

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

----- =0= -----

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie

Année Universitaire 2005- 2006

N° :.....

Thèse

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT
GEMELLAIRE AVEC J1 EN SIEGE A LA
MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V DE
BAMAKO (A PROPOS DE 43 CAS.)

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2006
Devant la faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par Monsieur : Ibrahima COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)

Jury

Président : Pr. Sy Aida SOW

Membres : Dr. Hamadoun SANGHO

Dr. Soumana Oumar TRAORE

Directeur : Pr. Mamadou TRAORE

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie cette thèse à :

√ L'ÉTERNEL DIEU, le tout puissant, créateur de la terre et des cieux.
Seigneur, durant toutes ces années, tu m'as comblé de ta grâce, de ton amour. Tu m'as guidé tout au long de mon parcours. Que cet œuvre soit Seigneur, un instrument pour la gloire de ton nom.
L'ÉTERNEL est mon berger je ne manquerai de rien.

√ A mon père : Monsieur N'goro dit Josué COULIBALY
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. Heureux d'avoir pu t'offrir cet événement tant attendu. Je t'en dédie l'œuvre en hommage d'infinie reconnaissance.
Que Dieu fasse qu'on suive tes pas et ne jamais te décevoir
Santé solide et longue vie parmi nous. Merci Papa

√ A ma mère : Rachel KEITA
Je ne pourrais trouver les mots justes pour te magnifier. Symbole de courage d'abnégation, de patience et surtout de sagesse. Tu as prouvé que l'amour maternel suffisait à une femme toute seule pour éduquer et soutenir ses enfants.
Tu as accepté tous les sacrifices pour voir grandir tes enfants.
Par tes prières et conseils nous voilà au terme de notre parcours. Ce travail que je te dédie t'apportera, je l'espère une joie qui te fera oublier tes souffrances.
Maman, reçois cette thèse en témoignage de ton amour indéfectible.
Puisse le bon Dieu te garder encore très longtemps parmi nous. Merci Maman.

√ A Emmanuel et Kary COULIBALY
Vous n'avez jamais résigné à m'apporter vos aides et vos soutiens pour la réalisation de ce travail depuis mes premiers pas. Il me revient aujourd'hui de vous remercier sincèrement pour toutes vos contributions. Ce travail est aussi le vôtre. Merci infiniment d'avoir financé intégralement tous ces travaux. Je garde de vous l'image de bons grands frères. Que Dieu bénisse abondamment les différentes entreprises.

√ **A mon oncle Seydou COULIBALY et famille à Dogodouman Coura.**
Je vous remercie infiniment pour tout ce que vous m'avez fait pour la réussite de mes études.

√ **A mes sœurs, cousins et cousines :**

Nana, Sara, Elizabeth, Anne, Djelika, Sadio, Kadiatou, Mamadou, Kariba, Barnabas, Job, André, Esther, Ruth, Samuel et feu Djeneba.

Merci également à vous pour vos soutiens. Sachez que nous ne pouvons rien construire si nous ne sommes pas solidaires.

Cultivons ensemble l'amour, l'union, et le travail pour la pérennité de notre famille.

√ **A mes grands parents maternels et paternels in memoriam.**

Remerciements

Mes remerciements vont à :

- Docteurs Soumana Oumar Traoré, Sissoko Sara, Togo Abdrahamane, Oumar Traoré dit Dia.

Chers maîtres, ne pas vous remercier serait une preuve d'ingratitude de ma part. Votre gentillesse, votre disponibilité constante à l'endroit de vos étudiants sont exemplaires. Vous nous avez appris ce qu'est la gynécologie obstétrique durant toutes ces années.

Merci infiniment pour votre contribution à l'être que je suis aujourd'hui.

-A Samba KONE et famille à Ouolofobougou Bolibana.

Je me suis toujours senti chez moi et cela grâce à votre hospitalité, votre générosité et votre amour.

Merci infiniment Baba pour tous les soutiens que vous m'avez apporté durant mon parcours. Que le tout puissant vous récompense de ce bien fait.

-A mes très chers amis et collègues: Nouhoum COULIBALY et Souleymane KONE. Nous voici au terme d'un trajet si long, pénible et cela grâce à vos encouragements. Ce travail est le vôtre. Restons toujours unis et solidaires. Que le Seigneur nous donne longue vie et qu'il pérennise nos relations.

- A **Nampouna COULIBALY** et famille à **Koutiala**.

Colonel nous voici enfin au terme de nos études médicales. Je garde de vous l'image d'un bon grand frère. J'espère que ce travail est à la hauteur de votre espérance. Merci infiniment à vous pour les conseils et surtout le soutien financier depuis nos premiers pas à la faculté. Que le Seigneur veille sur vous et votre famille.

- A mes grands frères et amis : **Elie, Pierre, Facko, Papa, Enoque, Timothée Totégué, Daniel T, Nouhoum Daou, Lucka Daou, Oumarou Keita dit Bédié, Adama Daniel Coulibaly, Lucka Dembélé, Ramata Samaké, Nagna Goita, Léa Dao, Dramane Daou, Rokiatou Toriane, Fatoumata Dembélé, Nouhoum Diakité, Békaye, Déllé, Aoua K Z, Rene Dembele , Nagazanga, Souleymane Diarra, Nana K Diarra, Daouda Porna Coulibaly.**

Je vous remercie également pour vos différentes contributions. Je vous en serai toujours reconnaissant.

-A mes Chéries **Lidy Dembélé, Mariame Dembélé, Mariam Coulibaly, Kanuya Thiéro et Oumou Dembélé.**

Ce modeste travail est le votre. Que l'avenir soit pour nous réussite et prospérité. Grand merci à vous.

-A ma dulcinée **Suzanne Timothée Dembélé.**

Les mots ne sauraient être assez expressifs pour te dire la joie que j'éprouve de t'avoir à mes côtés. Ton amour et ta compréhension demeureront pour moi la plus grande chose, le plus grand réconfort. Merci infiniment pour ton soutien moral qui ne m'a jamais fait défaut. Reçois ici l'expression de mon profond amour.

- A ma très chère amie et collègue **Salimata Samaké**.

Le moment est venu pour moi pour te remercier de ton aimable collaboration. L'expression de mes sentiments de reconnaissance et de gratitude est indéfinissable.

Chère amie restons toujours unis et solidaires et que cette chaleur amicale se pérennise pour l'éternité. Merci beaucoup.

-Aux médecins généralistes : ML Coulibaly, Moussa Diani Coulibaly, Aly Ouattara, Labassou Dissa, Chacka Sanogo, Mamadou B Keita, Amadou Halidou, Karim Coulibaly, Modibo Togora, Safiatou Samaké, etc.

Merci beaucoup à tous. Je vous en serai toujours reconnaissant.

-A la famille de **Feu Daouda Coulibaly** à Ségou Pélengana.

Je remercie infiniment toute la famille pour les différents soutiens que les uns et les autres ont eu à m'apporter lors de mon passage au Lycée. Je me sentais toujours chez moi ; cela à cause de l'hospitalité et de la générosité qui m'étaient tout temps réservées. Que Dieu dans sa miséricorde comble toute la famille de ses bienfaits et qu'il accorde à tout un chacun une vie longue et heureuse.

- A la famille de **Nafougou Coulibaly** à Dioundiou Kologo.

Grand merci à toute la famille pour les conseils et les encouragements tant précieux que j'ai tout temps

bénéficiés lors de mon passage dans la famille. Que Dieu vous accorde longue vie et heureuse.

-Mes remerciements à :

- . Dr Ziépré Coulibaly à Boulkassoumbougou
- . Dr Souleymane Coulibaly à Sénou
- . Mme Sanata Traoré à Boulkassoumbougou Marseille
- . Maithé dite la mère blanche
- . Etienne Coulibaly à Lafiabougou
- . Natha Diarra et famille à Garantigibougou
- . Dr Touré Boubacar et tout le personnel de la Clinique Médicale Eureka.
- . La famille Feu Ely Coulibaly à Kampogosso Kagoua
- . La famille Josué Soungalo Coulibaly à Lafiabougou
- . Toutes les communautés étrangères de la FMPOS
- . Toutes les communautés des églises de Dioundiou, Ségou et Hamdallaye.

- Monsieur Mailé Diakité à l'institut d'économie rurale de Bamako.

Je te remercie infiniment pour ta disponibilité constante et ton aide pour la réussite de ce travail. Je vous en serai toujours reconnaissant.

-A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

-A mes oncles, tantes et leurs familles.

De près ou de loin, chacun de vous a contribué à sa manière à faire de moi ce que je suis. Merci infiniment à tous.

