

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement

Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2023 - 2024

Thèse N°...../

THESE

**ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES ASPECTS
EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES A LA MATERNITE DE
L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Présentée et Soutenue publiquement le 20/ 11/2024 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par :

M. Alassane TOURE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

- Président** : M. **Amadou BOCOUM**, Maitre de conférences agrégé
- Membres** : M. **Soumana Oumar TRAORE**, Maitre de conférences agrégé
: M. **Pierre COULIBALY**, Maitre de recherches
- Co-Directeur** : M. **Abdoulaye SISSOKO**, Maitre de conférences
- Directeur** : M. **Alassane TRAORE**, Maitre de conférences

DEDICACES

A mon père,

Je loue ton courage, ta bonté et surtout ton amour pour autrui. Toujours prêt à consentir avec amour des sacrifices pour la réussite et le bonheur de tes enfants. Tes encouragements et ton soutien constants ont permis l'aboutissement de ces longues et pénibles années d'études médicales.

Que Dieu fasse qu'on suive tes pas et ne jamais te décevoir. Santé solide et longue vie parmi nous. Merci.

A ma Mère Adam Cissé,

Je manque de mots à l'égard de toi, ton amour pour nous, ta générosité et ton sens du pardon ont été pour nous une fierté. Tu as été et resteras toujours pour nous une mère exemplaire. Je suis fier de toi et plus que jamais reconnaissant pour tout ce que tu as fait et continues à faire pour nous.

Puisse Allah, le tout puissant te donne longue vie et te faire bénéficier du fruit de la patience. Amen

A mon oncle Abdoulaye TOURE,

Tu as été mon ange gardien, toujours présent au moment qu'il faut et sans condition ni distinction, que Dieu t'accorde longue vie et exhausse tous tes vœux.

A mes Maîtres Pr Pierre COULIBALY ; Dr Seydou Nanko BAGAYOGO ;

A mes aînés Dr Amadou SARAMPO ; Dr Mama SAMASSEKOU ; Dr Abdoulaye TANGARA,

Ce travail est le vôtre. Puisse Dieu vous protéger, vous bénir et vous donner longue vie auprès de nous. Qu'Allah affermisse notre foi, nous guide vers le bonheur et nous accorde sa Bénédiction.

N'oubliez jamais que la vie est "dure" mais que seul le travail paye.

D'après notre papa le travail est un trésor « le Laboureur et ses enfants ».

Accouchements gémellaires : Aspect épidémio-cliniques à l'hôpital sominé Dolo de Mopti

Recevez ma reconnaissance et permettez-moi cette expression "Allah ka badenya to". La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré. Trouvez-en ce modeste travail l'expression de mon amour et de mon profond attachement.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

A ALLAH le tout MISERICORDIEUX, le très MISERICORDIEUX,

Louange à ALLAH l'Omniscient, l'Omnipotent. Je rends grâce au seigneur, créateur de la terre et des cieux, qui m'a permis de mener à bien ce travail.

Ya ALLAH continue de guider mes pas sur le droit chemin. Amine !

A notre PROPHETE MOHAMED, paix, salut, et bénédiction sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A la famille Touré à Niafouké et à Mopti

Je suis sans voix en cet instant solennel pour vous remercier de tous les sacrifices que vous avez consentis à ma modeste personne.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A ma patrie le Mali,

Cher pays où j'ai vu le jour, tu m'as tous donné en commençant par l'enseignement, le droit d'avoir une nation à travers le monde etc.

Cher Mali, je prie Allah le tout puissant pour que nous puissions sortir de cette crise et retrouver l'unité de la nation.

A mes tontons et tantes

Vous m'avez aidé à franchir nombre de caps difficiles de ma vie. Avec vous j'ai découvert très tôt que le travail bien fait est un trésor. Puisse ce travail soit l'expression de ma profonde gratitude et de mon éternelle reconnaissance pour vous.

A la famille Traoré à Baguineda

Une profonde gratitude pour votre hospitalisé et la chaleur familiale dont vous m'avez donné la chance de profité.

A mes frères et sœurs

Merci pour l'encouragement, l'amour, l'entraide et la solidarité que vous avez toujours su cultiver au sein de la famille. Ce travail est le vôtre. Veuillez retrouver tous ici l'expression de ma très profonde gratitude.

A mes amis et compagnons de tous les jours

Notre amitié est une histoire sacrée, elle est plus qu'une fraternité ! Que serions-nous les uns sans les autres ? De l'école maternelle à nos qualifications respectives, que de chemin parcouru, que de « conseils de guerres » tenus ? Si je suis aujourd'hui « docteur » c'est vous qui l'êtes. Merci pour la vie pour tout.

A tous mes collègues thésards de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti :
TRAORE Youssouf, KONEKEOU Ousmane, GANAME Mamoudou, NIENTAO Kassim, DJONGO Souleymane, MAÏGA Fatoumata, SARAMPO Alassane, TOGO Amadou, KONTAO Assoumane, Mme WALET Fatoumata, KONE Mamadou, TRAORE Mahalmoudou TANGARA Souleymane merci pour votre courtoisie.

A tout le personnel de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

Merci pour tous ces moments passés ensemble et pour la bonne collaboration durant notre séjour.

HOMMAGES AUX JURY

A Notre Maître et Président du Jury

Professeur Amadou BOCOUM

- ❖ Maître de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS,
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,
- ❖ Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie et Obstétrique en France,
- ❖ Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de coelioscopie en Gynécologie en France,
- ❖ Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie de l'Université Paris Descartes,
- ❖ Secrétaire général adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

Cher maître,

La spontanéité et l'amour de la profession avec lesquels vous avez accepté de présider ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué.

Vos qualités d'homme de sciences qui n'ont d'égale que votre personnalité, ont forcé notre admiration.

Qu'il nous soit permis cher Maître à travers cette occasion de vous souhaiter encore du temps pour que nous puissions longtemps bénéficier de vos enseignements et expériences.

A Notre Maître et Membre du Jury

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- ❖ Maître de Conférences Agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS,
- ❖ Praticien Hospitalier au CSREF CV,
- ❖ Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),
- ❖ Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC),
- ❖ Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération.

A Notre Maître et Membre du Jury

Professeur Pierre COULIBALY

- ❖ Chef de service de Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti,
- ❖ Praticien hospitalier à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti,
- ❖ Maître de Recherches en Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti,
- ❖ Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de Santé (INFSS) de Mopti,
- ❖ Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),
- ❖ Point focal de « One stop center » à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Cher maître,

Nous sommes honorés d'être parmi vos élèves.

Vos qualités pédagogiques, votre démarche diagnostic font de vous un maître respecté de tous.

Encadreur, dévoué pour la cause de ses élèves, votre rigueur, votre abord facile, votre grande culture scientifique et surtout votre franchise ont forcés notre admiration.

Soyez rassuré cher maître, de notre estime et de notre profond respect.

Qu'Allah vous accorde une longue vie et une bonne santé afin qu'on continue de profiter de vous.

A Notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Professeur Abdoulaye SISSOKO

- ❖ Maître de conférences en gynécologie obstétrique à la Fmos
- ❖ Ancien Interne des hôpitaux de Bamako,
- ❖ Chef de service de gynécologie obstétrique de la Clinique périnatale Mohamed VI de Bamako,
- ❖ Médecin Militaire,
- ❖ Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO),
- ❖ Membre de la Société Malienne de Médecine Militaire (SOMAMeM),
- ❖ Past SEGAL Adjoint de la société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO).

Cher maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme co-directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de co-diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique au Mali, vos compétences et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre reconnaissance éternelle.

A Notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Alassane TRAORE

- ❖ Maître de conférences en gynécologie obstétrique à la Fmos
- ❖ Praticien hospitalier à l'hôpital du mali.
- ❖ Chef de Service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Mali.
- ❖ Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),
- ❖ Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA).

Cher maître,

Vous avez bien voulu accepter de participer à la direction de ce travail ; nous en sommes honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduites.

Nous sommes fières de nous compter parmi vos élèves.

Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique surtout votre dévouement, associés à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

SOMMAIRE

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS.....	III
HOMMAGES AUX JURY	V
SOMMAIRE	X
LISTES DES FIGURES	XI
LISTE DES TABLEAUX.....	XII
LISTE DES ABREVIATIONS	XIV
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
I. GENERALITES.....	4
II. METHODOLOGIE	31
III. RESULTATS	38
IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....	52
CONCLUSION.....	58
RECOMMANDATIONS	59
REFERENCES	60
ANNEXES	65

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Les jumeaux célèbres : (Chang et Eng BUNKER [2 ; 13])..	5
Figure 2 : Schéma 1 : placentation des jumeaux [27,28]	7
Figure 3 : Placenta de grossesse monochoriale biamniotique. D'après Biquard F [2 ; 39].....	8
Figure 4 : Placenta de grossesse monochoriale monoamniotique. D'après Biquard F [2,39].	9
Figure 5 : Placentation bichoriale biamniotique. D'après Biquard F [2,39].	11
Figure 6 : Schéma échographique des grossesses monochoriales d'après Biquard F [2,39]	16
Figure 7 : Schéma échographique des grossesses bi-choriales d'après Biquard F [2,39]	16
Figure 8 : Syndrome transfuseur (b)-transfusé (a). D'après Biquard F [2,39].	21
Figure 9 : Monstruosité avec inégalité des jumeaux D'après Pansky B [2,39].	23
Figure 10 : Répartition des parturientes en fonction de leur âge.	38
Figure 11 : Répartition des parturientes en fonction de la parité.	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des parturientes selon le lieu de résidence.....	38
Tableau II : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.	39
Tableau III : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.	39
Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession	40
Tableau V : Répartition des parturientes selon les antécédents de traitement de stérilité.....	40
Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle inter génésiq ue.....	41
Tableau VII : Répartition des parturientes selon l'antécédent de gémellité.	42
Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction du nombre de consultation prénatale (CPN) effectuées.....	42
Tableau IX : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.	43
Tableau X : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.	43
Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction de l'âge de la grossesse au moment de l'accouchement.	44
Tableau XII : Répartition des parturientes selon la phase du travail.	44
Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction de l'état des membranes à l'admission.	45
Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique.....	45
Tableau XV : Présentation des fœtus l'un par rapport à l'autre.....	46
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.....	46
Tableau XVII : Répartition des parturientes selon la manœuvre effectuée sur le deuxième jumeau.	47
Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon l'indication de césarienne. .	47
Tableau XIX : Répartition des jumeaux selon le score d'Apgar.	48
Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction du temps d'expulsion entre les jumeaux.	48

Tableau XXI : Répartition des jumeaux en fonction de la mortinaissance.....	49
Tableau XXII : Répartition des jumeaux en fonction de leur poids.	49
Tableau XXIII : Répartition des parturientes en fonction du type de délivrance.	50
Tableau XXIV : Répartition des parturientes en fonction du type de gémeilité.	50
Tableau XXV : Répartition des parturientes en fonction de l'hémorragie de la délivrance.	51
Tableau XXVI : répartition des parturientes selon les complications	51

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédent
Cm	: Centimètre
CPN	: Consultation prénatale
CUD	: Contractions utérines douloureuse
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
FSH	: Folliculo stimulating hormone
HRP	: Hématome rétro placentaire
HTA	: Hypertension artérielle
HU	: Hauteur utérine
LA	: Liquide amniotique
MAP	: Menace d'accouchement prématuré
MFIU	: Mort fœtale in utero
N	: Effectif
NNE	: Nouveau-né
RCIU	: Retard de Croissance Intra Utérine
PEE	: Prééclampsie/éclampsie
PMA	: Procréation médicalement assistée
PPH	: Placenta prævia hémorragique
RCIU	: Retard de Croissance Intra Utérine
RPM	: Rupture Prématurée des Membranes
SFA	: Souffrance fœtale aigue
SA	: Semaine d'aménorrhée
%	: Pourcentage
J1	: Premier jumeau
J2	: Deuxième jumeau
PMA	: Procréation médicalement assistée
STT	: Syndrome transfuseur-transfusé

INTRODUCTION

OMS : L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme de 22 semaines d'aménorrhée[1]. Les recommandations françaises sur l'accouchement des jumeaux privilégient un accouchement vaginal programmé associé à une prise en charge active du second jumeau impliquant un taux élevé de manœuvres obstétricales, avec un intervalle entre les deux naissances habituellement inférieures à dix minutes [2]. L'accouchement gémellaire quelle que soit sa voie impose la présence d'une équipe multidisciplinaire et d'un bloc opératoire à proximité [2]. La fréquence de la grossesse gémellaire est de 2,2% en Afrique vs 1,1% en Europe et 0,65% en Asie [3]. D'après des études consacrées à ce sujet, toutes ont abouti à la même conclusion à savoir : la grossesse gémellaire est de loin la plus fréquente des grossesses multiples. Ces dernières années le traitement de stérilité c'est-à-dire les méthodes d'assistance médicale à la procréation ont entraîné une augmentation de la proportion des jumeaux particulièrement chez les femmes plus âgées [3]. Sa prévalence varie d'une région à une autre, d'un pays à un autre. Ainsi, les taux de gémellité varient entre 2 et 20% dans le monde avec les plus faibles en Asie (Hawai, Japon, et Taiwan) [4].

En Afrique, la fréquence de l'accouchement gémellaire est de 928 sur 80000 accouchements soit 1,16% [5]. Elle est plus élevée en Afrique noire où elle est 4 à 5 fois plus fréquente au Nigeria, aux Seychelles, en Afrique du sud et au Zimbabwe [6].

En Afrique la plupart de ces femmes appartiennent à un milieu médical et socioéconomique faible et elles consultent très souvent à un âge gestationnel avancé. Au Mali, plusieurs études ont été consacrées à la gémellité. La dernière étude réalisée à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti en 2011 par Haidara y révèle que

Accouchements gémellaires : Aspect épidémio-cliniques à l'hôpital sominé Dolo de Mopti

la fréquence moyenne de gémellité est de 4,94% à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti [7].

La présente étude a pour but de faire le point, sur l'accouchement gémellaire après celle initiée par Haidara. Y en 2011 en nous fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général

- Etudier l'accouchement gémellaire au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'accouchement gémellaire à l'hôpital Sominé dolo de Mopti.
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des parturientes.
- Décrire les modalités de prise en charge des accouchements gémellaires.
- Déterminer le pronostic foetal et maternel en cas d'accouchements gémellaires.

I. GENERALITES

1.1. Définition

L'accouchement gémellaire est l'expulsion des deux (2) fœtus et de leurs annexes hors des voies génitales de la femme à partir de 22 SA. L'accouchement gémellaire est un accouchement à haut risque, surtout pour le 2e jumeau dont la mortalité périnatale est majorée [1]. D'après une des lois génétiques ayant trait au développement des mammifères, le nombre de petits que porte normalement chaque femelle, équivaut au nombre de ses paires de mamelles. La normale dans l'espèce humaine est donc qu'il ait un fœtus par gestation. A titre d'anomalie, on observe des grossesses multiples, l'utérus pouvant contenir 2 à 3 fœtus et même d'avantage [11].

