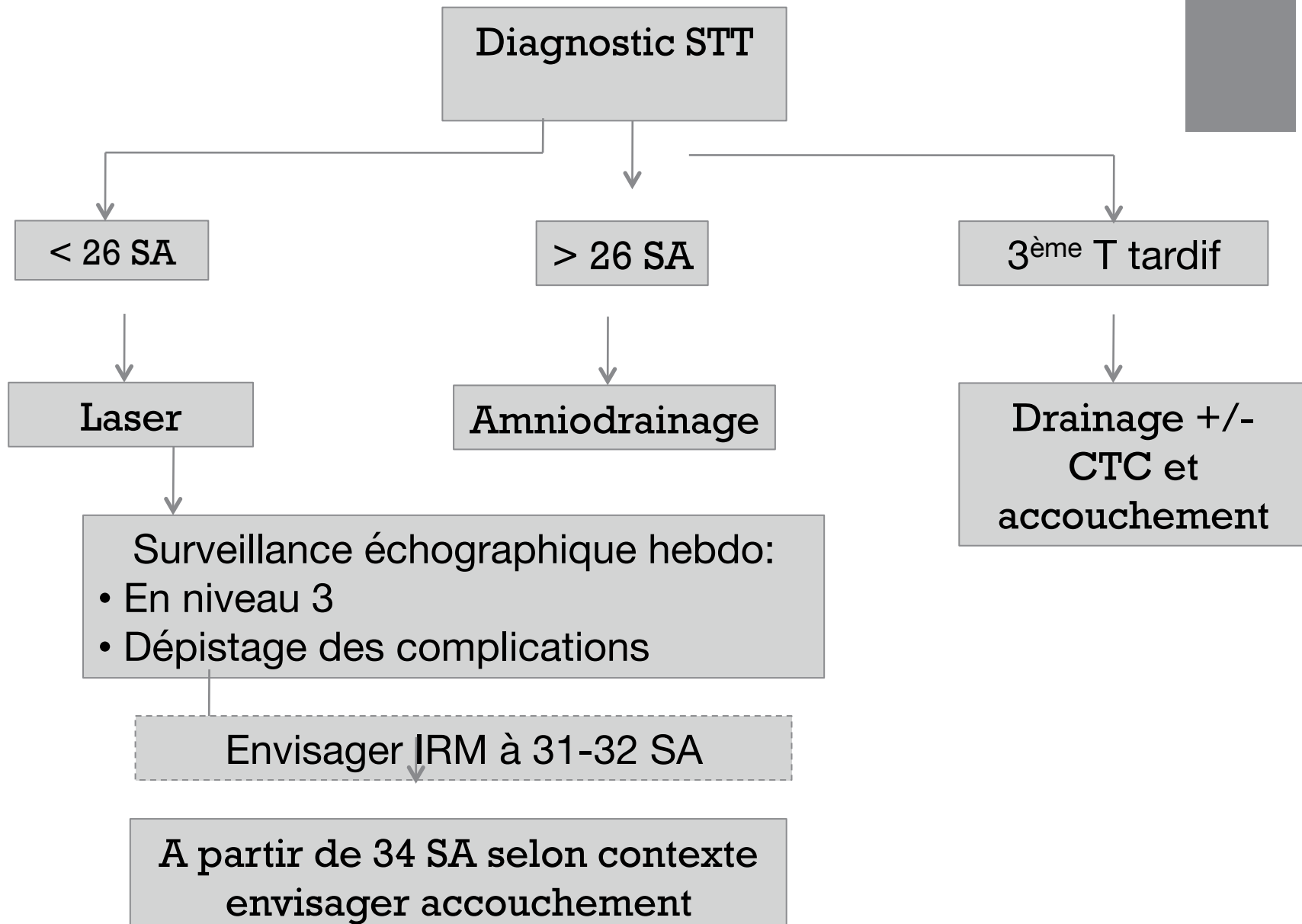
Centres de référence et de compétence pratiquant la foétoscopie laser pour le STT