Il est très difficile de remercier tout le monde sans en oublier quelques uns. Je demande sincèrement pardon à toute personne oubliée et la prie d'accepter ici ma profonde gratitude. Merci à tous.

HOMMAGE

AUX

MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du Jury

Professeur Sy Aida SOW.

- Professeur titulaire de gynécologie et obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**
- Chef de l'unité de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II.**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Soyez en infiniment remerciée.

Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses bienfaits et vous accorde une vie longue et heureuse.

A notre Maître et Juge

Dr Hamadoun SANGHO.

- **Assistant chef de clinique en santé publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**
- **Chef du département de recherche au CREDOS (centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant).**

Cher maître,

Votre piété et votre sens élevé du devoir nous ont toujours marqués. Votre abord facile a été possible grâce à votre humilité et votre simplicité.

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté siéger dans ce jury.

Nous garderons de vous un homme sage, de science, humble.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profond respect et de toute notre reconnaissance. Que Dieu vous bénisse et qu'il vous donne une vie pleine de joie, de paix, de bonheur.

A notre Maître et Juge

Dr Soumana Oumar TRAORE

- **Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune V.**
- **Membre de la société malienne de Gynécologie et d'obstétrique.**

Cher maître,

Nous avons à maintes reprises bénéficiées de votre grande expérience de la pratique médicale.

Homme de science, éminent gynécologue obstétricien, vous êtes pour nous un modèle, une référence.

Nous admirons beaucoup vos qualités humaines et scientifiques. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves.

Infinis mercis pour tous vos enseignements.

Que le Seigneur vous garde longtemps auprès de nous et qu'il vous accompagne dans toutes vos actions.

A notre maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou TRAORE

- Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**
- Secrétaire général adjoint de la société africaine de gynécologie et d'obstétrique.**
- Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.**
- Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V.**

Cher maître,

Nous garderons à jamais de vous une image d'un bon père de famille qui veille toujours sur ses enfants que nous sommes.

Nous nous souviendrons de vos proverbes pleins de sens, de votre simplicité légendaire et votre humilité sans pareille.

Votre rigueur dans le travail nous a permis de finir cette thèse ; puisse t-elle être à la hauteur de votre espérance. Que Dieu veille sur vous et votre famille. Qu'il vous guide dans toutes vos entreprises.

Sigles et abréviations

Acc : accident

Accht : Accouchement

ATCD : Antécédent

BHCG : Hormone Chorionique Gonadotrope fragment Bêta

CES : Certificat d'Etude Spéciale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

Csref CV : centre de santé de référence de la commune V

CPN : Consultation PréNatale

FSH : Follicle Stimulating Hormone

g : Gramme

Hgie: Hémorragie

HRP: Hématome Rétro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

J1 : Premier jumeau

J2 : Deuxième jumeau

Kg : Kilogramme

LH :Luteinising Hormone

mm :millimètres

mn :minutes

mg :milligramme

PDE : Poche des eaux

pg :pictogramme

RCIU : Retard de Croissance intra utérine

SA : Semaines d'aménorrhées

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

% : Pourcentage

HDD : Hémorragie de la délivrance

HCD : Hémorragie contemporaine de la délivrance

SOMMAIRE

I. Introduction	1
II. Objectifs.....	4
III. Généralités.....	6
IV. Méthodologie.....	34
V. Résultats.....	39
VI. Commentaires et discussion.....	59
VII. Conclusion et recommandations.....	70
VIII. Références.....	74
IX. ANNEXES	81
-Fiche d'enquête	
-Fiche signalétique	
-Serment d'Hippocrate	

I. INTRODUCTION

La grossesse gémellaire est le développement simultané de deux (2) fœtus dans la cavité utérine. Elle est la plus fréquente des grossesses multiples.

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 théorique de six (6) mois (ou 28 semaines d'aménorrhée).

L'accouchement gémellaire aboutit à l'expulsion de deux (2) fœtus hors de la cavité utérine. Il ne s'agit pas d'un phénomène rare, car sa fréquence se situe aux environs de 1% [10, 11].

Le plus faible taux d'accouchement gémellaire est observé en Asie selon la plupart des auteurs. Ce taux est intermédiaire en Europe dans la population blanche ; par contre en Afrique on remarque un taux plus élevé d'accouchement gémellaire avec le Nigeria en tête. Au Mali une étude faite par Coulibaly M a trouvé un taux de 1,33% [39].

L'accouchement gémellaire comporte des risques pour la femme (toxémie gravidique 10 à 45% ; dystocie dynamique 28,5% ; hémorragie de la délivrance 25,5% ; césarienne 17,5% ; syndrome de pré rupture 5,7%) ainsi que pour le fœtus (souffrance fœtale aiguë 20% ; procidence du cordon de J1 2,8% ; nécessité des manœuvres obstétricales 8,30% pour l'accouchement du premier jumeau et 33,55% pour l'accouchement du deuxième jumeau ; prématurité 50% ; mort in utero d'un jumeau 2 à 7% ; accrochage des mentons 1%) cela même dans les pays développés malgré le développement de la science.

Plusieurs études ont été faites sur l'accouchement gémellaire. Mais aucune étude sur le pronostic de l'accouchement gémellaire avec J1 en siège n'a été faite dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V d'où la justification de notre étude. La nôtre est donc la première.

II. OBJECTIFS

Dans cette étude nous nous fixons comme objectifs :

1- OBJECTIF GENERAL :

Etudier l'accouchement gémellaire avec premier jumeau en présentation de siège.

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ☛ **Déterminer la fréquence de l'accouchement gémellaire en général et de l'accouchement gémellaire avec 1^{er} jumeau en présentation du siège dans le service.**
- ☛ **Déterminer le profil épidémiologique des gestantes porteuses de grossesse gémellaire avec 1^{er} jumeau en présentation du siège.**
- ☛ **Préciser les modalités de prise en charge de l'accouchement gémellaire avec 1^{er} jumeau en présentation du siège.**
- ☛ **Améliorer le pronostic maternel et des jumeaux dans les cas du 1^{er} jumeau en présentation du siège.**
- ☛ **Formuler des recommandations visant à améliorer le pronostic du 1^{er} jumeau en présentation du siège.**

III. GENERALITES

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 [10,11,33,36,39].

1- Fréquence

La fréquence de survenue des grossesses gémellaires dans l'espèce humaine est d'environ 1% chez la plupart des auteurs [10,11,33,36,39]. La grossesse gémellaire s'observe environ 1 fois sur 100 accouchements, du moins en France [21,31].

La classique loi de HELLIN donne la fréquence de grossesse gémellaire comme égale à 1 sur 89 [31].

2- Facteurs étiologiques

Ils sont nombreux :

2-1 Facteurs héréditaires

L'hérédité aussi bien maternelle que paternelle, est tout à fait hors de doute. Les jumeaux viennent dans une famille donnée et peuvent se répéter chez la même femme [11,39].

2-2 La multiparité

Le risque de survenue de la grossesse gémellaire augmente avec la parité de la femme et cela indépendamment de son âge. Elle est environ deux fois plus fréquente chez les multipares que chez les primipares [39].

2-3 L'Age

L'âge de la mère est directement corrélé au risque de survenue de grossesse gémellaire. En Europe le pic de survenue d'une grossesse gémellaire se situe entre 35-40 ans [39]. L'influence de l'âge maternel s'explique par des taux hormonaux en particulier de gonadotrophine hypophysaire (FSH) qui s'élèvent avec l'âge [39].

2-4 Facteurs hormonaux

Les hormones hypophysaires appelées gonadotrophine FSH et LH sont des hormones qui stimulent les ovaires et sont responsables de l'ovulation. Il est évident que lorsque le taux en FSH de base est élevé, deux ou plusieurs ovules peuvent être libérées ; ce qui engendre la grossesse multiple [39].

Nylande cité par Vokaer [33] a démontré que les mères Yorouba présentent à mi cycle des taux sanguins de FSH significativement plus élevés que le reste de la population et le taux de LH reste inchangé.

Cela nous permet d'affirmer que plus le taux de FSH de base est élevé, plus la femme a de fortes chances de faire une grossesse multiple.

Le taux de grossesse gémellaire est aussi élevé pendant les deux premiers mois après l'arrêt de la contraception orale, suite à la reprise brutale de l'activité des ovaires avec un taux de FSH de base élevé [39].

2-5 Les facteurs nutritionnels

L'état nutritionnel de la population semble avoir une grande influence sur le taux des grossesses multiples.