1.2. Historique

L'histoire des naissances multiples se confond à l'origine avec les légendes. Dans l'antiquité, la naissance des jumeaux était interprétée comme le résultat de l'intervention des dieux. L'accueil réservé aux jumeaux à leur naissance varie avec les peuples qui, soit, les choisissent à l'excès ou, au contraire, les rejettent totalement ; de même, la répartition du taux de gémellité varie avec les pays. Les pays développés avaient des taux de gémellité bien inférieurs à ceux de l'Afrique. Ils s'en sont rapprochés récemment à la suite d'une augmentation très rapide de la fréquence des naissances de jumeaux [12 ; 13]. En effet, dans ces pays développés, on assistait à une diminution des grossesses gémellaires de 1960 à 1970. Ce déclin avait été attribué à la pollution de l'environnement, à la réduction de la fertilité par prise de pilule contraceptive. Depuis 1980, l'utilisation des inducteurs de l'ovulation et la fécondation in vitro a entraîné une hausse du taux de grossesses gémellaires [14 ; 13]. Ainsi, faudra-t-il craindre l'augmentation, même si elle reste minime, des complications liées à la gémellité, à savoir, les jumeaux accolés, le syndrome transfuseur-transfusé, le jumeau évanescent etc. Les premiers jumeaux accolés décrits dans la littérature sont nés en 945 en

Arménie. Mary et Eliza CHULKHURST sont nés en 1100 en Angleterre et ont vécu pendant 34 années. Les plus célèbres ont été Eng et Chang BUNKER (figure N°1 ci-dessous) nés en 1811 à Siam (nouvelle Thaïlande) d'où l'origine du nom « siamois » attribué aux jumeaux accolés. Cette célébrité est due au fait qu'ils ont été de riches hommes d'affaires et de grands propriétaires terriens en Caroline du Nord et qu'ils ont donné naissance à 21 enfants.



Figure 1 : Les jumeaux célèbres : (Chang et Eng BUNKER [2 ; 13]).

Le premier cas de séparation des jumeaux conjoints, effectué avec succès, a été réalisé en 1689 par le médecin allemand König O. Depuis, plusieurs interventions ont été réalisées dans la plupart des cas avec succès. Il a été notifié que plus l'intervention est faite tôt, meilleur est le pronostic [16]. La première description du syndrome transfuseur-transfusé a été faite par l'obstétricien allemand Friedrich SCHATZ [14]. En 1875, il a souligné l'existence de trois différentes circulations vasculaires au niveau du placenta et il a exploré entièrement ce concept en 1886. SCHATZ F. [1] est arrivé à prouver clairement l'existence dans le placenta des

anastomoses vasculaires entre les jumeaux. Ces anastomoses, lors des déséquilibres circulatoires sont à l'origine de ce syndrome. Ces observations ont été faites sur les grossesses monozygotes

Le syndrome du jumeau évanescent ou désigné par les anglosaxons « vanishing twin » a été décrit initialement par STOECKEL en 1945 qui le définit comme la disparition ultérieure d'un ou de plusieurs fœtus dans les grossesses multiples. Ce syndrome est plus fréquemment diagnostiqué depuis l'utilisation de l'échographie, dès le début de la grossesse. La technique de fécondation in vitro a permis de mieux définir ce syndrome du fait que ces grossesses sont soigneusement monitorées et le nombre d'œufs implantés est connu dès le départ [15].

1.3. Pathogénie

Elle peut être uniovulaire par division d'un œuf unique ou plus souvent biovulaire après fécondation de deux ovules par deux spermatozoïdes différents [25 ; 19 ; 26].

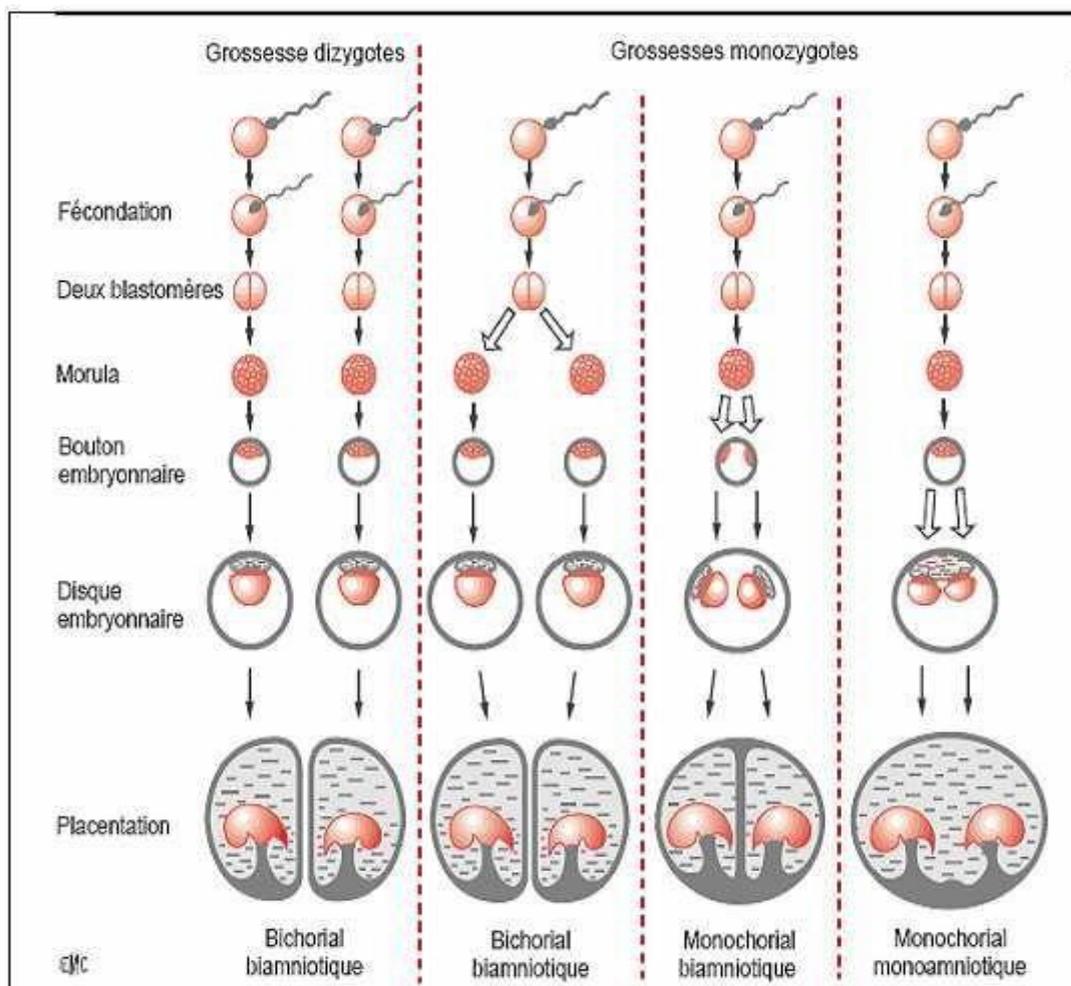


Figure 2 : Schéma 1 : placentation des jumeaux [27,28]

1.3.1. La grossesse uniovulaire ou monozygote

C'est une grossesse qui survient à la suite de la fécondation d'un ovule par un seul spermatozoïde. Elle représente 30% des cas de grossesses gémellaires [8 ;11]. Un seul œuf se clive plus ou moins précocement donnant naissance à deux ou plusieurs êtres identiques jusqu'au psychisme (polyembryonie). Dans cette variété il existe presque toujours des anastomoses entre les deux circulations placentaires. La division de l'œuf peut survenir à trois stades différents du développement embryonnaire. Cette séparation se fait dans les 14 premiers jours qui suivent la fécondation.

1.3.1.1. Au stade des deux premiers Blastomères

Chaque blastomère se comporte par la suite comme un œuf unique et développe son propre embryon et ses propres annexes embryonnaires. Les embryons sont alors dichoriaux et diamniotiques. Les placentas sont distincts, ils peuvent être rapprochés ou éloignés l'un de l'autre.

1.3.1.2. Au stade de Morula

A ce stade l'œuf mesure 150µm de diamètre et présente à l'intérieur un amas cellulaire appelé bouton embryonnaire, à la périphérie on a une couche de cellules superficielles. La division de l'œuf se fait entre le 3ème et le 8ème jour de la conception [8, 11, 39, 29,]. Cette division aboutit à la formation de plusieurs embryons avec un chorion, plusieurs amnios et plus tard un seul placenta.

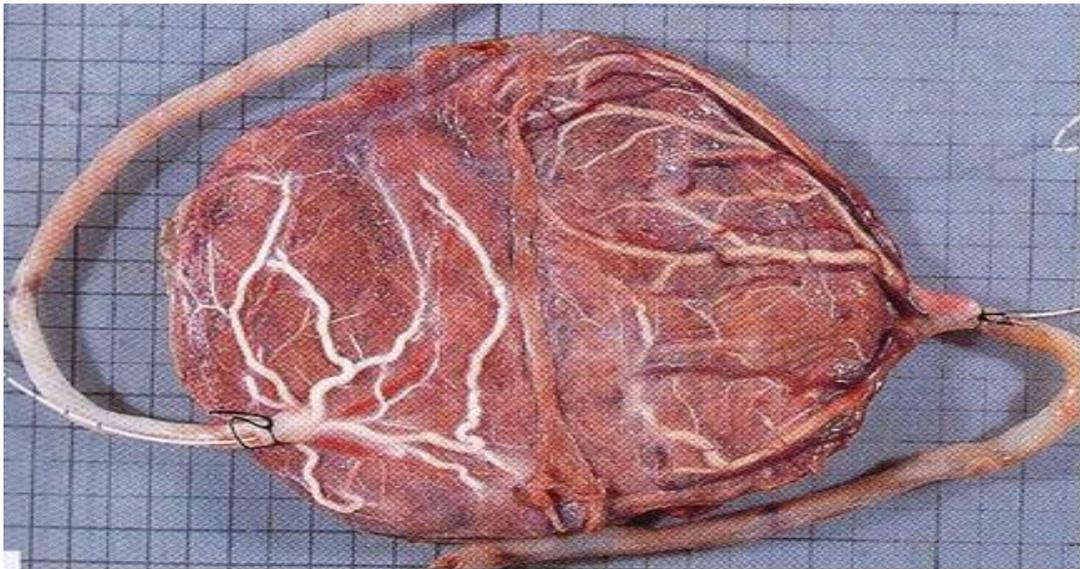


Figure 3 : Placenta de grossesse monochoriale biamniotique. D'après Biquard F [2 ; 39].

1.3.1.3. Après la gastrulation

Cette division se fait vers la fin de la 2ème semaine du développement embryonnaire. En ce moment la vésicule amniotique est déjà formée. Elle se fait par dédoublement de la plaque embryonnaire. Les embryons sont alors mono choriaux, monos amniotiques et ne sont séparés d'aucune membrane. Le placenta

est unique, les cordons ont une insertion variable, soit sont au centre, côte à côte soit au niveau des extrémités, ou ils sont en "Y" donc ont la même localisation placentaire. Cette variété de grossesse monozygote est rare [8, 4, 31 ; 27].

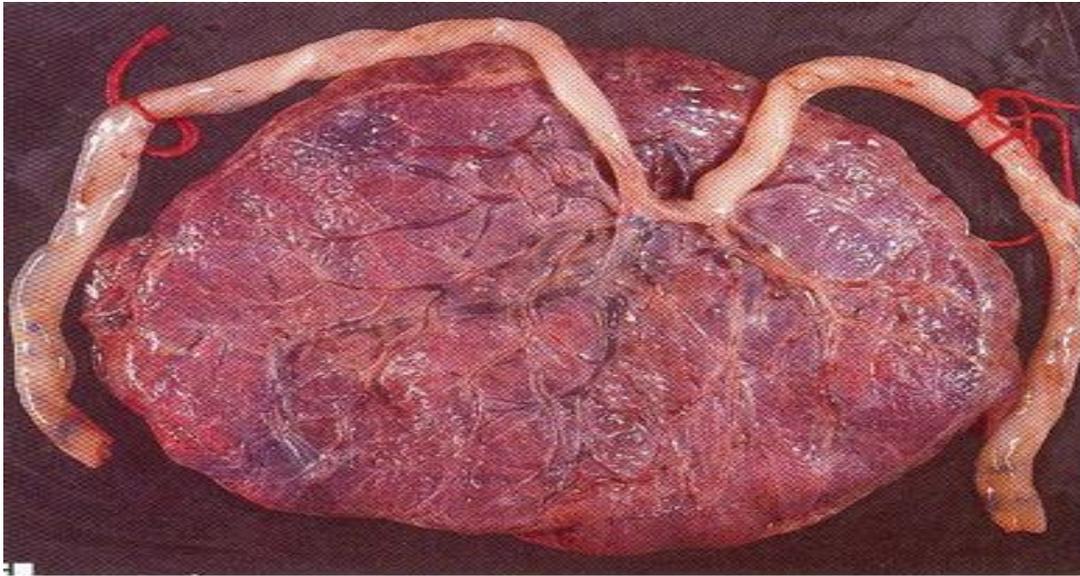


Figure 4 : Placenta de grossesse monochoriale monoamniotique. D'après Biquard F [2,39].

1.3.1.4. Plus tardivement

On a la formation d'un monstre, ces fœtus sont soudés les uns aux autres et sont du domaine de la tératologie. Les siamois sont des jumeaux monozygotes soudés l'un à l'autre, leur séparation incomplète est la conséquence d'une division embryonnaire trop tardive d'un œuf. Le nom vient de deux frères Eng et Chang, nés au Siam en 1811 qui ont été présentés au cours des tournées du cirque Barnum sous le nom de « frères siamois ». La fréquence de naissance de siamois est de 1 naissance pour 75000, soit 1% des naissances de jumeaux monozygotes.

On distingue :

- Les thoracopages : sont réunis par le thorax (70%) ;
- Les pyopages : sont réunis par le sacrum (18%) ;
- Les ischiopages : sont réunis par la région pelvienne (6%).

Les omphalophages et les craniophages. Dans d'autres cas, la séparation n'est pas envisageable, il s'agit par exemple des jumeaux dicéphales qui possèdent un seul tronc et deux têtes ou monocéphales présentant une seule tête, un seul tronc et quatre (4) membres supérieurs et quatre (4) membres inférieurs

1.3.1.5. Réseaux vasculaires placentaires

Il existe des anastomoses vasculaires entre les territoires placentaires des jumeaux. Ce phénomène de communication entre les deux circulations des jumeaux au niveau de leur placenta est pratiquement constant dans les grossesses monochoriales. Il existe deux sortes :

- Les anastomoses vasculaires superficielles
- Les anastomoses vasculaires profondes.

Les anastomoses vasculaires superficielles sont visibles sur la face fœtale du placenta, elles sont inconstantes et se font entre les vaisseaux de même nom. Elles sont artério-artérielles ou veino-veineuses. Les anastomoses vasculaires profondes intéressent les petits vaisseaux terminaux des villosités et sont artérioveineuses.

Les anastomoses artério-veineuses sont responsables de ce qu'on appelle le syndrome transfuseur transfusé.