Centre de référence : Necker-Enfants malades (Pr Y. Ville)

Centres de compétences : Clermont-Ferrand (Pr D. Gallot), Lille (Pr V. Houfflin Debarge), Kremlin-Bicêtre (Pr M.V. Senat), Marseille (Pr C. D'Ercole), Nantes (Dr N. Winer), Rouen (Pr E. Verspyck), Strasbourg (Dr R. Favre), Tours (Pr F. Perrotin), Toulouse (Pr C. Vayssière)

+ Synthèse des recommandations



+ Quand transférer

Stade 1

80% stables / régressent sans traitement
(O'Donoghue et al 2009)

Seuls 14% progressent (Huber et al 2006)

M A I S	Même si vessie visible : Absence de production d'urine 48%(Yamamoto et al 2007)	Fonction myocardique altérée 50 % : même si doppler normaux
------------------	--	---

**ETUDE EN COURS : critères définissant le passage de
l'abstention à la prise en charge par laser**

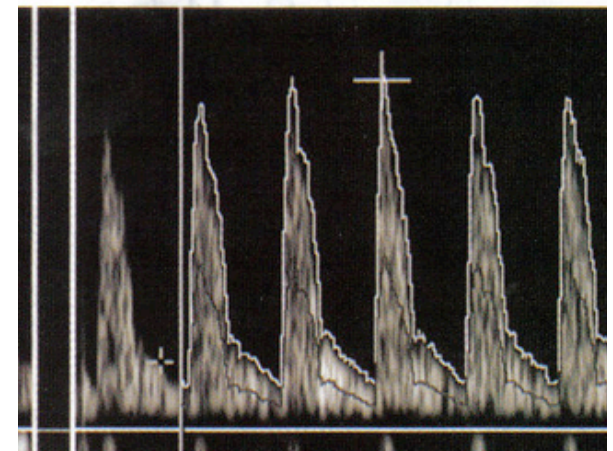
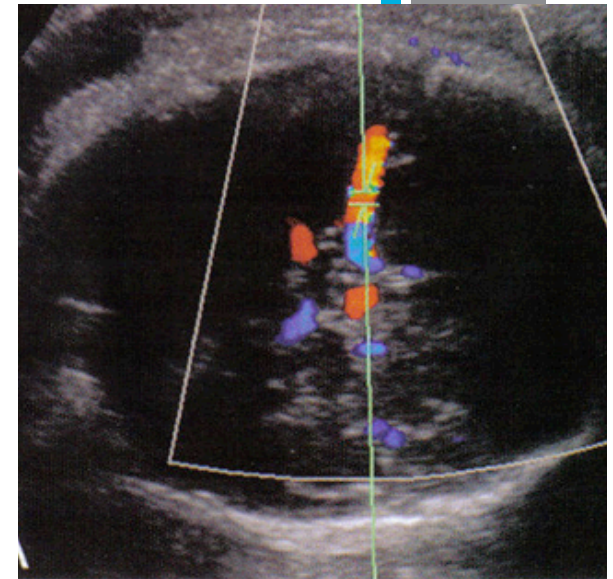
+ Quand transférer

- Stade 1 : prévenir l'équipe qui réaliserait l'éventuel traitement laser
- **Stade 2 : OUI**
 - Information loyale et complète sur la prise en charge
 - Pas de passage par La Réunion
 - Suivi selon les modalités habituelles



+ Au retour

- Surveillance après traitement devra se faire en lien avec le centre de compétence-référence (accord professionnel)
- Suivi commun
- Echographie/15 jours
 - Risque d'anémie : TAPS (*Twin Anemia Polycythemia Sequence*) : réalisation doppler / ACM
 - Récidive STT
- Accouchement à partir de 34 SA et au plus tard à 37 SA (accord professionnel)



+ CONCLUSION

- Dépister
- Lien étroit avec le centre de compétence
- Explications loyales aux familles
- Surveillance post laser

PRISE EN CHARGE ADAPTEE