Au Nigeria les femmes d'une ethnie vivant dans le milieu rural et se nourrissant de patates douces ont un taux de gémellité plus élevé (de l'ordre de 62 pour 1000) que celle de la même ethnie vivant en milieu urbain et ayant un régime alimentaire différent, (taux de gémellité est de 15 pour 1000). Ce qui montre que la patate douce contient une substance qui aurait les mêmes effets que les hormones oestrogéniques. Pendant la deuxième guerre mondiale, la fréquence de la grossesse multiple avait baissé dans les zones qui étaient occupées car les conditions nutritionnelles étaient défavorables.

Le taux de gémellité varie d'une région à l'autre, du fait de leur degré de développement agricole [39].

2-6 La stimulation ovarienne

L'utilisation d'inducteur d'ovulation entraîne la survenue de grossesse gémellaire. Ce facteur représente 50% des causes de gémellité dans certaines régions [10, 11, 33,39].

Il est donc conseillé de faire un examen échographique pour surveiller de près la croissance folliculaire. Cette surveillance échographique s'accompagne du dosage journalier des oestrogènes. Si le taux d'oestrogène dépasse 300pg/ml et le diamètre de follicule atteignant 18mm, il faut arrêter le traitement hormonal, pour ne pas induire une grossesse multiple à haut risque.

2-7 La fécondation in vitro

Les enfants issus de cette fécondation sont appelés « Bébés éprouvettes». Il y a plus de chance d'induire une grossesse multiple lorsqu'on transfère un grand nombre d'embryons dans l'utérus. Ainsi en plaçant quatre, on a plus de chance d'avoir une grossesse qu'avec trois embryons et ainsi de suite. Des auteurs pensent que la réduction embryonnaire peut être un moyen d'éviter la survenue de grossesse multiple dans cette technique.

Les premières jumelles éprouvettes sont nées le 07 octobre 1983 à l'hôpital Antoine Béchère à Clamant (Haut de Seine en France).

3- Pathogénie

3-1 La grossesse uni ovulaire 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 [39]. 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.

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.

3-1-2 Au stade de Morula

A ce stade l'œuf mesure 150 μ 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 3^{ème} et le 8^{ème} jour de la conception [10, 11, 27, 33, 36,39].

Cette division aboutit à la formation de plusieurs embryons avec un chorion, plusieurs amnios et plus tard un seul placenta. Cette variété est la plus fréquente.

3-1-3 Après la gastrulation

Cette division se fait vers la fin de la 2^{ème} 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, mono amniotiques et ne sont séparés que par 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 [33,36,39].

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^o% des naissances de jumeaux monozygotes.

On distingue :

- les thoracopages : sont réunis par le thorax (70%).**
- les pygopages : sont réunis par le sacrum (18%).**
- les ischiopages : sont réunis par la région pelvienne (6%).**

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.

◆ 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 artério-veineuses.

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

L'artère du 1^{er} 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 90^{ème} percentile.

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

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, 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.

3-2-1 Superfécondation

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 1974 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 bi-choriale.

3-2-2 La superfoetation

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

La superfoetation 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.

4 - Diagnostic

4-1 Diagnostic positif

4-1-1 Examen clinique

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

4-1-1-1 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 ; ceux sont :

* un trouble du sommeil

- * une asthénie progressivement marquée,
- * des nausées et 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.

4-1-1-2 Les signes physiques

- Inspection
- l'abdomen est distendu, globuleux, saillant parfois étalé
- l'ombilic est déplissé
- la peau est amincie et parcourue par de nombreuses vergetures et circulations veineuses collatérales,
- des oedèmes 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 des membres inférieurs peuvent intéresser la vulve et la région anale.

- Mensurations de la hauteur utérine et du périmètre ombilical

Le signe principal attirant l'attention est l'excès de volume utérin par rapport à l'âge de la grossesse. Le constat de cette hauteur utérine non en rapport à 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). A la fin de la gestation, elle peut atteindre 40 à 45 cm voire d'avantage. 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 ballotte. On s'efforcera de préciser les présentations de deux fœtus et les positions des fœtus l'un par rapport à l'autre.

Positions des fœtus l'un par rapport à l'autre

Trois variétés peuvent s'observer :

- 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

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. Le col est souvent déhiscent même chez les primipares.

4-1-2 Examens Complémentaires

Plusieurs examens peuvent mettre en évidence la grossesse gémellaire à savoir :

4-1-2-1 Echographie

Elle est l'examen de choix. Le diagnostic précoce est possible grâce à elle.

A l'échographie on a :

- avant la 7^{ème} semaine on visualise les sacs embryonnaires
- Après la 7^{ème} semaine, c'est l'observation des structures embryonnaires (vésicules ombilicales, foyers cardiaques, pôles céphaliques) qui permet le diagnostic et le compte des embryons
- Entre 12 et 16 semaines, on précise le type de placentation (nombre de placentas, mode d'insertion et aspect de la cloison séparant les deux sacs).

Dans la deuxième moitié de la grossesse elle permet de dépister un éventuel retard de croissance de l'un ou des deux fœtus. L'échographie permet une bonne surveillance de la grossesse au cours des consultations prénatales.

4-1-2-2 Radiographie

Fait le diagnostic à partir du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Elle est rarement utilisée comme moyen de diagnostic systématique. De nos jours elle est abandonnée au profit de l'échographie.

4-1-2-3 Electrocardiographie Fœtale

Elle est de moins en moins utilisée car beaucoup de praticiens pensent que c'est un élément de diagnostic peu fiable.

4-1-2-4 Dosages hormonaux

Selon Vokaer 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.

4-2 Diagnostic différentiel

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 monofoetale associée à une tumeur de l'ovaire,
- enfin, une erreur de la date des dernières règles.

Au cours des deux derniers trimestres de la grossesse

Il faut éliminer :

- Un gros fœtus,

L'échographie obstétricale pour biométrie foetale 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.

L'échographie affirme l'excès de liquide amniotique, détermine le nombre de fœtus, met en évidence une éventuelle malformation foetale.

- Les autres grossesses multiples,

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

5- Modifications au cours de la grossesse gémellaire

Les modifications sont les mêmes que celles des grossesses uniques, mais il y a une accentuation des signes

- Sur le plan cardio-vasculaire : on note une augmentation du volume plasmatique environ 67% contre 32% dans les grossesses uniques [39]. On note également une augmentation du volume de globule rouge d'environ 2 litres contre 1,8 litres dans les grossesses uniques.

Le débit cardiaque est plus élevé également.

- La fonction respiratoire : on assiste à un accroissement du volume respiratoire dans les grossesses gémellaires.

-La fonction rénale : il y a une augmentation beaucoup plus importante du flux de filtration glomérulaire dans les grossesses gémellaires.

-La fonction digestive : il y a un accroissement des échanges entre le plasma et le parenchyme hépatique.

-Le métabolisme hydrocarboné : la recherche de diabète gestationnel latent est plus fréquente en cas de grossesses gémellaires que dans les grossesses uniques [39].

6- Complications au cours de la grossesse gémellaire

6-1 Hypertension Artérielle [1,11,33,36,36,40]

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.)

6-2 Anémie

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

6-3 Retard de croissance intra utérin (RCIU) [39]

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 10^{ème} percentile. Le retard de croissance est la deuxième cause de mortalité périnatale des jumeaux.

6-4 Syndrome transfuseur transfusé [39]

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

6-5 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.

6-6 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 monoamniotique.

6-7 Prématurité [33,36,39]

La prématurité représente le premier grand risque des grossesses multiples. Environ 50% des patients accouchent avant 37 semaines d'aménorrhée(4).

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 [36,39].

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

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 [39]. 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.

7- Suivi médical de la grossesse gémellaire [39]

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) réduction d'activité maternelle au 2^{ème} trimestre.

Pas d'hospitalisation systématique.

Le cerclage en cas de nécessité.

Le suivi clinique et échographique au moins mensuel.

Le suivi par une sage-femme à domicile hebdomadaire pendant la 2^{ème} 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.

8- Accouchement gémellaire

8-1 Le terme optimal de naissance

La moitié des patientes présentant une grossesse gémellaire accouchent 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 [38]. Le terme moyen oscille entre 33-35 semaines dans les grossesses triplets [38]. Le terme moyen de la grossesse quadruple est de 32 semaines d'aménorrhée.

Plus l'âge de la grossesse multiple s'approche à celui d'une grossesse unique plus le risque de mortalité précoce est élevé [29].

8-2 Mécanique obstétricale [4,10,39]

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 situations sont résumées par Chamberlain.

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 surdistendu est sujet aux anomalies de la dynamique utérine au cours du travail et après l'accouchement.

8-3 Complications de l'accouchement gémellaire

8-3-1 Complications non spécifiques

- 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 surdistension 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.

- Placenta praevia

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.

- 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.

- 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 bons sur cet utérus distendu.