L'artère du 1er jumeau est en communication avec la veine du second et du fait des pressions de passage de sang s'effectue de l'un vers l'autre, le jumeau transfusé présente une biométrie souvent supérieure au 90ème percentile.

Le risque est la mort du fœtus transfuseur. Cette mort peut entraîner des complications chez le jumeau survivant en particulier au niveau cérébral. [19]

1.3.2. Grossesse bi-ovulaire ou dizygote

Dans 70% des cas, c'est une grossesse obtenue par la fécondation de deux ou plusieurs ovules par des spermatozoïdes différents. Ceci aboutit à deux ou plusieurs êtres différents.

Les fœtus auront chacun son placenta, son liquide amniotique et son chorion. Il arrive des fois que les placentas soient côte à côte. Cela nous fait croire que c'est un seul placenta, mais en comptant le nombre de membranes on se rend compte qu'ils sont au nombre de quatre. Il existe d'autres façons de conception des dizygotes.

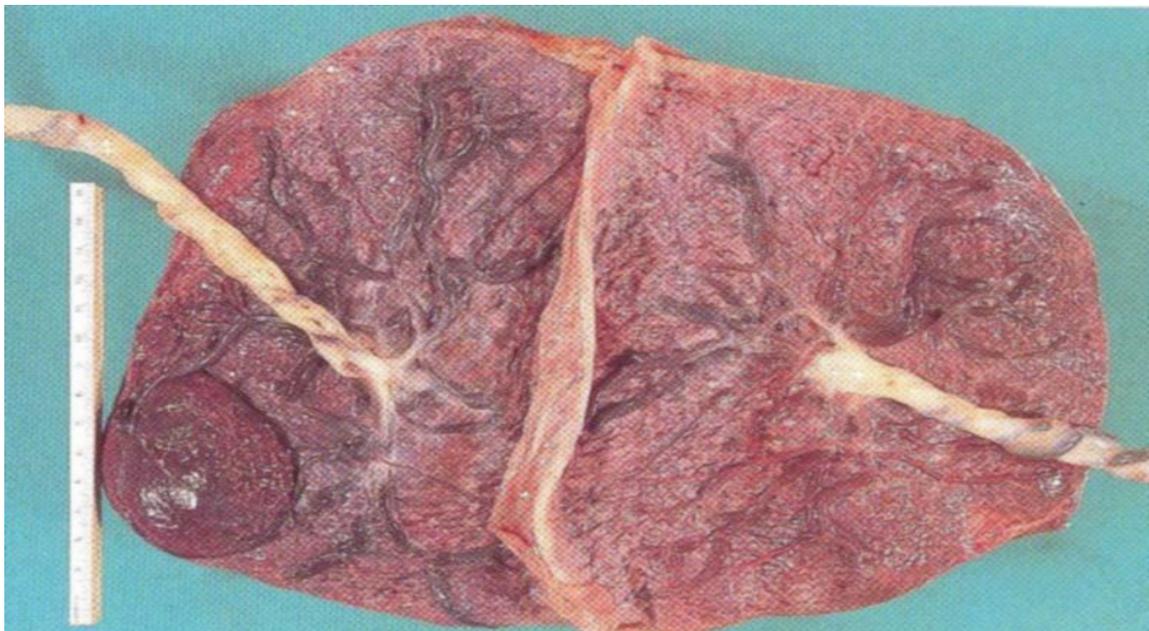


Figure 5 : Placentation bichoriale biamniotique. D'après Biquard F [2,39].

1.3.2.1. Superfécondation [11]

La superfécondation est définie par la fécondation quasi synchrone par deux pères différents de deux ovocytes ovulés en même temps. Le problème de la superfécondation a été soulevé par le naturaliste français Buffon en 1774 en Louisiane, à la naissance de faux jumeaux l'un blanc et l'autre noir.

Ainsi la double fécondation se fait au cours de plusieurs coïts successifs (avec le même partenaire ou avec des partenaires différents) mais pendant le même cycle menstruel. Les annexes fœtales seront doubles :

- Deux placentas distincts séparés par une zone membraneuse plus ou moins étendue. Cette séparation n'est pas toujours évidente lorsque les deux placentas sont implantés l'un proche de l'autre.
- Deux cordons ombilicaux insérés sur chaque placenta.
- Quatre membranes séparent les deux œufs (deux amnios et deux chorions). Il s'agit d'une grossesse gémellaire bi-amniotique bichoriale.

1.3.2.2. La superfétation [11]

Elle survient en général chez les rongeurs. Il s'agit de deux fécondations successives au cours de deux cycles menstruels.

La superfétation demeure une hypothèse, dans l'espèce humaine. Les deux zygotes issus de cette double fécondation sont génétiquement différents ; ils aboutissent à la naissance de faux jumeaux.

Chacun des zygotes ainsi formés se segmente et se développe pour devenir deux embryons distincts. Les jumeaux de cette catégorie sont généralement dissemblables, comme s'ils étaient le produit de deux gestations séparées. Ils peuvent appartenir ou non au même sexe et se ressembler plus ou moins. Ces faux jumeaux sont en réalité des frères et /ou des sœurs de même âge.

1.4. Diagnostic

1.4.1. Diagnostic positif

Dans nos régions, le diagnostic est souvent tardif du fait du coût élevé de l'échographie ou de sa non disponibilité.

L'examen clinique a alors toute son importance.

1.4.1.1. Clinique

Le diagnostic de la gémellité doit être précoce afin d'optimiser la surveillance et de prévenir les complications fœto-maternelles.

a. Interrogatoire

L'interrogatoire recherche :

- Une notion familiale de grossesse multiple en occurrence la gémellité. Cette notion n'est pas toujours retrouvée. Néanmoins une mère jumelle a 50% de chance de porter une grossesse gémellaire.
- Les signes subjectifs tels que les signes sympathiques de la grossesse sont très accentués ; ce sont :
 - Un trouble du sommeil
 - Une asthénie progressivement marquée,
 - Des nausées et des vomissements avec leur corollaire de déshydratation,
 - Un trouble du comportement à type d'irritabilité.
- La notion d'utilisation des inducteurs de l'ovulation
- L'arrêt récent de contraceptif après une prise prolongée
- Les mouvements actifs des fœtus sont nombreux.

b. Les signes physiques : au troisième trimestre

- **Inspection**
 - L'abdomen est distendu, saillant parfois étaler
 - L'ombilic est déplié
 - La peau est amincie et parcourue par de nombreuses vergetures et souvent des circulations veineuses collatérales,
 - Des œdèmes des membres inférieurs peuvent remonter jusqu'à la région vulvaire.
 - La région sus-pubienne est infiltrée et garde l'empreinte du stéthoscope obstétrical,

- Des varices peuvent intéresser les membres inférieurs, la vulve et la région anale.

- **Mensurations de la hauteur utérine et du périmètre ombilical**

Le signe principal attirant l'attention est l'excès du volume utérin par rapport à l'âge de la grossesse. Le constat de cette hauteur utérine non en rapport avec l'âge gestationnel théorique est souvent discret au premier trimestre de la grossesse. Cette discordance devient patente lors des deux derniers trimestres de la grossesse gémellaire. C'est pourquoi toute hauteur utérine excessive doit faire penser à une grossesse multiple. Ainsi, au huitième mois, la hauteur utérine dépasse celle d'un utérus à terme (32 à 34 cm), à la fin de la gestation, elle peut atteindre 40 à 45 cm voire plus. Le périmètre ombilical est important atteignant parfois 100 à 150 cm en fin de gestation.

- **Palpation**

L'utérus peut être tendu, gênant l'exploration de son contenu, ou plutôt peut se laisser déprimer dans son ensemble.

Le fond utérin est occupé par deux pôles situés à deux niveaux différents, séparés par une dépression. Un pôle céphalique se reconnaîtra par sa forme arrondie, dure, et régulière. Quand l'utérus est étalé transversalement, on peut percevoir dans les flancs un pôle qui ballote. On s'efforcera de préciser les présentations et les positions des fœtus l'un par rapport à l'autre.

Trois variétés peuvent s'observer en termes de positions :

- La juxtaposition c'est à dire l'un des fœtus est à côté de l'autre. C'est la variété la plus fréquente.
- La superposition c'est à dire l'un est au-dessus de l'autre. C'est une variété rare.
- L'antéposition c'est à dire l'un des fœtus est devant l'autre. Cette variété est exceptionnelle.

- **Auscultation avec le stéthoscope obstétrical de PINARD**

On entend deux foyers d'auscultations différents, séparés par une zone de silence. Si la différence entre les deux rythmes cardiaques dépasse 8 battements par minute, on peut être en droit de suspecter une grossesse gémellaire.

Il faut noter cependant que parfois un seul fœtus peut présenter deux foyers d'auscultation ; inversement les deux cœurs des jumeaux peuvent battre au même rythme faisant méconnaître l'existence d'une gémellité.

- **Toucher vaginal**

Le col est souvent déhiscent même chez les primipares. On perçoit souvent un pôle fœtal à travers un segment inférieur particulièrement aminci. La perception d'un pôle de petites dimensions par rapport à l'excès du volume utérin est un élément de présomption, en faveur d'une grossesse gémellaire.

1.4.1.2. Examens complémentaires

a. Echographie

L'échographie apporte une contribution majeure au diagnostic précoce des grossesses multiples en général et de la grossesse gémellaire en particulier. Elle permet d'objectiver deux sacs ovulaires avant 7 semaines mais aussi d'observer des échos embryonnaires après 7 semaines. Le diagnostic doit être confirmé après la 14^e semaine de grossesse en raison de l'éventualité de la lyse embryonnaire fréquente d'un des jumeaux.

L'échographie du premier trimestre prend une importance toute particulière dans la grossesse gémellaire, précisant le nombre des embryons, leur biométrie et donc l'âge gestationnel, la morphologie et également le mode de placentation avec une excellente pertinence, qui se perdra au fil de la grossesse. Elle permet aussi d'apprécier la croissance fœtale et de dépister les anomalies du développement (hypotrophie, macrosomie). Ainsi, dans les grossesses bichoriales, on distingue deux structures chorioniques complètes dans le septum inter amniotique dont l'épaisseur fait au moins 4 mm Au niveau de l'insertion placentaire, le septum est

plus épais formant le classique signe de lambda ou delta (figure N°6). Le septum inter amniotique des grossesses monochoriales biamniotiques ne contient que les deux couches d'amnios. L'épaisseur septale est inférieure à 2 mm (figure N°7) ci-dessous.

Les grossesses monochoriales monoamniotiques ne présentent aucune cloison inter-amniotique à l'échographie.

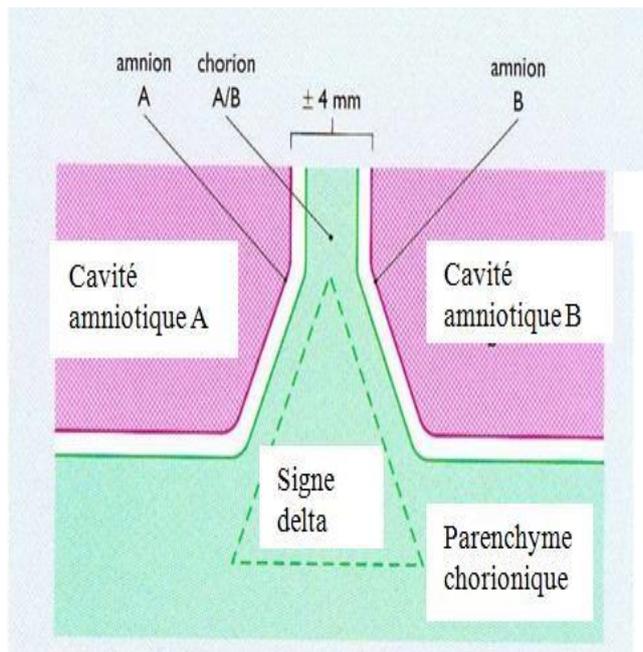


Figure 7 : Schéma échographique des grossesses bi-choriales d'après Biquard F [2,39]

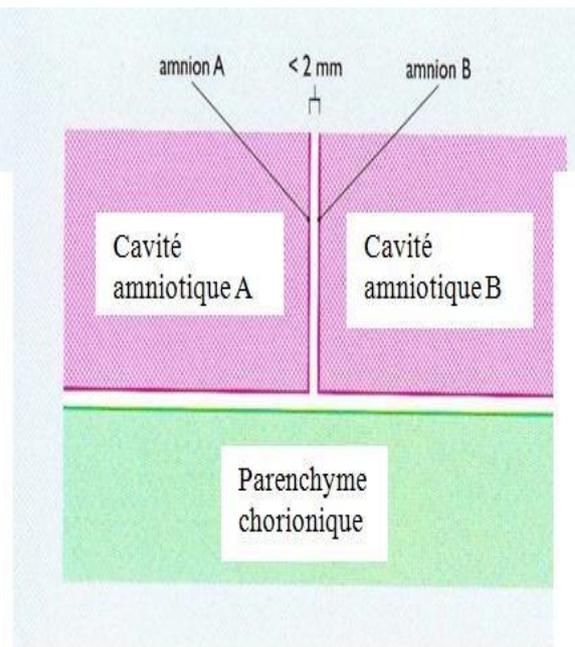


Figure 6 : Schéma échographique des grossesses monochoriales d'après Biquard F [2,39]

b. Radiographie

Elle fait le diagnostic à partir du 3ème trimestre de la grossesse. Elle est rarement utilisée comme moyen de diagnostic systématique. De nos jours elle est abandonnée au profit de l'échographie. [2, 29]

c. Electrocardiographie fœtale

Elle est de moins en moins utilisée car beaucoup de praticiens pensent que c'est un élément de diagnostic peu fiable. [15,11]

d. Dosages hormonaux

Selon Vokaer R [11] l'association du dosage de la gonadotrophine chorionique avec celui de l'hormone lactogène placentaire permet de dépister 96% des grossesses multiples au cours du premier trimestre mais confirmées par l'échographie.

1.4.2. Diagnostic différentiel

1.4.2.1. Au premier trimestre de la grossesse

Il faut éliminer :

▪ Une môle hydatiforme

C'est la dégénérescence kystique des villosités placentaires. Le diagnostic est soupçonné par la clinique et porté à l'échographie devant un gros utérus, par la mise en évidence d'une image en flocon de neige. L'examen histologique du produit d'expulsion confirmera le diagnostic de grossesse molaire.

- Un utérus myomateux gravide ;
- Une grossesse monofœtale associée à une tumeur de l'ovaire ;
- Une erreur de mensuration de la hauteur utérine ;
- Voire une erreur de datation de la grossesse.

1.4.2.2. Au cours des deux derniers trimestres de la grossesse

Il faut éliminer :

▪ Un gros fœtus

L'échographie obstétricale pour biométrie fœtale et le contenu utérin permettent de confirmer le diagnostic de gros fœtus.

- **Un hydramnios**

Cliniquement le signe essentiel est l'augmentation du volume utérin ; le fœtus flotte dans le liquide amniotique et donne les signes de flot et de glaçon.

A l'auscultation, il existe un assourdissement des bruits des cœurs fœtaux. L'échographie affirme l'excès de liquide amniotique, détermine le nombre de fœtus, met en évidence une éventuelle malformation fœtale.