8-3-2 Complications Spécifiques

- Dystocie gémellaire

Accident rare mais grave, 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% [39]. La césarienne doit être préférée à toute manœuvre d'extraction par voie basse. Du côté maternel, le risque est la rupture utérine.

- Accident funiculaire par enroulement du cordon

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

- Jumeau conjoint

La plupart des auteurs ont pu proposer la réalisation d'une césarienne dans ces cas particuliers en raison du risque de dystocie.

8-4 Césarienne Prophylactique [11,33 ;36,39]

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 obstacle praevia ;
- Utérus cicatriciel ;
- Présentation transverse du premier jumeau ;
- Hypotrophie sévère d'un des deux jumeaux ;
- Grossesse gémellaire mono chorale 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 ;
- Prématurité avant 32 ou 34 semaines d'aménorrhée et /ou poids estimé inférieur à 1500grammes.
- Pathologies maternelles associées.

8-5 Déclenchement du travail

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 mono fœtales.

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.

En ce qui concerne 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 difficiles à contrôler.

Quelques soient les méthodes utilisées, une stricte surveillance maternelle et fœtale est obligatoire durant la totalité du travail induit.

8-6 Conduite de l'accouchement gémellaire

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 et cervicales nécessitent l'utilisation d'ocytociques sous contrôle d'une tocographie interne.

8-6-2 L'accouchement du premier jumeau [33,36,39]

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 surdistension 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 gênant 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.

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.

8-6-3 Temps de repos [33] :

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.

8-6-4 Accouchement du deuxième jumeau [33] :

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. La fœtale première 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.

8-6-5 Délivrance [39]

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 un possible atonie utérine secondaire.

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.

IV. METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Nôtre étude a été menée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Le centre de santé de référence de la Commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité surtout dans le domaine de la gynéco-obstétrique. Le fonctionnement du CSRéf de la Commune V est animé par un personnel administratif, un personnel paramédical et un personnel médical.

1-1-Le service de gynéco-obstétrique

Le bâtiment abritant ce service est situé en face et à droite du bureau des entrées. Ce service comporte une salle d'accouchement, une salle des urgences, un bloc opératoire, une unité des grossesses à risque et suites de couche, une unité de néonatalogie, une unité de consultation prénatale, une unité de planning familial et post natale, une unité post opératoire. Il existe également une salle de consultations externes accolées au bureau du chef de service et une salle de staff.

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel composé comme suit :

- Un professeur agrégé en gynécologie obstétrique chef de service, médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.
- Un gynécologue obstétricien.
- Deux médecins en CES de gynécologie obstétrique.
- Des étudiants en thèse faisant fonction d'interne et des externes
- Vingt huit (28) sages femmes.
- Quatre (4) infirmiers anesthésistes.
- Quatre (4) infirmiers panseurs.
- Un (1) assistant social.
- Deux (2) gardiens.
- Trois (3) lingères.
- Un (1) gérant de pharmacie.
- Trois (3) instrumentalistes.
- Quatre (4) chauffeurs.

Ces travailleurs sont des fonctionnaires, des conventionnaires de l'Etat, soit de contractuelles, soit des agents de la municipalité ou des agents de l'INPS.

1-2. Activités

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du Service dirigé par le Chef de Service. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée de deux (2) chirurgiens, d'une Sage Femme, de cinq (5) étudiants faisant fonction d'Interne, d'une Infirmière, d'une aide soignante, d'un anesthésiste, d'un manoeuvre et d'un chauffeur.

Elle dispose de quatre (4) tables d'accouchement, deux (2) blocs opératoires fonctionnels, d'un mini banque de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments crée sur fonds propres du Centre est remboursable par les parturientes après la prise en charge.

Le Service assure quatre (4) jours de consultation externe et quatre (4) journées opératoires programmées durant la semaine, assurée par des médecins en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours dans les différentes unités d'hospitalisation du lundi au vendredi après le staff et est dirigée par un médecin, la grande visite générale a lieu tous les jeudis et est dirigée par le chef du service.

2- Matériel et Méthode d'Etude

2-1- Type d'Etude

Notre travail était une étude transversale descriptive.

2-2- Période d'étude

Elle s'étendait du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2005, soit 12 mois.

2-3- Population d'étude

L'étude a porté sur les parturientes admises dans le service pour une grossesse gémellaire.

2-4- Choix des variables

-Paramètres de la femme

Ethnie, âge, profession, statut matrimonial, ATCD, intervalle intergénéral, parité, mode d'admission, hauteur utérine, terme, nombre de CPN, voie d'accouchement, hémorragie de la délivrance, manoeuvres.

La parité est le nombre d'accouchement. Primipare=1 accouchement ; Paucipare=2-3 accouchements ; Multipare=4-5 accouchements ; Grande multipare=6 accouchements et plus.

-Paramètres du fœtus

SFA, score d'Apgar, taille, poids, sexe, mort in utero, type de jumeau.

2-4- Echantillonnage

2-4-1 Critères d'inclusion

Il s'agissait de toute parturiente porteuse d'une grossesse gémellaire dans le service pendant la période d'étude, qu'elle soit évacuée ou non, qu'elle soit suivie ou non dans le service et dont le premier jumeau était en présentation du siège. Nous avons inclus exhaustivement toutes les grossesses gémellaires dont le 1^{er} jumeau était en siège.

2-4-2- Critères de non inclusion

Parturientes admises pour accouchement gémellaire et dont le premier jumeau en présentation autre que siège.

2-5- Collecte des données

Les données ont été collectées en utilisant :

- ◆ **Les partogrammes.**
- ◆ **Les registres d'accouchement.**
- ◆ **Les dossiers d'hospitalisation.**
- ◆ **Les protocoles opératoires.**
- ◆ **Les dossiers de la néonatalogie.**

2-6- Traitement et analyse des données

Les données recueillies sur la fiche d'enquête ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI-INFO version 6 FR.

V. RESULTATS

1- Fréquence

Pendant la période de notre étude du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2005 nous avons dénombré **127 accouchements gémellaires** sur un total de **7773 accouchements** soit une fréquence de **1,63%**. Les présentations du 1^{er} jumeau en siège étaient au nombre de **43** soit **33,86%** des accouchements gémellaires.

2- Caractéristiques épidémiologiques

Tableau I : Répartition des parturientes en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Malinké	8	18,60
Dogon	4	9,30
Soninke	2	4,65
Bambara	14	32,56
Peulh	5	11,63
Sénoufo/ Mianka	5	11,63
Autres	5	11,63
Total	43	100

Autres : Bobo=1 ;Bozo=1 ;Kassongué=1 ; Sonrhäï=1 ;Maure=1

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction de leur âge.

Tranche d'âge (en année)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
13-19	7	16,28
20-30	30	69,77
31-43	6	13,95
Total	43	100

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Célibataire	5	11,63
Mariée	38	88,37
Total	43	100

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction du niveau d'instruction en français de la femme.

Niveau d'instruction	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Supérieur	2	4,65
Secondaire	9	20,93
Primaire	5	11,63
Non scolarisée	27	62,79
Total	43	100

Tableau V : Répartition des parturientes en fonction de la profession.

Profession	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Fonctionnaire	5	11,63
Sans profession	25	58,14
Etudiant / Elève	2	4,65
Aide-ménagère	2	4,65
Commerçante	3	6,98
Autres	6	13,96
Total	43	100

Autres à préciser : Artiste=1 ; Comptable=1 ; Couturière=1 ;
Hôtelière=1 ; Secrétaire=1 ; Teinturière=1.

Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction des antécédents de traitement de stérilité.

Antécédent de traitement de stérilité	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Médical	2	4,65
Chirurgical	1	2,33
Absence de traitement	40	93,02
Total	43	100

Tableau VII : Répartition des parturientes en fonction de la parité.

Parité	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Primipare	6	13,95
Paucipare	5	11,63
Multipare	11	25,58
Grande multipare	21	48,84
Total	43	100

Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de leur intervalle intergenesique.

Intervalle intergenesique	Effectif absolu	Pourcentage(%)
< 2ans	17	39,53
≥ 2 ans	26	60,47
Total	43	100

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction des antécédents d'accouchement gémellaire dans la famille.

Antécédent d'accouchement gémellaire	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Absence de notion de gémellité	3	6,97
Gémellité dans la famille de la femme	26	60,47
Gémellité dans la famille du conjoint	14	32,56
Total	43	100

Tableau X : Répartition des parturientes en fonction du type d'antécédent chirurgical.

Type d'antécédent chirurgical	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Cure de grossesse extra utérine	1	2,33
Cure de prolapsus	1	2,33
Césarienne	3	6,97
Absence d'antécédent chirurgical	38	88,37
Total	43	100

Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Venues d'elles-mêmes	33	76,74
Référées /évacuées	10	23,26
Total	43	100

3/ Clinique

Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction du nombre de CPN effectuées.

Nombre de CPN effectuées	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Aucune	9	20,93
1-3	13	30,23
≥4	21	48,84
Total	43	100

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction des circonstances de découverte.

Circonstances de découverte		Effectif absolu	Pourcentage(%)
Au cours du travail		9	20,93
Avant le travail	Echographie	24	55,81
	Clinique	10	23,26
Total		43	100

Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de la période du diagnostic de la gémellité.

Période du diagnostic	Effectif absolu	Pourcentage (%)
1 ^{er} trimestre	21	61,76
2 ^{ème} trimestre	9	26,47
3 ^{ème} trimestre	4	11,77
Total	34	100

Tableau XV : Répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine.

Hauteur utérine (en Cm)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Hauteur utérine > 36	36	83,72
Hauteur entre 33-36	5	11,63
Hauteur utérine < 33	2	4,65
Total	43	100

Tableau XVI : Répartition des parturientes en fonction du terme de la grossesse au moment de l'accouchement.

Terme de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Terme < 37SA	13	30,23
Terme entre 38-42 SA	29	67,44
Terme > 42 SA	1	2,33
Total	43	100

Tableau XVII : Répartition des parturientes en fonction du niveau de dilatation cervicale à l'entrée.

Niveau de dilatation cervicale	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Phase de latence	15	35,71
Phase active	21	50
Phase expulsive	6	14,29
Total	42	100

Dans notre étude une (1) parturiente a bénéficié une césarienne prophylactique.

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

Poche des eaux	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Rompue	32	74,42
Intacte	11	25,58
Total	43	100

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

Aspect du liquide amniotique	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Liquide clair	33	76,74
Liquide teinté en jaune	2	4,65
Liquide sanguinolent	3	6,98
Liquide méconial	5	11,63
Total	43	100

Tableau XX : Répartition en fonction de la présentation des fœtus

Présentation J1-J2	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Siège-Siège	16	37,21
Siège -Transversale	2	4,65
Siège-Sommet	25	58,14
Total	43	100

Tableau XXI : Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Voie basse	26	60,47
Césarienne	17	39,53
Total	43	100

Tableau XXII : Répartition en fonction de la manœuvre utilisée pour l'extraction du premier jumeau.

Manœuvres	J1	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Manœuvre de BRACHT	22	84,61
Manœuvre de MAURICEAU	1	3,85
Attitude de VERMELIN	3	11,54
Total	26	100

Tableau XXIII : Répartition des parturientes en fonction de l'indication de la césarienne

Indications de Césarienne	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Souffrance foétale aiguë	1	5,88
J1 en siège chez une primipare	6	35,30
J2 en présentation transverse	2	11,77
J1 en siège sur utérus cicatriciel	3	17,65
J1 en siège sur bassin généralement rétréci	1	5,88
Procidence du cordon battant	1	5,88
Cure de prolapsus		
Syndrome de prérupture utérine	1	5,88
HRP foetus vivant	1	5,88
Total	17	100

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'existence de la Souffrance fœtale Aiguë (SFA).

SFA	Effectif absolu	Pourcentage
Non	38	88,37
Oui	5	11,63
Total	43	100

Tableau XXV : Répartition des jumeaux en fonction de la mort in utero.

Mort in utero de J1	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Non	42	97,67
Oui	1	2,33
Total	43	100

Tableau XXVI : Répartition des jumeaux en fonction du score d'Apgar.

Apgar	J1		J2	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Apgar =0	1	2,33	2	4,65
Apgar <7	4	9,30	4	9,30
Apgar ≥7	38	88,37	37	86,05
Total	43	100	43	100

Tableau XXVII : Répartition des jumeaux en fonction du poids.

Poids des jumeaux en grammes (g)	J1		J2	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Poids<2500g	22	51,17	23	53,49
2500g-3800g	15	34,88	14	32,56
>3800g	6	13,95	6	13,95
Total	43	100	43	100

Dans notre étude le plus petit poids a été **1345g** et le poids de naissance le plus élevé a été **3820g**.

Tableau XXVIII : Répartition des jumeaux en fonction de la taille

Taille des jumeaux à la naissance	J1		J2	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Taille ≤46 cm	27	62,79	24	55,81
Taille ≥47cm	16	37,21	19	44,19
Total	43	100	43	100

Tableau XXIX : Répartition des jumeaux en fonction du sexe.

Sexe des jumeaux	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Masculin	28	65,12
Féminin	15	34,88
Total	43	100

Tableau XXX : Répartition des jumeaux en fonction de la mortalité néonatale.

Mortalité Néonatale	J1 et J2	J1		J2	
		Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Oui		3	6,98	2	4,65
Non		40	93,02	41	95,35
Total		43	100	43	100

Tableau XXXI : Répartition des parturientes en fonction du type de délivrance

Type de délivrance	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Active	25	58,14
Artificielle	18	41,86
Total	43	100

**Tableau XXXII : Répartition des parturientes en fonction du type de
gémellité**

Type de gémellité	Effectif absolu	Pourcentage
Bichoriale- biamniotique	29	67,44
Monochoriale - biamniotique	12	27,91
Monochoriale -mono amniotique	2	4,65
Total	43	100

**Tableau XXXIII : Répartition des parturientes en fonction du type
d'hémorragie.**

Type d'Hémorragie	Effectif absolu	Pourcentage (%)
HDD	2	4,65
Total	2	4,65

Tableau XXXIV: Répartition des parturientes en fonction du pronostic maternel immédiat.

Pronostic maternel	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	39	90,70
Morbidité		
anémie	2	4,65
HDD	2	4,65
Total	43	100

**VI. COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

1.- Fréquence :

La fréquence enregistrée et rapportée dans ce travail ne concerne que le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Nous avons enregistré 7773 accouchements dans la salle d'accouchement au moment de la période d'étude s'étendant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005. Un total de 127 accouchements gémellaires ont été enregistrés soit une fréquence de 1,63%. La présentation de J1 en siège a été rencontrée dans 43 cas soit une fréquence de 33,86% de l'ensemble de la population des accouchements gémellaires.

Ce taux d'accouchement gémellaire avec J1 en siège est supérieur à certains taux d'études antérieures effectuées au Mali : Coulibaly M [39] 15,00% de la population des accouchements gémellaires ; Koné A [40] 17,48% .

Nôtre fréquence s'explique par le fait que le centre de santé de référence de la commune V est le plus grand centre de la rive droite du district de Bamako. Nôtre fréquence élevée pourrait être le fruit d'une sensibilisation réussie portant sur le transfert des grossesses à risques vers les structures sanitaires plus spécialisées.

2- Les antécédents Personnels de la femme

2-1 Antécédents obstétricaux

Dans notre série les grandes multipares ont représentées 48,84% de l'échantillon les multipares 25,58% ; pour les paucipares 11,63% et les primipares 13,95%.

On constate que le taux augmente au fur et à mesure que la parité augmente.

Cela nous permet d'affirmer que la multiparité est un facteur favorisant de la survenue de grossesse gémellaire comme l'attestent la plupart des auteurs.

COULIBALY M [39] a rapporté [39]: Grande multipare 44,5% ; Multipare 34,5% ; Nullipare 21,0%.

KONE A [40] a rapporté également [40]: 35,2% pour les multipares 29,7% pour les paucipares ;19,6% pour les primipares ; 15,5% pour les nullipares.

2-2 Antécédents médicaux

Dans notre étude l'hypertension artérielle (HTA) prédomine avec une fréquence de 13,95% des antécédents médicaux.

COULIBALY M [39] a rapporté une fréquence de 10,50% et 9,46% dans l'étude de Koné A [40].

2-3 Antécédents chirurgicaux

Dans notre étude 5 cas d'antécédents chirurgicaux ont été recensés dans la population des accouchements gémellaires avec J1 en siège. La césarienne était en tête avec 6,97% ; suivit de la myomectomie et de l'antécédent de cure de prolapsus avec chacun 2,33%.

Dans les études antérieures Coulibaly M [39] a enregistré 25 cas d'antécédents chirurgicaux soit 14 césariennes (7%) et Koné [40] a trouvé 15 cas d'antécédent chirurgicaux avec la césarienne en tête de 60%.

2-4 : Antécédents Familiaux

Dans notre étude 93,03% des parturientes avaient une notion d'antécédent familial de grossesse gémellaire. Ce taux affirme que le facteur familial reconnu par les auteurs est prédominant dans la survenue de grossesse gémellaire. Coulibaly M [39] a trouvé dans son étude 70% .