- **Les autres grossesses multiples**

Ce sont les cas où le nombre de fœtus est supérieur ou égale à trois (triples, quadruples, quintuples...).

1.5. Modifications physiologiques au cours de la grossesse gémellaire

Les modifications sont les mêmes que celles des grossesses uniques, mais on assiste à leur accentuation.

1.5.1. Sur le plan cardio-vasculaire

Il y'a une augmentation du volume plasmatique d'environ 67% vs 32% dans les grossesses uniques [11]. On note également une augmentation du volume de globules rouges d'environ 2 litres vs 1,8 litre dans les grossesses simples. Le débit cardiaque est plus élevé dans les grossesses multiples.

1.5.2. La fonction respiratoire

Dans les grossesses multiples on assiste à un accroissement du volume respiratoire.

1.5.3. La fonction rénale

On note une augmentation beaucoup plus importante du flux de filtration glomérulaire dans les grossesses multiples que dans les grossesses uniques.

1.5.4. La fonction digestive

Il y'a un accroissement des échanges entre le plasma et le parenchyme hépatique.

1.5.5. Le métabolisme hydrocarboné

Le diabète gestationnel latent est plus fréquent en cas de grossesses multiples qu'en cas de grossesses uniques, c'est pourquoi la plupart des auteurs préconisent l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale au dernier trimestre des grossesses multiples [11].

Entre 24 et 28 SA c'est le test do « Sullivan systématiquement.

1.6. Complications au cours de la grossesse gémellaire

Le risque de complications au cours d'une grossesse gémellaire est plus élevé qu'au cours d'une grossesse unique [12,2].

1.6.1. Prématurité [11, 38, 37]

La prématurité aussi bien que la rupture prématurée de la membrane des eaux par sur distension utérine représentent les premiers grands risques des grossesses multiples. Environ 50% des patientes accouchent avant 37 semaines d'aménorrhée [3].

La gravité de cette prématurité en cas de grossesse gémellaire vient du fait que les naissances entre 26 et 30 semaines sont (dix) 10 fois plus fréquentes qu'en cas de grossesse unique. De la même façon la fréquence des naissances entre 31 et 34 semaines est (sept) 7 fois plus élevée qu'en cas de grossesse unique [11,38].

Les conséquences sont le risque de transfert en réanimation néonatale, le risque de mortalité néonatale et surtout le risque d'handicape.

1.6.2. Retard de croissance intra utérin (RCIU) [11]

Il s'agit du deuxième grand risque après la prématurité en cas de grossesse gémellaire. Environ un jumeau sur deux est hypotrophié car son poids de naissance est situé au-dessous du 10è percentile. Le retard de croissance est la deuxième cause de mortalité périnatale des jumeaux.

1.6.3. Mort in utero d'un jumeau

La fréquence de la mort in utero d'un jumeau est très élevée comprise entre 2 et 7% selon les publications.

Elle est supérieure au risque de mort in utero en cas de grossesse unique qui est de 6%.

Les causes peuvent être les mêmes qu'en cas de grossesses uniques : hypertension artérielle maternelle, anomalies placentaires. Il existe des causes spécifiques à la gémellité : syndrome transfuseur transfusé, enroulement des cordons en cas de grossesse mono amniotique.

1.6.4. Hypertension Artérielle [22, 38, 37]

L'hypertension artérielle maternelle est 3 fois plus fréquente au cours des grossesses gémellaires qu'au cours des grossesses uniques. Cette hypertension artérielle ou toxémie est fréquemment rapportée dans toutes les séries, dans 10 à 45% des cas selon les études dans les grossesses multiples.

Les hypertensions artérielles peuvent être responsables de complications maternelles et fœtales graves (éclampsie, HRP, RCIU, mort in utero.)

1.6.5. Anémie

C'est une complication reconnue des gémellaires justifiant sa prévention par la prescription systématique d'une supplémentation en fer.

1.6.6. Syndrome transfuseur-transfusé [11]

Le syndrome transfuseur-transfusé est une complication des grossesses gémellaires monozygotes di-amniotiques.

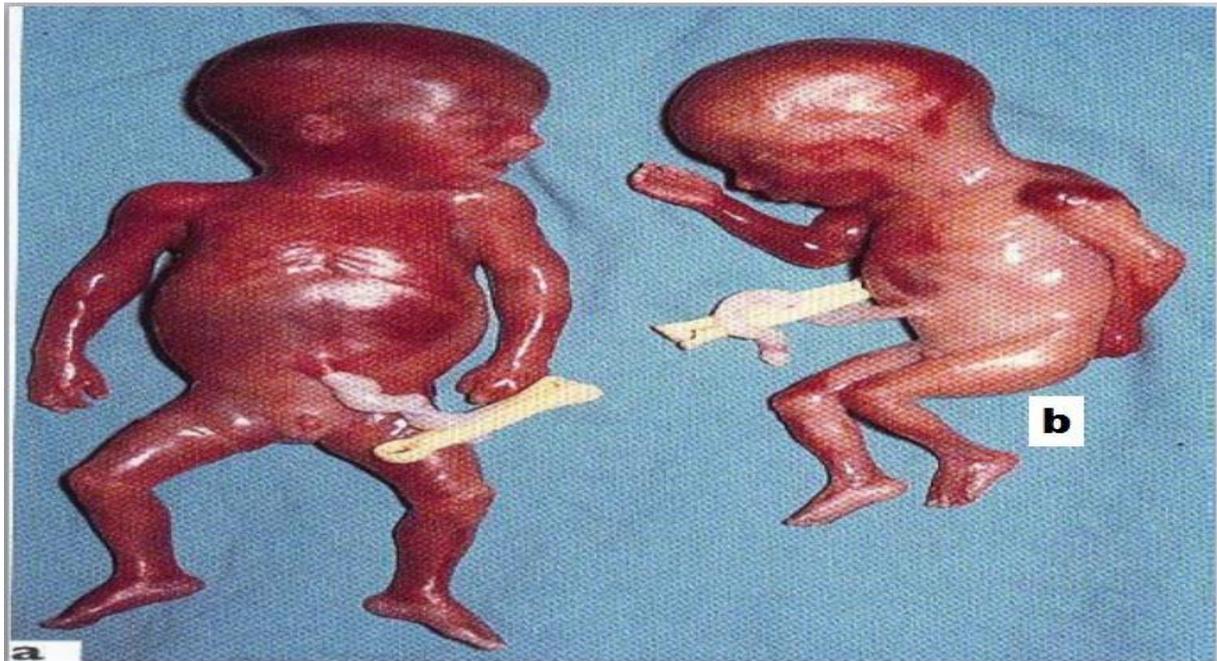


Figure 8 : Syndrome transfuseur (b)-transfusé (a). D'après Biquard F [2,39].

1.6.7. Malformation d'un jumeau

La fréquence des malformations d'un fœtus en cas de grossesse gémellaire dizygote n'est pas plus importante qu'en cas de grossesse unique. Par contre la fréquence des malformations congénitales est multipliée par un facteur sur trois en cas de grossesse monozygote.

Le moment optimal pour le dépistage des malformations en échographie est compris entre 20 et 22 semaines d'aménorrhée.

La découverte d'une anomalie grave qui justifierait en cas de grossesse unique la décision d'interruption de grossesse pour motif thérapeutique, pose en cas de gémellité, des problèmes pratiques psychologiques et éthiques complexes. L'alternative est de réaliser une interruption dite sélective de grossesse qui porte sur le jumeau malformé.

1.6.8. Siamois

Les siamois sont des jumeaux monozygotes soudés l'un à l'autre, le plus souvent les deux individus sont complets et réunis par une zone précise [11].

L'étiologie des jumeaux conjoints est inconnue, trois mécanismes sont actuellement discutés : les mêmes facteurs que ceux à l'origine de la gémellité monozygote, les anomalies de développement embryonnaire et les déformations résultant d'un utérus trop restreint pour une grossesse multiple.

Les monstres doubles représentent 0,1 à 0,5% des grossesses gémellaires monozygotes dont l'incidence propre est de 0,37% Plus de 70% des jumeaux conjoints sont des thoracopages, viennent après les omphalopages, les pygopages, les ischiopages et les craniopages.

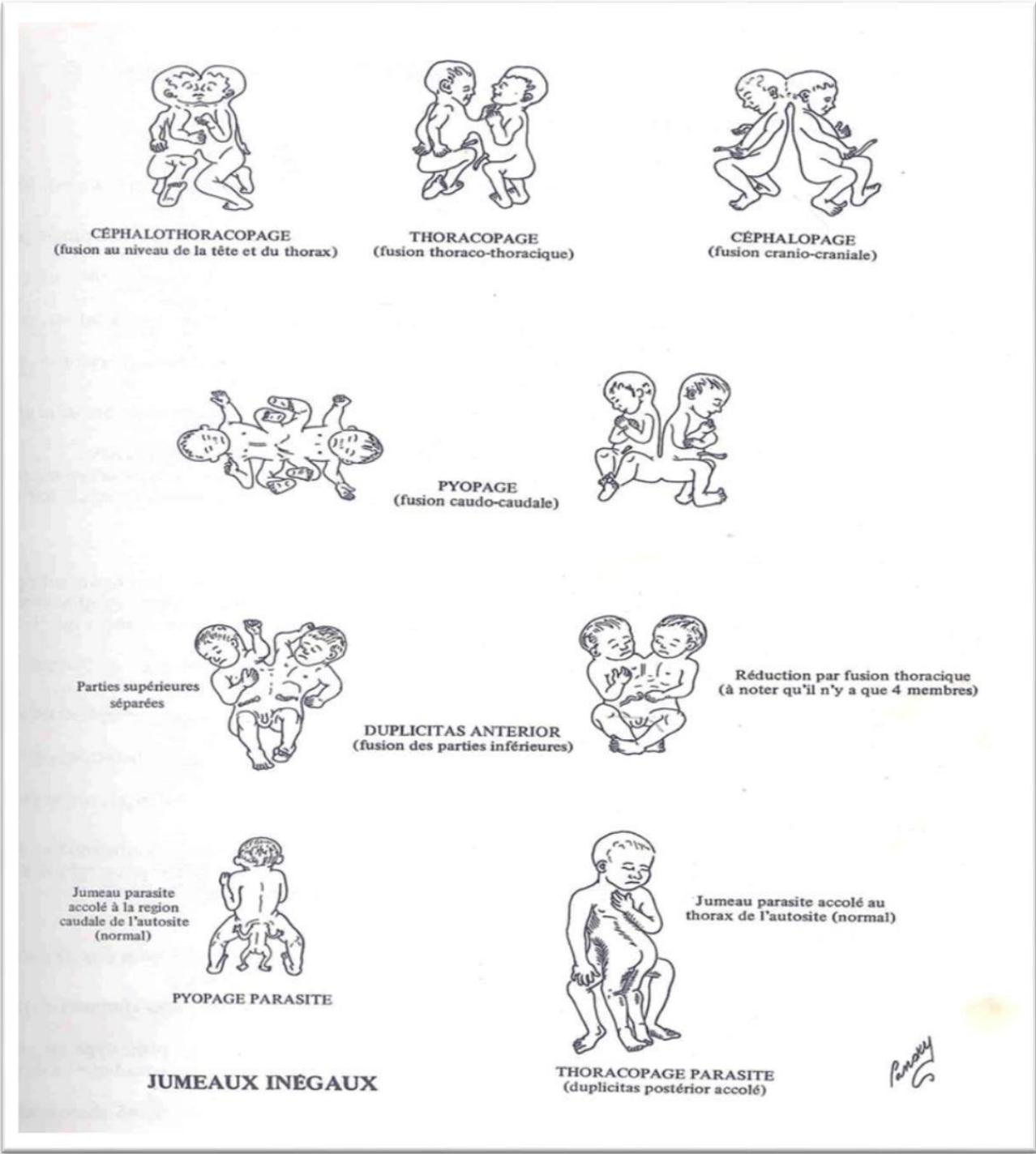


Figure 9 : Monstruosités avec inégalité des jumeaux D'après Pansky B [2,39].

1.7. Suivi médical de la grossesse gémellaire [11,8]

Pour éviter que ne persistent des taux de mortalité périnatale élevés et de prématurité considérable de jumeaux ont été développées des politiques de suivi plus adaptées pour les grossesses gémellaires :

- Le diagnostic précoce (échographie du premier trimestre),
- La réduction de l'activité maternelle au 2ème trimestre (pas d'hospitalisation systématique),
- Le suivi clinique et échographique au moins mensuel,
- Le cerclage avant la 16è SA si nécessaire,
- Le suivi hebdomadaire par un gynécologue pendant la 2è partie de la grossesse,
- L'hospitalisation seulement en cas de menace d'accouchement prématuré ou d'autres complications,
- La supplémentation en fer,
- Pas de médicaments tocolytiques systématique,
- Corticothérapie en cas de menace d'accouchement prématuré avant 34 semaines d'aménorrhée.

1.8. Accouchement gémellaire

1.8.1. Le terme optimal de naissance

La moitié des patientes présentant une grossesse gémellaire accouche trop tôt, c'est à dire avant 37 semaines d'aménorrhée et le minimum de mortalité périnatale s'observe entre 36 et 38 semaines d'aménorrhée alors qu'il est à 39-40 semaines pour les enfants issus d'une grossesse unique [8].

Le terme moyen oscille entre 33-35 semaines dans les grossesses triples [16,]. Le terme moyen de la grossesse quadruple est de 32 semaines d'aménorrhée [8].

1.8.2. Mécanique obstétricale [23, 11,8]

La fréquence des présentations dystociques est importante, intéressante aussi bien le premier que le second jumeau. Dans 80% des cas les fœtus sont placés longitudinalement dans la cavité utérine avec plus de 20% de présentation du siège. Ces anomalies de présentation génèrent un nombre élevé de manœuvres d'extraction. Il s'agit souvent d'un accouchement normal mais les phénomènes d'accommodations fœtales sont plus complexes.

De plus l'utérus sur-distendu est sujet aux anomalies de la dynamique utérine au cours du travail et après l'accouchement.

1.8.3. Complications de l'accouchement gémellaire [2]

1.8.3.1. Complications non spécifiques

a. Dystocie dynamique

La dilatation est généralement plus longue au cours de l'accouchement gémellaire. Le trouble est lié à une hypokinésie vraisemblable secondaire à la sur-distension utérine. Son traitement repose sur l'administration rigoureusement contrôlée d'ocytocique pour régulariser la dynamique utérine au cours du travail ou en fin de dilatation une fois les membranes rompues.

b. Placenta prævia

Il est plus fréquemment rencontré en raison des contraintes d'espace engendrées par la présence de deux fœtus dans la cavité utérine et de l'importance même du volume placentaire.

c. Anomalies d'insertion du cordon

L'insertion marginale, voire vélamenteuse se rencontre plus fréquemment et expose à la procidence, à la compression des vaisseaux membraneux par la présentation avec souffrance fœtale, voire à l'hémorragie de Benkiser.

d. Hémorragies de la délivrance

La délivrance gémellaire est particulièrement sanglante, voire hémorragique. En effet, la masse placentaire est importante, le champ de décollement vaste, la contractilité et la rétractilité sont moins bonnes sur cet utérus distendu.