3- Histoire de la grossesse

3-1 : Diagnostic de la grossesse gémellaire

Dans notre étude 79,07% des grossesses gémellaires de la population de J1 en siège ont été diagnostiquées pendant les consultations prénatales contre 20,93% au cours de l'accouchement.

Parmi les 34 grossesses gémellaires diagnostiquées, l'échographie prédomine avec 55,81% pendant les consultations prénatales, 23,26% ont été décelées cliniquement. Sans doute l'échographie est l'examen de choix pour le diagnostic de la grossesse gémellaire là où elle existe. Dans l'étude de Coulibaly M [39] 39,5% des grossesses gémellaires ont été détectées à l'échographie et 13,5% à la clinique.

Dans l'étude de Koné A [40] 39,2% des grossesses gémellaires ont été détectées à l'échographie et 23,6% cliniquement.

3-2 Suivi de la grossesse

3-2-1 Période de la première consultation Prénatale (CPN)

Chez les 34 parturientes ayant effectué des consultations prénatales 21 parturientes soit **61,76%** étaient venues faire leur 1^{ère} CPN au 1^{er} trimestre de la grossesse.

Dans l'étude de Coulibaly M [39] 53% sont venues au 2^{ème} trimestre de la grossesse.

Koné A [40] a trouvé **61,5%**.

4-Accouchement

4-1 Mode d'admission

Dans notre étude 76,74% sont venues d'elles mêmes, 23,26% parturientes relevaient des références/ évacuations. Ce taux de 23,26% s'explique par le fait que l'accouchement gémellaire est un accouchement dont la prise en charge doit se faire en milieu spécialisé à cause de ses risques.

Coulibaly M [39] a trouvé 30% dans son étude et Koné A [40] 20,3%.

4-2 Terme de la grossesse

Au cours de notre étude nous avons trouvé :

30,23% d'accouchement Prématuro ;

67,44% d'accouchement à terme et 2,33% d'accouchement post terme.

Ces taux confirment que l'accouchement prématuré est l'un des risques principaux des grossesses gémellaires.

Coulibaly M [39] a trouvé 27% d'accouchement prématuré ,73% d'accouchement à terme.

Koné A [40] a trouvé 41,2% d'accouchement prématuré, 23%

d'accouchement à terme.

4-3 Phase du travail d'accouchement à l'entrée

Au terme de notre étude nous avons décelé que 37,21% des parturientes sont venues à la phase de latence ; 48,84% pendant la phase active ; et 13,95% à la phase expulsive. Les résultats ont montré que nos parturientes venaient tardivement dans la salle d'accouchement faute de moyens de transport et financiers pour certains, et par négligence pour d'autres.

Dans l'étude de Coulibaly M [39] 3,5% des parturientes sont venues à la phase de latence et 96,50% à la phase active.

4-4. Etat de la poche des eaux à l'entrée

Dans notre étude 74,42% des parturientes sont venues avec la poche des eaux rompue contre 25,58% intacte. Ces résultats nous montrent que la gémellité est une grossesse au potentiel de rupture prématurée des membranes élevé ; et cela à cause de la surdistention utérine qu'elle occasionne. Coulibaly M D [39] a trouvé que 62,5% des parturientes

étaient venues avec une poche des eaux rompue contre 37,5% avec la poche.

4-5- Présentation des fœtus l'un par rapport à l'autre à l'accouchement

Dans notre étude le 1^{er} jumeau en présentation du siège et le 2^{eme} jumeau en présentation du sommet étaient plus fréquentes avec un taux de 58,14% puis la présentation des deux fœtus en siège avec une fréquence de 37,21%. La présentation du 1^{er} jumeau en siège représentait 33,86% de l'ensemble des accouchements gémellaires pendant la période d'étude. Dans l'étude de Coulibaly M [39] on retrouve 15% pour l'ensemble des présentations de J1 en siège. Koné [40] rapporte 17,45% de présentation en siège du 1^{er} jumeau.

4-6- Souffrance Fœtale Aiguë (SFA)

Dans notre étude elle a représenté 11,67% pour le 1^{er} jumeau. L'étude faite par Coulibaly M [39] a trouvé 3,5% pour le 1^{er} jumeau et 10,5% pour le 2^{ème} jumeau. On constate dans notre étude que le pronostic des nouveau-nés en présentation du siège du J1 était meilleur au cours des accouchements et cela du fait de la pratique systématique de l'épisiotomie quand le siège était engagé puis une perfusion de syntocinon pour achever rapidement l'accouchement afin d'éviter la souffrance.

4-7 Mode d'accouchement

4-7-1 Accouchement par voie basse

Au terme de notre étude nous avons fait 26 accouchements gémellaires avec J1 en siège par voie basse soit une fréquence de 60,47%.

Au cours de ces accouchements la manœuvre de Bracht a été la plus utilisée pour l'accouchement du 1^{er} jumeau soit 84,86% suivie par la manœuvre de Mauriceau 3,85%. Ces taux s'expliquent par le fait que

l'accouchement en présentation du siège fait appel souvent à des manœuvres obstétricales.

4-7-2 Césarienne

Dans notre étude la césarienne a représenté 39,53% des accouchements gémellaires avec J1 en siège.

Coulibaly M [39] trouve 17,5% des accouchements gémellaires et Diall [10] trouvé 8,7%.

4-7-3 Indications de Césarienne

Au cours de notre étude la présentation du 1^{er} jumeau en siège chez la primipare était l'indication la plus fréquente avec 35,30% suivie par la présentation de j1 en siège sur utérus cicatriciel avec une fréquence de 17,65%.

Dans l'étude de Coulibaly M [39] la dilatation stationnaire était l'indication la plus fréquente avec 28,5% suivie par la souffrance fœtale aiguë avec 20%.

Dans l'étude de Koné A. [40] la présentation du siège du premier fœtus a été la plus fréquente avec 12,5% suivie du bassin dystocique et la souffrance fœtale aiguë avec une fréquence de 10% pour chacune des deux indications.

5- Pronostic Foetal Immédiat

***Score d'Apgar :** Le score d'Apgar est un ensemble de paramètres vitaux permettant d'apprécier l'état du nouveau-né à la première minute puis à la cinquième minute. Il reflète le pronostic immédiat du nouveau-né dès les cinq premières minutes.

- Score d'Apgar de J1 :

Au cours de notre étude 88,37% des premiers jumeaux avaient un score d'Apgar ≥ 7 ; 9,30% des J1 avaient un score d'Apgar < 7 ; 2,33% des premiers jumeaux étaient des mort-nés

On constate que le score d'Apgar du premier jumeau était meilleur dans la plupart des cas. La mortalité du premier jumeau et de son score d'Apgar <7 s'explique par le fait que ces parturientes arrivaient dans la salle d'accouchement en retard (dilatation parfois très avancée). Elles n'ont donc pas bénéficié d'une surveillance obstétricale du travail d'accouchement permettant de détecter une éventuelle souffrance fœtale aiguë.

- Score d'Apgar de J2 :

Dans notre étude 86,05% des J2 avaient un score d'Apgar ≥ 7 ; 9,30% avaient un score d'Apgar < 7 et 4,65% des deuxièmes jumeaux étaient des mort-nés. On constate que le score d'Apgar du premier jumeau était meilleur à celui du deuxième jumeau. La baisse du score d'Apgar des J2 comparativement à celui des J1 pourrait s'expliquer par :

- J2 subit les contractions utérines ayant abouti à l'accouchement de J1 et ses propres contractions aboutissant à sa naissance.
- Après l'accouchement de J1 on peut assister à un décollement placentaire pouvant retentir négativement sur le pronostic de J2 surtout s'il s'agit d'une présentation monochoriale.

Dans l'étude de Coulibaly M [39] 78,5% des premiers jumeaux avaient un score d'Apgar ≥ 7 et 76,5% des seconds jumeaux avaient un score d'Apgar ≥ 7 .

Chez Koné A. [40] 89,2% des premiers jumeaux avaient un score d'Apgar ≥ 7 . Nous constatons que le pronostic de nos jumeaux est meilleur à celui des études antérieures où la plupart des J1 était en présentation céphalique.

6- Poids des nouveau-nés

Dans notre étude le poids moyen pour le premier jumeau a été de 2205g. Coulibaly M [39] avait trouvé 2100g.

Nous avons constaté qu'au cours de notre étude que 51,17% des premiers

jumeau avaient leur poids inférieur à 2500g.

Pour le deuxième jumeau le poids moyen a été 2315g.

Coulibaly M [39] trouve un poids de 2222g.

De même nous avons constaté que la majorité des deuxièmes jumeaux ont eu un poids inférieur à 2500g également. Au cours de notre étude nous avons enregistré un taux de prématurité de J1 à 53,49%.

Coulibaby M [39] trouve un taux de petit poids de naissance de 55% pour le premier jumeau et de 60% pour le deuxième jumeau.

Dans l'étude de Koné A. [40] le petit poids de naissance était de 65,5% pour le premier jumeau et 67,66% pour le deuxième jumeau.

7- Type de gémellité

Dans notre étude nous avons enregistré :

- 4,65% du type monochoriale monoamniotique.

Coulibaly M [39] et Koné A [40] avaient trouvé respectivement 10% et 8,8%.

- 27,91% du type monochoriale bi amniotique .

Coulibaly M [39] avait trouvé 25% et 17,5% pour Koné A [40].

- 67,44% du type bichoriale biamniotique. Il était le plus fréquent.

Coulibaly M [39] avait trouvé 65% et 70,9% pour Koné A [40] .

8- Délivrance

8-1- Type de délivrance

Dans notre étude deux types de délivrance ont été faites. La délivrance a été dirigée dans 58,14% et a été artificielle dans 41,86%. Dans l'étude de Coulibaly M [39] 81% des délivrances étaient dirigées et artificielles dans 19%.

Koné A [40] rapporte 66,2% de délivrances dirigées et 33,1% de délivrances artificielles.

8-2 Hémorragie de la délivrance

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

Dans notre étude il y a eu deux (2) cas d'hémorragie de la délivrance soit 4,65% par atonie utérine malgré la prévention par l'administration

continue de syntocinon juste après l'expulsion de J2 et dans le post partum immédiat. Notre taux d'hémorragie de la délivrance est faible et cela s'explique par le fait que les parturientes bénéficiaient systématiquement une perfusion continue d'ocytocique après l'accouchement quelque soit le mode de délivrance opérée. Cela favorisait une rétraction utérine nous permettant de prévenir ces hémorragies.

Dans l'étude de Coulibaly M [39] la fréquence des hémorragies de la délivrance était à 25,5% et 33,1% dans la série de Koné A[40].

9- Pronostic maternel

Au cours de notre étude aucun cas de décès maternel n'a été enregistré suite à un accouchement gémellaire. Par contre le pronostic était réservé dans 9,30% cela par deux (2) cas d'hémorragie de la délivrance soit 4,65% et deux (2) cas d'anémie sur grossesse gémellaire. L'hémorragie de la délivrance était due à une atonie utérine malgré la perfusion continue de syntocinon et l'anémie était d'origine carencielle. Le pronostic était bon dans 90,70% des accouchements.

Dans l'étude de Coulibaly M [39] l'état de morbidité était défini par l'hémorragie de la délivrance soit 25,5% et la toxémie gravidique 4%.

VII. CONCLUSION

ET

RECOMMENDATIONS

1- Conclusion

Au terme de notre étude qui s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005 soit une durée de douze (12) mois nous pouvons retenir :

-une fréquence de gémellité de 1,63% avec une fréquence de J1 en siège à 33,86% de l'ensemble des accouchements gémellaires.

-la tranche d'âge des parturientes la plus représentée était comprise entre 20-30ans avec une fréquence de 69,77%.

-L'échographie a beaucoup servi à poser le diagnostic de grossesse gémellaire avec une fréquence de 55,81%.

-48,84% de nos parturientes avaient fait correctement leurs consultations prénatales.

-La voie d'accouchement la plus utilisée a été la voie basse. La césarienne a représenté 39,53% des accouchements dont la principale indication était la présentation du 1^{er} jumeau en siège chez la primipare avec une fréquence de 35,30%.

-Vingt trois (23) accouchements prématurés soit 53,49%.

-Nous n'avons enregistré aucun décès maternel en rapport avec l'accouchement gémellaire.

2- Recommandations

Pour améliorer le pronostic maternel et celui des jumeaux nous avons préconisé les mesures suivantes :

A- A l'endroit de la communauté :

- 1- Assurer une éducation sanitaire à l'endroit des gestantes visant à les inciter à une plus grande assiduité dans les consultations prénatales.
- 2- Réduire le temps des activités physiques au cours de la grossesse surtout gémellaire.
- 3- Renoncer aux accouchements à domicile en générale et gémellaire en particulier.

B- A l'endroit des agents de santé

- 1- Offrir aux populations des soins prénatals de bonne qualité.
- 2- Préconiser au cours de l'accouchement la présence d'un obstétricien compétent rompu aux manœuvres obstétricales, assisté d'un néonatalogue et d'un anesthésiste réanimateur.
- 3- Respecter toujours les règles de l'accouchement gémellaire.**
- 4-Surveiller rigoureusement les parturientes par l'utilisation d'un partogramme afin de dépister à temps toutes les dystocies survenant au cours de l'accouchement.
- 5-Réaliser l'accouchement du deuxième jumeau au plus tard 60mn après celui du premier.
- 6-Réaliser l'accouchement gémellaire au moins dans un centre de santé de référence en présence d'un obstétricien rompu aux manœuvres obstétricales.**
- 7-Prévenir l'hémorragie de la délivrance par l'administration continue des ocytociques juste après l'expulsion du deuxième jumeau et dans le post partum immédiat.**
- 8-Référer tout accouchement gémellaire à un gynécologue obstétricien avant tout début du travail d'accouchement.**

C- A l'endroit du Ministère de la Santé.

1-Doter tous les centres de santé de référence d'un appareil échographique à un prix raisonnable avec formation des agents à l'usage de cet appareil.

2-Doter tous les centres de santé communautaires d'ambulances médicalisées.

3-Encourager la formation continue des agents de santé.

4-Instituer une banque de sang au niveau des centres de santé de référence.

VIII. REFERENCES

1-Alain J, Cacduct T, Lalande J, Mane J:Urgence en garde de gynécologie et de la maternité Paris 1986 édition Malarin 86

2-Pessonnier A, Ko-kivok-yun P Fournie A:Grossesses gémellaires monochoriales, monoamniotiques ; Problème diagnostique. Risque évolutif. J gynécol. Obst Biol Reprod 1994;23:299-302. Masson, Paris 1994

3. Cristalli B, Stella V, Heid M, Izard V, Levardon M: La grande extraction de siège du deuxième jumeau avec ou sans version par manœuvres internes. J gynécol Obst Biol Reprod 1992 ;21 :705-707. Masson, Paris 1992.

4.Beatrice Blondel, Monique Kaminski:L'accouchement multiples en France . Jgynécol Obst Biol Reprod 1988 ;17 :1106-1107. Masson, Paris 1988.

5. Bider D, Korach J, Hourvitz A, Dulitzky M, Goldenberg M, et Al: Journal of Reproductive Med 1995;40(2):131-4.

6-Bodiagina V: Grossesses multiples, Précis d'obstétrique ed. Mir Moscou 1978.

7.Bottoms S:Delivery of the premature enfant. Clinical Obstétrics et gynecology 1995;38(4):780-9. Dec.

8. Chain W, Fraser D, Mazor M, Lerberman JR:Hypertensives disorders In Twin Médical et gemellologue 1995;44(1):31-9.

9. Codaccioni X, Vallat Rigotas, Subtil D, Vaast P, Puech F:Jumeaux triples quadruple : les problèmes prises en charge pratique des grossesses multiples, Point de vue de l'obstétricien. Profession Sage-femme ISSN 1251-9839;Fr A;DA.1995-12-No.20 ; PP 24-27 .Périodique.

10. Diall Nouhoum Gouro :Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement gémellaire dans les maternités du district de BAMAKO.Bamako ENMP ; 1986 Thèse Med. n°88-M-36.

11. Diarra Seydou : Accouchement gémellaire. Revue de la littérature et étude analytique de 123 cas au CHU de saison. Mémoire de fin d'étude DIS de gynécologue obstétrique. Nancy (France 1992).

12. Emile Papiernik, Dominique Cabrol, Jean Claude Pons : Obstétrique Médecine -Science. Flammarion ISBN.2.257.15045-7 1995-France

13. Emile papiernik, René Zazz, Jean Claude Pons, Monique Robin : Jumeaux ,triplets et plus. Ed. Nathan (Paris - France -1992-1995)

14. Fabrice Pierre, Jacques Bertrand : Surveillance d'une grossesse multiple. Memento-obstétrique Malienne 1994.

15. Garba H, Diakité S, Dicko E, Pleah T: Les siamois. Une curiosité scientifique à propos d'un cas rapporté à

l'hôpital Gabriel Touré Bamako. Le point Médical Périodique 1996 ;1 :6-10. Bamako 1996.