1.8.3.2. Complications spécifiques

a. Dystocie gémellaire

Accident rare mais grave, surtout dans les grossesses monos amniotiques, il est généralement dû à l'accrochage de la tête du premier jumeau en siège avec celle du second jumeau en présentation céphalique.

Elle est à évoquer devant un arrêt de la progression du premier pôle fœtal. Le pronostic fœtal est très sombre puisque la mortalité atteint 40% [11].

La césarienne doit être préférée à toute manœuvre d'extraction par voie basse. Du côté maternel, le risque est la rupture utérine.

b. Accident funiculaire par enroulement du cordon

Il est le propre des grossesses mono amniotiques. L'accouchement par voie haute (césarienne) est obligatoire.

c. Jumeau conjoint [29]

Lorsque la division se fait plus tardivement après le stade de disque embryonnaire, les jumeaux sont imparfaitement séparés et constituent des monstres doubles. La plupart des auteurs ont pu proposer la réalisation d'une césarienne dans ces cas particuliers en raison du risque de dystocie.

1.8.4. Césarienne Prophylactique [11, 22, 32, 8]

La plupart des auteurs préconisent la césarienne, lorsque le nombre des fœtus dépasse deux. Les taux de césariennes pratiquées au cours des grossesses gémellaires oscillent entre 30 et 40% dans les séries récentes de la littérature. Les indications admises par tous sont :

- Dystocie dynamique ;
- Placenta et obstacles prævia ;
- Utérus cicatriciel ;
- Présentation transverse du premier jumeau ;
- Hypotrophie sévère d'un des deux jumeaux ;
- Grossesse gémellaire mono-choriale monoamniotique (risque d'accrochage des présentations, d'accidents funiculaires et de souffrance fœtale aiguë du deuxième jumeau).

D'autres sont plus discutées :

- Présentation en siège du premier jumeau ;
- Pré maturité avant 32 ou 34 semaines d'aménorrhée et /ou poids estimé inférieur à 1500grammes.
- Pathologies maternelles associées.

1.8.5. Déclenchement du travail [8]

Soit le déclenchement entre dans le cadre d'une indication médicale lorsque la poursuite de la gestation comporte un risque maternel ou fœtal. Il ne présente dans ces indications aucune particularité par rapport aux grossesses monofœtales.

En ce qui concerne les contre-indications, qu'elles soient de nature obstétricale ou technique, temporaire, définitive, elles ne comportent aucune particularité par rapport aux grossesses mono-fœtales. Il faut y ajouter certaines contre-indications propres à la gémellité en rapport avec l'agencement des présentations ou le type anatomique, et insister sur les règles de prudence imposées à la sur distension utérine.

La technique du déclenchement, elle fait appel à deux méthodes :

- La rupture artificielle des membranes ;
- La perfusion intraveineuse d'ocytocique.

L'utilisation des prostaglandines locales est susceptible d'entraîner une hypertonie et/ou une hypercinésie difficile à contrôler. Quelque soient les méthodes utilisées, une stricte surveillance maternelle et fœtale est obligatoire durant la totalité du travail induit.

1.8.6. Conduite de l'accouchement gémellaire

1.8.6.1. Surveillance du travail

Comme en cas de grossesse monofœtale, la mise en place d'une voie veineuse périphérique doit être systématique. Le monitoring du rythme cardiaque fœtal et de l'activité utérine est systématique pendant toute la durée du travail. Les dystocies dynamiques nécessitent l'utilisation d'ocytociques sous contrôle d'une tocographie interne.

1.8.6.2. L'accouchement du premier jumeau [11, 32, 8]

La présence de l'obstétricien et de l'anesthésiste en salle d'accouchement au moment de l'accouchement est indispensable.

L'accouchement du premier jumeau très souvent n'a aucun caractère spécial.

Toutes fois la sur-distension utérine peut être cause de lenteur et d'irrégularité dans la dilatation du col, en rapport avec l'irrégularité et le manque d'ampleur de la contraction qui peut être corrigée par une perfusion d'ocytocine. La rupture prématurée ou précoce des membranes est assez fréquente.

Lorsque le fœtus se présente par le sommet en occipito-sacrée, le voisinage de l'autre fœtus gêne sa rotation intra pelvienne.

La conduite à tenir est presque toujours l'abstention. Il ne faut faire pousser la parturiente que lorsque la présentation est sur le périnée. Pourtant malgré la petitesse du fœtus, le forceps peut être indiqué pour défaut de rotation ou arrêt de la progression du fœtus.

En cas de souffrance fœtale ou de procidence du cordon, il faut terminer tout de suite l'accouchement.

Après la naissance du premier jumeau, une pince hémostatique doit être laissée sur le cordon sectionné, à cause de la possibilité d'anastomose entre les deux circulations.

1.8.6.3. Temps de repos [37, 8] :

Une rémission clinique de la contraction utérine suit le premier accouchement, comme elle précède la délivrance dans l'accouchement d'un fœtus unique. Ce temps de repos dure de 5 à 15 minutes. Au-delà, on entrerait dans l'anomalie. A notre sens, ce temps de repos doit être respecté, mais l'état du second fœtus doit être soumis au contrôle instrumental attentif.

C'est en effet à ce stade qu'une souffrance fœtale pourrait passer inaperçue, d'où la nécessité de le replacer immédiatement le capteur dès la sortie du premier fœtus. Une intervention immédiate se justifie par une souffrance fœtale ou une anomalie de la présentation du deuxième jumeau.

C'est pourquoi, la vérification de la deuxième présentation doit être faite après le premier accouchement.

1.8.6.4. Accouchement du deuxième jumeau [37, 8] :

Après l'accouchement du premier jumeau, on étudie la position du deuxième fœtus, si elle est longitudinale, si l'état du fœtus le permet, on attend la reprise des contractions suivies d'un accouchement spontané, en général facile. On a parfois à rompre une deuxième poche des eaux s'il existe. L'engagement est donc bref et aisé. Le premier fœtus se dégage en position variable : en occipito-pubienne le plus souvent, mais en occipito-sacrée avec une grande fréquence, ou même en oblique ou en transverse. Mais après l'accouchement du premier enfant, le deuxième jumeau se trouvant au large dans la cavité utérine insuffisamment rétractée, l'accommodation est parfois défectueuse. Le fœtus a tendance à s'étaler, à prendre des présentations irrégulières, surtout à se présenter par l'épaule.

C'est là, la marque de la dystocie du deuxième jumeau, mais c'est une présentation de l'épaule dont la réduction est facile. La conduite à tenir doit être la suivante : une verticalisation du fœtus est d'abord tentée par manœuvres internes, suivie d'une grande extraction de siège dont les conditions sont idéalement remplies : dilatation complète, utérus souple, rupture extemporanée des membranes constituant le premier temps de l'intervention, fœtus supposé de faible poids.

En cas de souffrance fœtale ou de procidence du cordon, il faut terminer tout de suite l'accouchement.

1.8.6.5. Délivrance [11, 8]

La délivrance sera spontanée ou dirigée. Dans tous les cas, le risque hémorragique accru sera prévenu par la perfusion d'ocytociques et la surveillance en salle de travail prolongée pour dépister une possible atonie utérine secondaire.

1.8.6.6. Indications des césariennes au cours du travail

Elles reposent essentiellement sur la survenue d'une souffrance fœtale ou d'une dystocie dynamique irréductible.

1.9. Pronostic

1.9.1. Maternel

Hormis une plus grande fatigue et les risques plus élevés d'insertion vicieuse du placenta, de pré éclampsie, d'hémorragie de la délivrance, le pronostic maternel est celui des grossesses uniques.

1.9.2. Fœtal

- La prématurité
- Le retard de croissance in utero ;
- La mort du fœtus in utero surtout dans les uni- ovulaires en cas de déséquilibre circulatoire ou de malformation.
- La tendance tératologique du monozygotisme.

II. METHODOLOGIE

2.1. Le cadre d'étude

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

2.1.1.1. Historique

a. Fondation

La ville de Mopti a été fondée par Kiffou Nassiré qui habitait à l'emplacement actuel de l'hôtel Kanaga de Mopti. Il pratiquait la pêche sur le long du fleuve Niger. Kiffou Nassiré était originaire du village de Sina, situé à huit (8) km de Mopti.

Il a accueilli à Mopti Assékou Touré et Yawo Kanta. Assékou, commerçant originaire de Seiry dans le cercle de Niafunké pratiquait le commerce entre Tombouctou et Djenné. Yawo Kanta (nom de famille en réalité Keïta) était un chasseur venu du mandé qui a trouvé hospitalité auprès de Kiffou Nassiré.

2.1.1.2. Aspects géographiques

a. Superficie

Le cercle de Mopti couvre une superficie de 7 262 Km².

b. Limites

Il est limité :

- Au Nord par les cercles de Youwarou et de Niafunké ;
- Au Sud par le cercle de Djenné ;
- A l'Ouest par le cercle de Tenenkou ;
- A l'Est par les cercles de Bandiagara et de Douentza.

c. Relief

Il comporte deux zones, l'une basse englobant les principales plaines et l'autre haute centrée sur le plateau Dogon.

2.1.2. Présentation générale de l'hôpital

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti, est l'unique structure médico-chirurgicale de 2ème référence de la 5ème région administrative du Mali. Il est actuellement situé à la zone administrative de Sévaré au bord de la route nationale 6 (RN6). Il est construit sur une superficie de 5,2 ha. La surface bâtie est de 12 000 ares. Précédemment situé au quartier « Komoguel II » de Mopti l'Hôpital Sominé DOLO, hérité d'un établissement sanitaire colonial, a vu le jour au début des années 1950. Au fil des ans, il a connu des évolutions sur le plan en 1952, il passa par diverses appellations notamment « Hôpital Secondaire » en 1969, puis « Hôpital Régional » à partir de 1972 et bénéficia à chaque étape de nouvelles constructions.

Certaines dates marquant son histoire et les textes régissant l'hôpital sont :

- 1952, date des premières constructions ;
- 1995, l'hôpital est baptisé Sominé Dolo (seul ministre de la santé de la 1ère république) institutionnel que structurel ;
- 2002, la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 est promulguée et elle confère aux hôpitaux l'autonomie administrative et financière et la personnalité morale de droit public ;
- 2003, l'Hôpital Sominé Dolo, devient Etablissement Public Hospitalier doté de l'autonomie de gestion et de la personnalité morale (Loi N°03-016 du 14 juillet 2003) ;
- 2003, validation du premier Projet d'Etablissement (2004-2008) dont la mise en œuvre ne commencera qu'en 2006 dans le cadre du PADSS ;
- Juin 2007, tenue du premier conseil d'administration ;
- 2007- 2008, élaboration du 2ème Projet d'Etablissement (2009-2013) ;
- 8 octobre 2012, transfert de l'hôpital sur le nouveau site à Sévaré ;

- 18 mars 2014, inauguration du nouvel hôpital ; L'Hôpital Sominé Dolo de Mopti est un établissement public hospitalier régi par de nombreux textes dont les principaux sont :
- Loi n°02-050, du 22 Juillet 2002, portant loi hospitalière ;
- Loi n°03-016 du 14 Juillet 2003, portant création de l'Hôpital Sominé Dolo ;
- Décret n° 03-342/P-RM du 07Août 2003, fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'hôpital Sominé Dolo.

2.1.3. Présentation du service de Gynéco-Obstétrique

Il assure la prise en charge de toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région, et parfois de celles de certains cercles du nord. Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de Gynéco-Obstétrique et de la pédiatrie

a. Situation

Le service de gynécologie obstétrique est situé à l'Est de la grande porte d'entrée, à l'Ouest de la pédiatrie, au Nord des toilettes publiques et au sud des boxes de consultation externe.

b. Personnel

Le personnel est composé de :

- Deux (2) gynécologues obstétriciens ;
- Huit (6) sage-femmes dont la sage-femme maitresse ;
- Cinq (5) infirmières obstétriciennes et trois (3) infirmières de santé publique chargées des soins des patientes dans l'unité d'hospitalisation.
- Trois (3) manœuvres ;

C'est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, des étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

c. Infrastructures

Le service comprend :

- Un bloc opératoire avec vestiaire, contigüe à la salle d'accouchement ;
- Un bureau pour chaque médecin (gynécologue) ;
- Un bureau de consultation externe des médecins ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une unité de prise en charge des victimes de la violence basée sur le genre ;
- Une salle d'urgence, avec 2 bouchés d'oxygène et aspirateur, ventilée ;
- Une salle de garde pour les sage-femmes et les infirmières obstétriciennes ventilée, climatisée ;
- Une salle de garde pour les infirmières santé publique climatisée ;
- Une salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, pour les médecins ;
- Une salle de garde des thésards du service ventilée et climatisée ;
- Une salle de CPN ventilée et climatisée ;
- Une salle de travail ayant deux lits, deux bouchés d'oxygène et d'aspirateur ;
- Une salle d'accouchement climatisée ayant trois box, 2 bouchés d'oxygène et d'aspirateur dans chaque box ;
- Une salle de suites de couches physiologiques ayant deux lits deux bouchés d'oxygène et aspirateur ;
- Une salle de soins nouveaux nés ayant trois bouchés d'oxygène et aspirateur, climatisée et ventilée ;
- Une unité hospitalisation et soins ventilée avec trois toilettes externes pour les malades et accompagnants ;
- Deux magasins ;
- Cinq (5) salles d'hospitalisation comprenant :
 - ✓ Deux (2) salles d'hospitalisation ayant 6 lits chacune et ventilées ;
 - ✓ Deux (2) salles à 3 lits chacune et ventilées ;
 - ✓ 1 salle VIP ayant 1 lit, ventilée et climatisée.

- ✓ 1 salle de surveillance des patientes dans les 6 premières heures postopératoires, ayant trois (3) lits, ventilée et climatisée ;
- ✓ 1 salle d'hospitalisation des victimes de violence basée sur le genre ayant un lit et climatisée ;
- ✓ Une salle de pansements post-opératoires.
- Deux toilettes fonctionnelles pour le personnel ;
- Deux bureaux d'accueil maternité.

d. Fonctionnement

Les consultations externes sont effectuées du Lundi au Mardi par les médecins avec le concours des sages-femmes et les faisant fonction d'interne. Les Mercredi et Jeudi sont les jours d'interventions programmées. Les visites aux malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff qui se tient du lundi au vendredi à partir de 8 heures. La garde est assurée par un gynécologue, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une infirmière santé publique et les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manoeuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnants ainsi que les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des autres cercles, et souvent des CS réf de certains cercles du nord.

2.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive allant du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023 soit une période de 12 mois.

2.3. Population d'étude

Toutes les femmes qui ont accouché dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti pendant la période d'étude.

2.4. L'échantillonnage

2.4.1. Les critères d'inclusion

Nous avons inclus toutes les parturientes ayant accouché de jumeaux à la maternité de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti pendant la période d'étude.

2.4.2. Les critères de non Inclusion

Les parturientes ayant accouché de jumeaux en dehors du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti pendant la période d'étude.

2.4.3. Collecte des données

2.4.3.1. Les sources

La collecte des données a été faite à partir des supports suivants :

- Une fiche d'enquête individuelle établie pour chaque parturiente et servant de questionnaire ;
- Les dossiers d'accouchement (partogramme) ;
- Le registre d'accouchement ;
- Le registre de néonatalogie ;
- Le registre de compte rendu opératoire ;
- Les carnets de CPN (consultations prénatales).

2.4.3.2. La technique de la collecte des données

Elle a consisté en une interview et à la lecture des supports suscités dont les données sont consignées dans le questionnaire.

Le questionnaire pour la collecte des données est en annexe.

2.4.4. Traitement et analyse des données

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS version 25.

La saisie des données a été effectuées sur le logiciel Word et Excel version 2016.

2.5. Définitions opérationnelles

La définition de certains concepts est utile à l'étude de l'accouchement gémellaire.

– **Hauteur utérine excessive :**

Elle a été définie par une hauteur utérine des parturientes ≥ 36 cm. (normale : 31-35cm).

– **La prématurité :**

Elle a été définie d'abord par l'âge gestationnel compris entre 28 et 36 SA révolue et/ou par les paramètres anthropométriques du nouveau-né à la naissance tels que la taille inférieure à 47cm, le poids inférieur à 2500 g.

III. RESULTATS

3.1. Fréquence

Entre le 1^{er} Janvier 2023 et le 31 Décembre 2023, nous avons dénombré 75 accouchements gémellaires sur un total de 1552 accouchements soit une fréquence de 4,83%.

3.2. Caractéristiques sociodémographiques

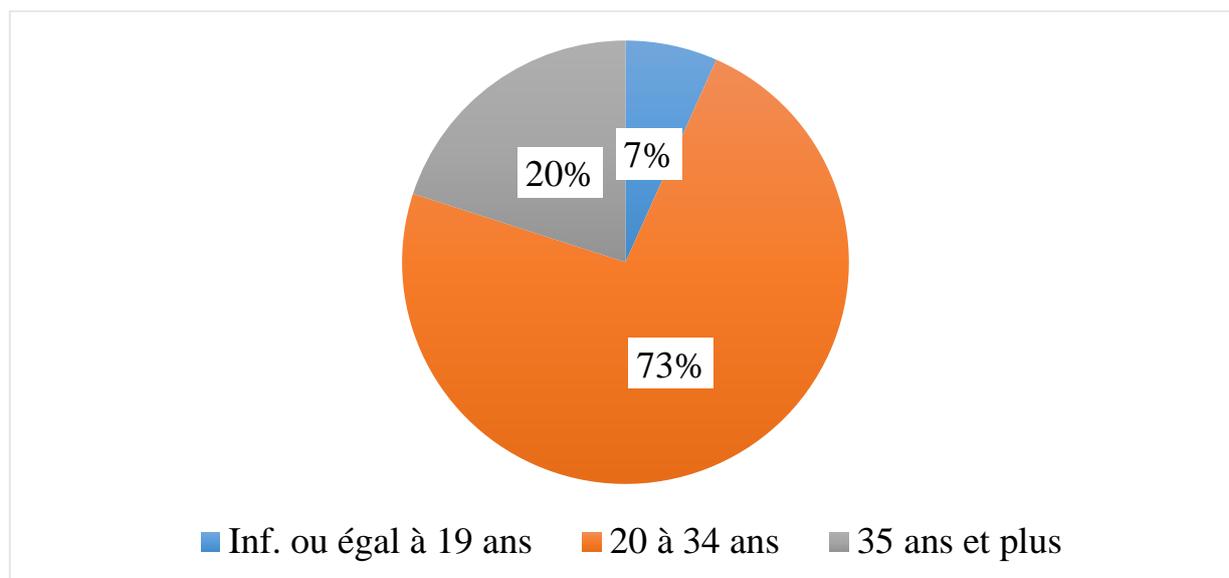


Figure 10 : Répartition des parturientes en fonction de leur âge.

L'âge moyen était de 28,36 +/- 6,2 ans avec des extrêmes de 18 ans et de 45 ans.

La tranche d'âge de 20-34 ans était la plus représentée soit 73,3% des cas

Tableau I : Répartition des parturientes selon le lieu de résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Sévaré	45	60,00
Zone Rurale de Mopti	21	28,00
Mopti	9	12,00
Total	75	100,00

La majorité des femmes résidait à Sévaré ville avec 60,00%.

Tableau II : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut Matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	74	98,70
Célibataire	1	1,30
Total	75	100,00

Les mariées étaient majoritaires soit 98,70%.

Tableau III : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction de la femme	Effectif	Pourcentage
Non Scolarisée	60	80,00
Supérieur	10	13,30
Primaire	2	2,70
Medersa	2	2,70
Secondaire	1	1,30
Total	75	100,00

La majorité des parturientes n'était pas scolarisée soit 80,00%.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	66	88,00
Commerçante/Vendeuse	3	4,00
Fonctionnaire	2	2,70
Autres	4	5,30
Total	75	100,00

Autres : enseignante ; élève/étudiante ; coiffeuse

Les ménagères ont représenté 88,00% des cas.

Tableau V : Répartition des parturientes selon les antécédents de traitement de stérilité.

Traitement de la stérilité	Effectif	Pourcentage
Non	74	98,70
Oui	1	1,30
Total	75	100,00

Seulement 1 parturiente soit 1,30% avait bénéficié d'un traitement médical de stérilité.

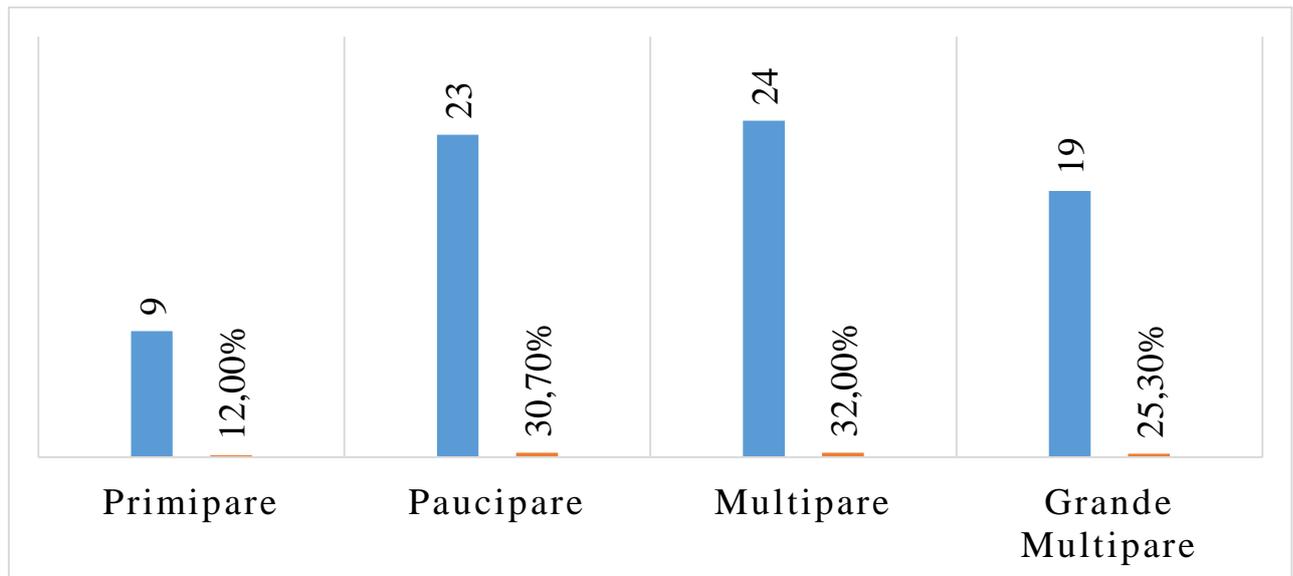


Figure 11 : Répartition des parturientes en fonction de la parité.

Les multipares étaient les plus représentées avec 32,00%

La parité moyenne est de $4,16 \pm 2,29$ avec des extrêmes de 1 à 9.

Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle inter gésésique.

Intervalle inter gésésique	Effectif absolu (N=66)	Pourcentage
Sup à 2 ans	39	59,10
1 à 2 ans	27	40,90
Total	66	100,00

L'intervalle inter gésésique était supérieur à 2 ans dans 59,10% des cas.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon l'antécédent de gémellité.

ATCD de gémellité	Effectif	Pourcentage
Oui	20	26,70
Non	55	73,30
Total	75	100,00

Dans notre étude 20 parturientes, soit 26,70% des cas avaient un antécédent de gémellité.

Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction du nombre de consultation prénatale (CPN) effectuées.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
4 à 7	29	38,70
Zéro	16	21,30
Trois	16	21,30
Deux	13	17,30
Un	1	1,30
Total	75	100,00

Dans notre étude 29 parturientes, soit 38,70% des cas avaient fait au moins 4 CPN.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référée	40	53,30
Venue d'elle même	34	45,30
Evacuée	1	1,30
Total	75	100,00

Plus de la moitié des parturientes étaient référée avec 53,30% des cas.

Tableau X : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
CUD	42	56,00
HU excessive	7	9,30
RPM	7	9,30
Autres	6	8,00
J1 en Siège	3	4,00
Prééclampsie sévère	3	4,00
Utérus cicatriciel	3	4,00
Eclampsie	2	2,70
MAP	2	2,70
Total	75	100,0

Autres : Procubitus du cordon ; Présentation de l'épaule ; HTA /Grossesse ; Cancer du Sein ; Rétention de J2 ; Anémie.

Le principal motif d'admission était la contraction utérine douloureuse avec 56,00% des cas.

Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction de l'âge de la grossesse au moment de l'accouchement.

Age de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
28 à 36 SA+6jours	40	53,30
37 à 40 SA+6jours	34	45,30
≥41SA+6jours	1	1,30
Total	75	100,00

L'âge de la grossesse était de 28 à 36 semaines +6jours d'aménorrhée dans 53,30% des cas.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon la phase du travail.

Phase du travail	Effectif	Pourcentage
Phase de latence	36	48,00
Phase Active	39	52,00
Total	75	100,00

Plus de la moitié des parturientes ont été reçues à la phase active du travail d'accouchement soit 52,00% des cas.

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction de l'état des membranes à l'admission.

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage
Intacte	56	74,70
Rompue	19	25,30
Total	75	100,00

Les membranes étaient intactes dans 74,70% des cas.

Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique.

Aspect du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	69	92,00
Méconial	4	5,30
Hémorragique	2	2,70
Total	75	100,00

Le liquide amniotique était clair dans 92,00% des cas.

Tableau XV : Présentation des fœtus l'un par rapport à l'autre.

Présentation des Jumeaux	Effectif	Pourcentage
Céphalique-céphalique	45	60,00
Céphalique-siège	16	24,40
Siège-siège	9	12,00
Siège-transverse	3	4,00
Céphalique-transverse	2	2,70
Total	75	100,00

Les deux jumeaux étaient en présentation du sommet dans 60,00% des cas.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Basse	51	68,00
Haute	24	32,00
Total	75	100,00

La voie basse était la plus réussie avec 68,00% des cas.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon la manœuvre effectuée sur le deuxième jumeau.

Manœuvre d'extraction	Effectif absolu (N=20)	Pourcentage
Manœuvre de Bracht J2	16	80,00
Manœuvre de MAURICEAU J2	2	10,00
Grande extraction du Siège J2	2	10,00
Total	20	100,00

La manœuvre de Bracht sur le J2 était la plus utilisée avec 80,00% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon l'indication de césarienne.

Indication de césarienne	Effectif absolu(N=24)	Pourcentage
SFA	1	4,20%
J2 en Présentation de l'épaule	3	12,50%
Dilatation Stationnaire	1	4,20%
Pré-éclampsie/ Eclampsie	4	16,60%
J1 en Siège	9	37,50%
Procidence du cordon battant	2	8,30%
Utérus cicatriciel	4	16,70%
Total	24	100,00%

La présentation de J1 en siège était la principale indication de césarienne soit 37,50%.

Tableau XIX : Répartition des jumeaux selon le score d'Apgar.

Score d'Apgar	J1		J2	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0	5	6,70	6	8,00
< 7	1	1,30	4	5,30
≥ 7	69	92,00	65	86,70
Total	75	100,00	75	100,00

Le premier jumeau avait un bon score d'Apgar 92,00% des nouveaux nés par rapport au second jumeau 86,70% des nouveaux nés.

Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction du temps d'expulsion entre les jumeaux.

Temps d'expulsion en minute	Effectif	Pourcentage
≤ 15 minutes	69	92,00
Plus de 45 minutes	4	5,30
16 à 30 minutes	1	1,30
31 à '45 minutes	1	1,30
Total	75	100,00

L'intervalle libre était ≤ 15 min dans 92,00% des cas et >45min dans 5,30% des cas.

Tableau XXI : Répartition des jumeaux en fonction de la mortinaissance.

Mort nés	J1		J2	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	70	93,30	67	89,30
Oui	5	6,70	8	10,70
Total	75	100,00	75	100,00

Dans notre étude chez 70 parturientes, soit 93,30% le 1^{er} jumeau était vivant et chez 67 parturientes, soit 89,30% le second jumeau était vivant.

Les morts nés étaient frais dans 9 cas et Macérés dans 4 cas.

Tableau XXII : Répartition des jumeaux en fonction de leur poids.

Poids	J1		J2	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
< 2500	47	62,70	53	70,70
2500 à 3999	28	37,30	22	29,30
Total	75	100,00	75	100,00

Le poids de naissance était inférieur à 2500 g dans 62,70% pour J1 et 70,70% pour J2.

Le poids moyen des nouveaux nés pour le J1 était de 2138 g \pm 516,78 avec des extrêmes de 750 g à 3400 g et pour le J2 est de 2131g \pm 488,69 avec des extrêmes de 800 g à 3060 g.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes en fonction du type de délivrance.

Type de délivrance	Effectif	Pourcentage
GATPA	48	64,00
Délivrance artificielle	27	36,00
Total	75	100,00

La gestion active de la troisième période de l'accouchement était plus utilisée avec 64,00% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes en fonction du type de gémellité.

Variété de la choriocité	Effectif	Pourcentage
Mono-choriale bi-amniotique	48	64,00
Bi-choriale bi-amniotique	20	26,70
Mono-choriale mono-amniotique	7	9,30
Total	75	100,00

La grossesse gémellaire mono-choriale bi-amniotique était plus fréquente avec 64,00% des cas.

Tableau XXV : Répartition des parturientes en fonction de l'hémorragie de la délivrance.

Hémorragie de la délivrance	Effectif	Pourcentage
Non	70	93,30%
Oui	5	6,70%
Total	75	100,00%

Six virgule soixante-dix pourcents des parturientes avaient fait l'hémorragie de la délivrance.

Tableau XXVI : répartition des parturientes selon les complications

Complication	Effectif absolu(N=30)	Pourcentage
Décès	1	3,30
Pré-éclampsie/éclampsie	4	13,30
Anémie sévère	20	66,70
Hémorragie de la délivrance	5	16,70
Total	30	100,00

Un cas de décès maternel soit 3,30% a été enregistré dans le service pendant la période d'étude.

NB : cause du décès du a l'éclampsie post partum.

IV. COMME NTAIRE ET DISCUSSION

Du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023 nous avons enregistré 75 cas d'accouchements gémellaires soit une fréquence de 4,83% sur un total de 1552 parturientes prise en charge dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Haidara. Y [7] en 2011 à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti a trouvé 4,94% d'accouchements gémellaires. Touré. B [1] avait trouvé une fréquence de 2,60% ; Théra. T et al [30] avaient trouvé 2,54%.

Dans notre étude l'âge des parturientes était compris entre 18 ans et 45 ans avec une moyenne de 28,36 +/- 6,2ans. Cette moyenne d'âge est supérieure à ceux rapporté par Touré. B [1] ; Singaré. O [2] et comparable à celle de Traoré .C [38] ;] qui étaient respectivement de 27 ans ; 27 ans et 28 ans. Selon la littérature, la fréquence des grossesses gémellaires augmente avec l'âge maternel parallèlement à l'élévation importante du taux de l'hormone de stimulation folliculaire (FSH) induisant des ovulations multiples [38].

Dans notre étude la majorité des parturientes résidaient à sévaré ville soit 60,00% des cas. Cela peut être expliqué par le fait que l'hôpital Sominé Dolo est situé dans cette ville et il reçoit les grossesses et accouchements à risque élevé dans la région de Mopti.

Au cours de notre étude 98,70% des parturientes étaient mariées contre une femme célibataire soit 1,30% des cas.

Ce taux est inférieur à ceux de Traoré. C [38] et de Touré. B [1] soient respectivement 93,90% et 96,50% des cas.

Nous avons noté une prédominance des parturientes non scolarisées avec 80,00%. Haidara. Y [8] et Tall S.M [3] avaient rapporté respectivement 83,90% et 61,90% de parturientes non scolarisées. Ces différents taux témoignent de la sous scolarisation des parturientes dans nos études respective

Dans notre série, 66 de nos parturientes étaient des ménagères sans professions rémunératrices avec un taux de 88,00%. Ce taux est supérieur à ceux de Singaré. O [2] qui avait trouvé 64,40%, et Touré. B [1] qui était de 70,30% des cas.

Au cours de notre étude seulement une parturiente, soit 1,30% avaient bénéficié d'un traitement médical pour infertilité (hypo fécondité) par le citrate de Clomifène. Ce taux est comparable à celui de Tall S.M [3] qui rapporte un taux de 1,70% des cas par contre il est inférieur à ceux de Pons J.C et Coll en France [37] qui ont enregistré dans leur série 85,70% de grossesse gémellaire après traitement pour infertilité. Cette différence significative s'explique par le fait que Pons J.C et Coll. [37] ont eu recours à des techniques de procréation médicalement assistée (FIV) qui sont peu pratiqués dans notre pays.

Dans notre étude nous avons trouvé 32% de multipares, 30,70% de paucipares et 12% chez les primipares cela signifie que la fréquence de l'accouchement gémellaire augmente avec la parité comme le rapporte certains auteurs Théra. T [30] avaient rapporté 55,61% pour les multipares, 24,23% chez les paucipares et 20,16% chez les primipares.

La parité moyenne dans notre étude est de 4,16 avec des extrêmes de 1 à 9 accouchements.

Au cours de notre étude 59 parturientes, soit 52,00% avaient un intervalle inter gésique supérieur à 2 ans. Ce taux est inférieur à celui de Tall S.M [3] qui avait trouvé 61% des cas.

Dans notre étude 20 parturientes, soit 26,70% avaient un antécédent familial de grossesses gémellaires. Ce résultat est inférieur à ceux de Touré .C [38] 32,70% des cas et de Haidara. Y [7], 48,40% des cas. L'hérédité est un facteur favorisant de la grossesse gémellaire.

Au cours de notre étude 53,30% avaient été référés. Ce taux est supérieur à ceux de Touré. B [1] ; Théra. T et al [30] et de Traoré .C [38] qui avaient trouvé respectivement 43% ; 20,20% et 32,70% des cas. Notre taux élevé s'explique par

le fait l'hôpital sominé Dolo est la seule structure qui reçoit les grossesses et accouchements à risque dans la région de Mopti.

Le principal motif d'admission des parturientes dans notre étude était la contraction utérine douloureuse avec 56,00% des cas, inférieur à celui de Tall S.M [3] qui avait trouvé 61%.

Au cours de notre étude nous avons trouvé 53,30% d'accouchement prématuré ; 46,70% d'accouchement à terme. Ce taux est supérieur à celui de ; Traoré .C [38] qui trouve 28,60% des cas d'accouchement prématuré.

Au cours de notre étude 52,00% des parturientes étaient admises à la maternité pendant la phase active du travail ; 44,00% durant la phase de latence. Dans l'étude de Singaré. O [2] 67,30% des parturientes étaient admises à la maternité pendant la phase active du travail et 28,30% durant la phase de latence.

Dans l'étude de Traoré .C [38] ; 67,30% des parturientes étaient admises à la phase active, 14,30% pendant la phase de latence. Ces résultats montrent que la majorité des parturientes se rendaient tardivement dans une structure de santé pour des raisons sociales ou culturelles, ou faute de moyens de transport ou financiers.

Au cours de notre étude 19 parturientes soit 25,30% avaient les membranes rompues à l'admission par contre 56 parturientes soit 74,70% avaient les membranes intactes. Touré. B [1] et Diakité M.C [11] ont rapporté respectivement 17,30% et 47,30% de parturiente ayant rompu la membrane avant leur admission. Ces résultats nous permettent d'affirmer que la gémellité est un facteur de risque de la rupture prématurée des membranes [40].

Le liquide amniotique était clair chez la plupart des parturientes après rupture de la poche des eaux avec un taux de 92,00%, méconial après rupture de la poche des eaux dans 5,30% des cas et hémorragique dans 2,70% cas. Dans l'étude de Touré. B [1] le liquide amniotique était clair après rupture artificielle des poches des eaux avec un taux de 88,60% des cas et teinté dans 11,40% des cas.

Au cours de notre étude nous avons recensé 45 cas de grossesse gémellaire où les deux jumeaux étaient en présentation céphalique soit 60,00% suivi de 16 cas soit 24,40% où l'un des jumeaux était en présentation du siège et le second jumeau en présentation céphalique.

Notre taux est supérieur à celui rapporté par Touré B [1] chez qui 54,30% des deux fœtus étaient en présentations céphaliques et dans 45,10% le premier jumeau était en siège et le second jumeau en céphalique. Ces deux couples de présentations étaient les plus fréquentes au cours de notre étude.

En effet 68% des parturientes ont accouchée par voie basse contre 32% par césarienne. Ce taux est comparable à celui de Touré. B [1] qui trouvent 30% des cas, inférieur à celui de Traoré .C [38] 44,90% de grossesses multiples soldées par une césarienne. Le taux élevé de césarienne en cas d'accouchement gémellaire s'explique par la fréquence élevée de présentation dystocique du premier jumeau (37,50%) et par l'existence d'un facteur de risque maternel tel que l'utérus cicatriciel (16,70%).

Présentation de J1 en siège a été l'indication la plus fréquente au cours de notre étude avec 37,50% des cas ; puis suivent l'utérus cicatriciel avec 16,70% des cas ; la présentation de l'épaule 12,50% des cas. Dans l'étude de Touré. B [1] la grossesse gémellaire sur utérus cicatriciel a été l'indication la plus fréquente avec 12% des cas puis suivent la présentation du siège du premier jumeau avec 9,80% des cas ; la souffrance fœtale aigüe d'un des deux jumeaux avec 3,20% des cas.

Dans notre étude le taux de nouveau-nés qui ont un Apgar ≥ 7 est de 92,00% pour les premiers jumeaux et 84,70% pour les seconds jumeaux. Dans l'étude de Touré. B [1] le taux de nouveau-nés qui ont un Apgar ≥ 7 était de 76,30% pour les premiers jumeaux et 74,80% pour les seconds jumeaux. Dans l'étude de Traoré .C [38] le taux de nouveau-nés qui avaient un Apgar ≥ 7 était de 89,80% pour chacun des jumeaux. Les différents résultats montrent qu'à la première minute on

remarque une différence entre les Apgar des premiers jumeaux et ceux des seconds jumeaux avec un bon pronostic pour les premiers jumeaux.

Le temps d'expulsion entre les deux jumeaux dans notre étude était en général inférieur ou égale à 15min soit 92,00%. Il est supérieur à 45 min dans 5,30% des cas.

Dans l'étude de Tall S.M [3] le temps d'expulsion entre les deux jumeaux était inférieur à 15 min dans 84,70 % des cas et il était supérieur à 45 min dans 2,5% des cas.

Classiquement, le pronostic du second jumeau est mauvais lorsque ce délai est long [30].

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 5 cas de mort-né pour le premier jumeau soit 6,70% contre 8 cas pour le second jumeau soit 10,70%, dont 9 cas de mort nés frais suivi de 4 cas de mort nés macérés. Touré. B [1] a fait état de 6 cas soit 1,90% de mort-né pour le premier jumeau et de 11 cas soit 3,50% pour le second jumeau. Notre taux élevé pourrait s'expliquer par le retard à l'évacuation consécutif pour la plupart à l'inaccessibilité géographique de certaines localités et l'insécurité retardant le déplacement à certaines parturientes.

Dans notre étude le poids moyen pour le premier jumeau était 2138g. Touré. B [1] avait trouvé 2431g.

Pour le deuxième jumeau le poids moyen était 2131g.

Touré. B [1] trouve un poids de 2376g.

Ainsi donc, tous les nouveau-nés qui avaient un poids de naissance inférieur ou égal à 2000g ont été référés à la pédiatrie pour une meilleure prise en charge.

La gestion active de la troisième période de l'accouchement était la plus pratiquée avec un taux de 64,00% des cas. Tall S.M [3] a trouvé 91,50% de délivrances active et 5,90% de délivrances artificielle au cours de son étude.

L'hémorragie de la délivrance est l'une des complications majeures de l'accouchement gémellaire pouvant être cause de mort maternelle.

Dans notre étude 5 cas d'accouchements gémellaires, soit 6,70% se sont compliqués d'hémorragie de la délivrance. Ce taux est inférieur à celui de Touré. B [1] qui avaient trouvé 12,60% des cas. Notre faible taux d'hémorragie de la délivrance pourrait être le fruit d'une bonne prévention de l'hémorragie de la délivrance par la gestion active de la troisième période de l'accouchement et la perfusion continue d'ocytocine systématique après l'accouchement quel que soit le type de délivrance.

La grossesse gémellaire mono-choriale bi-amniotique était la plus fréquente avec 64,00% des cas, 26,70% des cas pour la grossesse mono choriale bi amniotique et 9,30% des cas pour la grossesse mono choriale mono amniotique. Ce résultat est supérieur à celui de Touré. B [1] qui trouve 62,90% de grossesses bi choriales bi amniotiques, 29% de grossesses mono choriales bi amniotiques et 8,10% de grossesses mono choriale mono-amniotique.

Au cours de notre étude, les complications retrouvées étaient prééclampsie/éclampsie, anémie sévère, hémorragie de la délivrance.

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 1 cas de décès maternel par suite d'une éclampsie post-partum, soit 1,30%. ; Tall S.M [3] et Haidara. Y [7] avaient rapporté respectivement ; 0,80% des cas ; 1,60% des cas Malgré ces différents résultats, le pronostic était bon dans 89,30% des accouchements.

CONCLUSION

L'accouchements gémellaire est fréquente à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Les complications materno-foetales étaient dominées par :

prééclampsie/éclampsie, hémorragie de la délivrance, anémie sévère et faible poids de naissance

D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre l'accouchements gémellaire en milieu hospitalier.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude des recommandations sont formulées et s'adressent

❖ Aux autorités sanitaires

- Doter l'hôpital Sominé DOLO de Mopti d'une banque de sang de grande capacité et autonome afin de couvrir les besoins transfusionnels.
- Recrutement massive des personelles qualifies dans les structures sanitaires de Mopti et aux structures de santé périphériques pour améliorés les CPN.
- Renforcer les partenariats avec les ONG afin de porter assistance aux parturientes qui sont dans le besoin.

❖ Aux prestataires

- Bonne qualité de suivi des grossesses gémellaires.
- Surveillance rigoureuse du travail d'accouchement et dans le post-partum.

❖ Aux parturientes

- Se rendre immédiatement au centre de santé le plus proche en cas des signes de danger (perte des eaux, de contractions utérines ou de saignement même avant le terme de la grossesse).

REFERENCES

1. Touré B. Accouchement gémellaires : Aspects épidémio-cliniques et pronostic fœto-maternel au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, Thèse Med, Univ Bamako 2019, 105p n°358.
2. Singaré O. Pronostic de l'accouchement du deuxième jumeau (J2) dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU-GT, Thèse Med, Univ Bamako 2022 95p n°.
3. Tall SM. Le pronostic fœto-maternel des accouchements gémellaires dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSRéf CI du district de Bamako du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2006. Thèse méd, Univ Bamako 2008 ;194p n°399.
4. Pons JC. Les complications des grossesses gémellaires. In : Tournaire M, Philippe HS, eds. Mises à jour en gynécologie et obstétrique. Paris : Collège national des gynécologues et obstétriciens français 1996 : 21-42
5. Dudenhausen J W. Management of twin pregnancy [editorial]. Eur. J.Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1995 ; 59 : 123-124.
6. Tangara M. Aspects épidémio-cliniques des accouchements gémellaires dans le service de gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou à propos de 107 cas. Thèse de méd, Univ Bamako 2011 ; 131p n°90.
7. Haïdara Y. Grossesse et accouchements gémellaires à la maternité de l'Hôpital Sominé Dolo : A propos d'une étude prospective cas- témoins de 62 grossesses gémellaires contre 124 grossesses uniques du 1er janvier au 31 décembre 2008. Thèse méd, Univ Bamako 2011, 98p n°26.

8. Rachid R, Fekih MA, Mouelhi CH, Brahim H. Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire. Rev Fr Gynecol Obstet 1992 ; 87 :295-8.
9. Schmitz T, Azria E, Cabrol D, Goffinet F. L'accouchement par voie basse des grossesses gémellaires est-il encore une option raisonnable ? Analyse des données de la littérature. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2009 ;38(5) :367-76.
10. Pison G. Près de la moitié des jumeaux naissent en Afrique. Population et Sociétés 2000, n°360 : 4p.
11. Diakité M.C. Accouchement gémellaire : facteurs pronostiques du deuxième jumeau (J2) à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse méd, Univ Bamako ; 2012, 107p n°96.
12. Mark P, Michael J. Multiple pregnancy : à modern epidemic ? MJA, 2003, 178(12), 613-15.
13. Campbell DM, Templeton A. Maternal complications of twin pregnancy. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2004, 84 : 71-73.
14. Benirschke K, Slaman-Forstythe M. History of twin to twin transfusion syndrome. The twin to twin transfusion syndrome foundation. UCSD
15. Anderson-Berry AL, Zach T. Vanishing Twin Syndrome. Medicine 2003, 6 : 1-9.
16. FIVNAT. Facteurs de risque des grossesses multiples en procréation médicalement assistée. Contracept Fertil Sex, 21 :362-366.
17. Schenker J.G, Yarkoni S, Granat M. Multiple pregnancies following induction of ovulation. Fertile Sterile 1981, 35 :105-23.
18. Belaisch-Allart J, Mayenga J.M. Les effets secondaires des PMA. Reproduction Humaine et Hormones 1995 ; 5 :305-10.

19. Rachid R, Fekih MA, Mouelhi CH, Brahim H. Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire. Rev Fr Gynecol Obstet 1992, 87 : 295-8.
20. Fusi L, Mc Parland P, Fisk N, Wigglesworth J. Acute twin-twin transfusion : a possible mechanism for brain-damaged survivors after intrauterine death of a monochorionic twin. Obstet Gynecol 1991 ; 78 :517520.
21. Picaud A, Nlome-Nze AR, Ogowet-Igumu N, Faye A et al. Risques périnatal et maternel des grossesses multiples. Rev n Fr Gynecol Obstet 1989, 84 :381-91.
22. Dubecq-princeteau F, Dufour P, Thibault D et al. Accouchement par voie basse d'une grossesse monochoriale monoamniotique : cas clinique. Journal de gyné-obstétrique et biologie de reproduction. Edit Masson. Paris, France. 1995. Vol.24, n°06 : pp 634-635
23. Blondel B, Kaminski M. L'accouchement multiple en France. J. gynécol Obst Biol Reprod 1988 ; 17 :1106-1107.
24. O'connor M.C, Murphy H, Dal Rymple I.J. Double blind trial of ritodrine and placebo in twin pregnancy. Br. J. Obstet. Gynaecol 1979 ; 86 : 706-9.
25. Kappel B, Hansen K.B, Moller J, Faaborg-Andersen J. Bed rest in twin pregnancy. Acta Genet. Med Gemellol. 1985, 34 : 67-71.
26. Marivate M, De Villiers K.Q, Fairbrother P. Effects of prophylactic outpatient administration of fenoterol on the time of spontaneous labor and fetal growth rate in twin pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol 1977, 128 : 707-8.
27. Belhoussine F. Z. Grossesse gémellaire (à propos de 133 cas). Thèse méd. Fès 2008 n°26. http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/26-08.pdf (consulté le 13 juillet 2023)

28. Ziegler WF, Welgoss J. Delayed delivery a triplet pregnancy without surgical intervention a case report. American journal of perinatology 1996 : 191-3.
29. Merger R, Lévy J, Melchior J. Les grossesses multiples. Précis d'obstétrique. Eds Masson, Paris 2001, 6 : p. 201-212.
30. Théra T, Mounkoro N, Traoré SO, Hamidou A, Traoré M, Doumbia S, et al. Accouchement gémellaire en milieu africain : une analyse de 10ans dans le district de Bamako au Mali. Pan African Medical Journal. 2018 ; 29 (21) : 14277.
31. Schenker J.G, Yarkoni S, Granat M. Multiple pregnancies following induction of ovulation. Fertile Stérile 1981, 35 :105-23.
32. Alain J, Cactus T, Lalande J, Mane J. Urgence en garde de gynécologie et de la maternité. Edition Malarin Paris 1986.
33. Puech F, Codaccionix, Hubert D, Vaast P. Grossesses gémellaires et multiples : Etude anatomoclinique et prise en charge. Paris, France : Editions techniques, Encycl. Med. Chirur. Obstet. 5030-10, 1993,16p.
34. Parant O, Salque C, Rème J.M. Accouchement gémellaire : conduite à tenir pour l'accouchement du 2e jumeau. [http://www.em-consulte.com/article/84853/accouchement gemellaire%C2%A0conduite-a-tenir-pour-l-a](http://www.em-consulte.com/article/84853/accouchement_gemellaire%C2%A0conduite-a-tenir-pour-l-a) (consulté le 23 juillet 2023).
35. Mellier G, Larguier F. L'accouchement en cas de grossesse gémellaire. Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85 :121-5.
36. Dorfman S.A, Robbins R.M, Jewell W.H, Louis L.S et al. Second trimester selective termination of a twin with ruptured membranes : elimination of fluid leakage and preservation of pregnancy. Fetal Diagn. Ther. 1995 ; 10 : 186-8.
37. Pons J.C, Papiernik E. La grossesse gémellaire : In Papiernik E, Cabrol D, Pons J.C. : Obstétrique. Eds Flammarion- Médecine-Sciences. Paris 1995.

38. Traoré C. Grossesse et accouchements gémellaires dans le Service de Gynéco-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako. Thèse Med, Univ Bamako 2015, 94p n°74.

39. Biquard F. Grossesses multiples dans le service de gynécologie obstétrique du CHU d'Angers. 2002, 1 : 6-9.

40. Diakité M. aspects epidemio-cliniques et thérapeutiques de la rupture prématurée des membranes au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, thèse Med, Univ Bamako 2018, 65p n°39.

ANNEXES
FICHE D'ENQUETE

Numéro du dossier/...../

Année/...../

Mois/...../ 1=Janvier, 2=Février, 3=Mars, 4=Avril, 5=Mai, 6=Juin, 7=Juillet,
8=Août, 9=Septembre, 10=Octobre, 11=Novembre, 12=Décembre

Age/...../ans ;

Tranche d'âge/...../ 1= < 19 ans, 2= 20 - 24ans, 3=25 - 29ans, 4=30 - 34ans,
5=35 - 39ans, 6=40 - 44ans, 7=45 ans et plus

1. Résidence :/...../ 1=Sévaré, 2=Mopti, 3=, 4=Medina Coura, 5=Zone Rurale
de Mopti, 6=Autres Cercles de Mopti.

2. Ethnie/...../ 1=Bambara, 2=Peulh, 3=Sarakolé, 4=Malinké,
5=Sonrhäï, 6=Dogon, 7=Senoufo,
8=Autres.....

3. Profession conjoint/...../ 1=Commerçant, 2=Chauffeur, 3=Marabout,
4=Ouvrier, 5=Fonctionnaire d'état, 6=Cultivateur, 7=Transporteur, 8=Pêcheur,
9=Artiste,
10=Autres.....
.....

4. Niveau instruction femme/...../ 1= primaire, 2=secondaire, 3=supérieur,
4=Medersa, 5=Non scolarisées

5. Statut matrimonial/...../ 1=Mariée, 2=Célibataire, 3=Veuve, 4=Divorcée

6. Profession de la femme/...../ 1=Femme au foyer, 2=Vendeuse/commerçante,
3=Elève/Etudiante, 4=Coiffeuse, 5=Fonctionnaire d'état, 6=Ouvrière,

7=Paysanne, 8=Sans profession, 9= Artiste,
10=Autres.....

I. Antécédents de la femme

Gynécologiques :

7. Traitement de stérilité :/...../1=Oui, 2=Non Si oui le type/...../ 1=médical, 2=chirurgical, 3=autres.....

8. Notion de prise de pilule :/...../ 1=Oui, 2=Non

9. Ménarche/...../Ans

10. Cycle/...../1=régulier 2=Irrégulier

11. Durée des règles (en jour) /...../

12. Dysménorrhée/...../1=oui 2=non

13. DDR/...../1=connue 2=inconnue

Obstétricaux :

14. Gestité/...../

15. Parité :/...../

16. Type de parité :/...../1=Primipare,2=Paucipare (2à3),3=Multipare (4à5grossesses),4=Grande multipare (≥ 6 grossesses)

17. Avortement provoqué/...../1=oui 2=non, Si oui le nombre/...../

18. Avortement spontané/...../1=oui 2=non, Si oui le nombre/...../

19. Intervalle intergénique :/...../en mois

20. Tranches d'intervalle intergénique :/...../1=Inf. à 1an, 2=1 à2ans, 3=Sup à 2ans.

21. Nombre d'accouchement gémellaire/...../

Médicaux :

22. HTA/...../ 1=oui 2=non

23. Drépanocytose/...../ 1=oui 2=non

24. Diabète/...../ 1=oui 2=non

25. Asthme/...../1=oui 2=non

26. Autre/...../1=oui 2=non, Si autre, préciser.....

Chirurgicaux :

27. Laparotomie :/...../1=oui 2=non, Si oui le type/...../ 1=GEU, 2=Pelvipéritonite, 3=Kystectomie, 4=Plastie tubaire, 5=Cure prolapsus, 6=Autres :

28. Cicatrice utérine:/...../1=oui 2=non, Si oui le type/...../ 1=Césarienne, 2=Myomectomie :

29. Autres antécédents chirurgicaux :

II. Antécédents familiaux :

30. Gémellité dans la famille de la femme : /...../1=oui 2=non, Si oui, préciser.....

31. Gémellité dans la famille du conjoint :/...../1=oui 2=non, Si oui, préciser.....

III. Diagnostic

32. Période du diagnostic :/...../ 1=Avant le travail, 2=Au cours du travail

33. Si avant le travail, le moyen :/...../1=à l'échographie, 2=à la clinique

IV. Déroulement de la grossesse

34. Hauteur utérine :/...../1=normale, 2=excessive

35. CPN :/...../1=oui 2=non, Si oui, le nombre/...../

36. Tranche de CPN :/...../1=Inf. à 4, 2=Sup ou égale à 4

37. Période de 1ère CPN :/...../1=1er trimestre, 2=2ème trimestre, 3=3ème trimestre.

V. Accouchement

38. Mode d'admission :/...../ 1=Evacuation, 2=Référée, 3=Venue d'elle-même

39. Motif d'admission :/...../1=Travail d'accouchement, 2=HU Excessive, 3=Utérus Cicatriciel, 4=Métrorragie/Grossesse, 5=MAP, 6=Dystocie dynamique, 7=RPM, 8=Fièvre, 9=Anémie, 10=SFA, 12=Autres.....

40. Terme de la grossesse :/...../1=Inf. à 37 SA, 2=37à42SA, 2=Sup ou = 42SA

41. Niveau de dilatation du col à l'entrée/...../1=Phase de latence, 2=Phase active

42. Poche des eaux rompue :/...../1=oui 2=non

43. Aspect du liquide :/...../1=Clair, 2= Méconial, 3=Hémorragique,

4=Autres :

Présentation :

44. Présentation J1 :/...../1=Céphalique, 2=Siège, 3=Transverse, 4=Autres.....

45. Présentation J2 :/...../1=Céphalique, 2=Siège, 3=Transverse, 4=Autres :

46. Procidence J1 :/...../1=Bras, 2=Cordon

47. Procidence J2 :/...../1=Bras, 2=Cordon

Complications fœtales

48. SFA J1 :/...../1=oui 2=non

49. SFA J2 :/...../1=oui 2=non

50. Mort in utéro J1 :/...../1=oui 2=non

51. Mort in utéro J2 :/...../1=oui 2=non

Manœuvres et interventions :

52. Manœuvre et intervention J2 :/...../1=oui 2=non, Si oui,

Le type :

1= Version par manœuvre interne J2, 2=Manœuvre de BRACHT J2, 3=Manœuvre de MAURICEAU J2, 4=Grande extraction du siège J2, 5=Forceps J2, 6=Césarienne J1, 7=Autres.....

53. Indications de la césarienne :/...../1= SFA, 2=J2 en présentation de l'épaule, 3=Placenta prævia hémorragique, 4=Dilatation stationnaire, 5=Retard d'expulsion, 6= J1 en siège, 7=Autres.....

Etat des nouveau-nés à la naissance :

54. Apgar pour le J1 :/...../1=0à3, 2=4à7, 3= Sup à7

55. Apgar pour le J2 :/...../1=0à3, 2=1à7, 3= Sup à7

56. Intervalle entre J1 et J2 :/...../mn

57. Poids J1 :/...../g, soit/...../1=Inf. à2500g, 2=2500à3999g, 3=4000g et plus

58. Poids J2 :/...../g, soit/...../1=Inf. à2500g, 2=2500à3999g, 3=4000g et plus

59. Taille J1 :/...../cm, soit/...../1=Inf. à 47cm, 2= 47à 53cm, 3=Sup à53cm

60. Taille J2 :/...../cm, soit/...../1=Inf. à 47cm, 2= 47à 53cm, 3=Sup à53cm

61. Sexe J1 :/...../1=Masculin, 2=Féminin

62. Sexe J2 :/...../ 1=Masculin, 2=Féminin

63. Mort néonatale J1 :/...../ 1=Oui, 2=Non

64. Mort néonatale J2 :/...../1=Oui, 2=Non

65. Malformation J1 :/...../ 1=Oui, 2=Non

66. Malformation J2 :/...../ 1=Oui, 2=Non

67. Accident traumatique J1 :/...../1=Oui, 2=Non, Si oui précisé :

68. Accident traumatique J2 :/...../ 1=Oui, 2=Non, Si oui précisé :

VI. Délivrance

69. Type de délivrance :/...../ 1=Spontanée, 2=Artificielle

70. Nombre de grossesse :/...../1=grossesse monochoriale monoamniotique,
2= grossesse monochoriale biamniotique, 3= grossesse bichoriale biamniotique

71. Pronostic maternel :/...../1=Bon, 2= Morbidité, 3= Mort maternelle

72. Hémorragie de la délivrance :/...../1=Oui, 2=Non

73. Lésion des parties molles :/...../ 1=Oui, 2=Non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TOURE

Prénom : Alassane

Gmail : alassanezero20@gmail.com

Titre de la thèse : Accouchements gémellaires aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Année de Soutenance : 2023-2024

Ville de Soutenance : Bamako

Ville d'origine : Mali

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

Méthode

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec une collecte prospective des données sur les accouchements gémellaires. L'étude s'est déroulée à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti du 1^{er} janvier 2023 au 31 Décembre 2023 soit une période de 12 mois.

Résultats

Nous avons enregistré 1552 accouchements dont 75 gémellaires soit une fréquence de 4,84%. L'âge des parturientes était compris entre 18 et 45 ans avec une moyenne de $28,36 \pm 6,2$ ans. L'antécédent d'accouchement de fœtus multiples à été retrouvé dans 26,70% des cas. Les multipares étaient les plus nombreuses avec 24 cas soit une fréquence de 32%. Les parturientes ont été référées dans 53,30% des cas. Les deux jumeaux étaient en sommet dans 60% des cas. Nous avons enregistré 13 cas de mortinaissances 5 cas pour le premier jumeau (06,70%) et 8 cas pour le second jumeau (10,70%). Nous avons enregistré un petit poids de naissance dans 62,70% pour les premiers jumeaux et 70,70% pour les seconds jumeaux. L'accouchement par voie basse à été fait chez 68% des parturientes et la césarienne dans 32%. Un cas de décès maternel dû à l'éclampsie. L'hémorragie de la délivrance, anémie du post partum et l'éclampsie ont été les principales complications.

Conclusion

L'accouchement gémellaire est un accouchement à risque élevé nécessitant un suivi régulier et une prise en charge pluridisciplinaire (obstétricien et néonatalogie).

Mots clés : accouchement gémellaire, prématurité.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nations de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères Si j'y manque.

Je le jure