16. Detourris H, Henrion R, Delecour M: Grossesse gémellaire

Abrégé de gynécologie et d'obstétrique Paris 1975 ; 3^e éd. Masson 1975

17. Houlihan C, Kmuppel RA: Intrapartum management of multiples gestations. Clinics in Périnatology. 1996 ;23(1):91-116.

18. Jacques P, Isabelle C, Jean B: Grossesses gémellaires Embryologie Humaine P.87-97 Malarione 1973.

19. Pons JC, Frydman R :Les grossesses quadruples : Prise en charge et évolution obstétrico- pédiatrique . J gynécol obstét Biol Reprod 1992 ;21 :557-562. Masson, Paris 1992.

20. Lansac J, Body G : L'accouchement des grossesses multiples

Pratique de l'accouchement ; Paris-France 1988

21. Lansac J, Berger C, Magnin : Diagnostic d'un utérus très gros

Obstétrique pour le praticien. 2^e ed Paris France 1990.

22. Billon JM, Claudot A, Loumaye E: Rupture prématurée des membranes dans les grossesses multiples. Extraction active, echo-guidée du fœtus et poursuite de la grossesse. J gynecol Obstét boil Reprod 1991; 30:717-722.. Masson, Paris 1991.

23. Kouam L, Kamdom-Moyo J: Les facteurs de risque foetal dans les accouchements gémellaires. Une analyse critique 90(3) :155-62 ; Discussion 162-3-1995-Mai.

24. Lenain L, Subtil D, Guerin B, Carpetin F, Querleu D, et Al: Evolution inattendue d'un syndrome transfuseur- transfusé à propos d'un cas. J gynecol obst Biol Reprod 1994 ;24 :899-900. Masson Paris 1994.

25. Magnin G :Versions obstétricales. Edition - Techniques Encycl. Med Chirur (Paris -France). Obst ;5-098-10,1994. 7. P.

26. Dommerge M, Aknin J, Ouloz PB, Band IN, Lewin F, et Al: Pour le club francophone de médecine foetale. Réduction embryonnaire dans le cas d'une grossesse quadruple. J gynécol Obst Biol Reprod 1994;23:415-418. Masson Paris 1994.

27. Merger :Les grossesses multiples. Précis d'obstétrique ed 1979.

28. Mina Kami H, Sato I:Reestimating date of delevary in multifetal pregnancies. Jama 275(18):1432-4.1996 May 8.

29. Mina Kami H, Kimura Y, Tamada T, Sato I: When is the optimal time for delivery , Purely from the fetuse's perspective.

Gynecologic et obstétric - investigation. 40(3):174-8.1995.

30. Olantumbo Sun OA, Turnell RW, Sankaran K: Delayed interval delivery in quadruplets. International journal of gynecology and obstétric.50(3):287-90.1995-Sep.

31. Pranchev N: Difficulties in the obstetrical management of the delery of twins.Akusherstvo i ginekologiiia 34(3):69, 1995.

32. Peach F, Codaccioni X, Hubert D, ET Vaastp: Grossesses gémeillaires et multiples: l'accouchement Ed. Techniques-Encycl-Med -Chirur (Paris -France). Obstétrique 5-049-D-45-1993-5P.

33. Roger Vokaer, Barrat J, Bossard H, Lewin D, Renaud R: Les grossesses multiples. Traité d'obstétrique Tome I P -616-644. Masson Paris 1983.

34. Ruf H, Conte M, Franque, Balne JP : L'accouchement prématuré.

Encycl. Med. Chirur. (Paris -France) obstétrique;507-6A-1988 ;22p.

35. Abossolo T, Dancoisne P, Tuaillo J, Orrvain E, Sommer JC, et Al :

Diagnostic ante natal précoce de jumeaux céphalo-thoracopages Asymétriques. J gynécol Obst Biol Reprod. 1994 ;23 :79-84. Masson Paris 1994.

36. Thiero Mohamed : Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'HGT (a propos de 160 cas). Thèse Med Bamako 1995 n°95-M-17

37. Virenque V, Hedan B, Chinchole JM, Boulot P, Marchal J, et Al :

Rupture spontanée du foie au cours d'une grossesse triple obtenue par fécondation in vitro. J gynécol Obst Biol Reprod. Vol 20-n°2. 1991. P.249-252.

38. Ziegler WF, Welgoss J: Delayed delivery a triplet pregnancy without surgical intervention a case report. American journal of perinatology: 191-3 1996.

39. Coulibaly Moussa Diani : Accouchement gémellaire au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako (à propos de 200 cas). Thèse Med Bamako 2004. n°04-M-100

40. Koné Assétou ép. Dembélé : Grossesses et accouchements multiples dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point G. Thèse Med Bamako 2001. n°01-M-12.

41. Sangaré Sory : Aspects épidémiologiques et pronostiques des accouchements gémellaires au service de gynécologie obstétrique et

d'andrologie du CHU de BOUAKE du 1^{er} Janvier 1997 au 31 Décembre 2001(à propos de 614 cas).Thèse Med de BOUAKE 2004.

IX. ANNEXES

QUESTIONNAIRE : PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE AVEC J1 EN SIEGE DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V.

I. IDENTIFICATION :

Numéro fiche ____/

Année ____/

1-Age /____/ ans.

2-Provenance

3-Ethnie.....

4-Profesion conjoint.....

5-Niveau d'instruction de la femme.....

6-Statut matrimonial.....

7-Profesion de la femme.....

II. ANTECEDENTS FEMMES :

GYNECOLOGIQUES :

8-Traitement stérilité____/ 1=médical 2=chirurgical 3=autre

OBSTETRICAUX :

9-Parité____/ 1= primipare 2=paucipare 3=multipare 4=grande multipare

10-Intervalle inter gènesique____/ 1=inf à 1an ; 2=entre 1 à 2ans ; 3=sup ou égal à 2 ans ; 4= autre

11-Nombre d'accouchement gémellaire.....

MEDICAUX :

12- HTA____/ 1=oui ; 2=non

13-Diabète____/ 1=oui ; 2=non

14-Drepanocytose____/ 1=oui ; 2=non

15-Autre notion de prise de pilule.....

CHIRURGICAUX :

16-Myomectomie____/ 1=oui ; 2=non

17-Cure GEU ____/ 1=oui ; 2=non

18-Césarienne ____/ 1=oui ; 2=non

19-Cure prolapsus ____/ 1=oui ; 2=non

20-Kystectomie ____/ 1=oui ; 2=non

21-Autres.....

FAMILIAUX :

22-Gémellité dans la famille de la femme: 1=oui à préciser
2=non

23-Gémellité dans la famille du conjoint: 1=oui à préciser
2=non

III DIAGNOSTIC :

24- Avant le travail.....

24a- A l'écho

24b- A la clinique

25- au cours du travail

IV. DEROULEMENT DE LA GROSSESSE :

26- Hauteur utérine normale.....

27- Hauteur utérine excessive.....

28- CPN_____/ 1=oui ; 2=non

29- Nombre de CPN_____/ 1=inf à 4 ; 2=sup ou égal à 4

30- Période du 1°CPN: 1=1érT ; 2=2SmT ; 3=3SmT ; 4=autre à préciser.....

V- ACCOUCHEMENT :

31-Mode d'admission ___/ 1=venue d'elle même ;
2=référée ;3=autre.....

32-Terme grossesse ___/1=inf à 37SA ; 2=37 à 42 3=42SA.....

33-Niveau de la dilatation du col à l'entrée ___/cm

34-Poche des eaux rompues_____/ 1=oui ; 2=non

35-Aspect du liquide_____/ 1=clair, 2=teinté, 3= hémorragique,
4=méconial, 5=autre

PRESENTATION :

36- Présentation J1 ___/ 1=céphalique, 2=siège, 3=transverse, 4=autre

37- Présentation J2___/ 1=céphalique, 2= siège, 3=transverse , 4= autre

38-Procidence J1 ___/ 1=bras, 2=cordon

39-Procidence J2 ___/ 1=bras, 2=cordon

40-Souffrance fœtale aiguë J1___/ 1=oui, 2=non

41-Souffrance fœtale aiguë J2___/ 1=oui, 2=non

42-Mort in utero J1___/ (oui/non) préciser la cause si possible

43-Mort in uteroJ2___/ (oui/non) préciser la cause si possible

MANŒUVRE et/ou INTERVENTION :

44-Version par manœuvre interne J1___/ (1=oui, 2=non, 3=autre)

45-Manœuvre de BRACHT J1___/ (1=oui, 2=non, 3=autre)

- 46-Manœuvre de MAURICEAU J1____/ (1=oui, 2=non, 3=autre)
47-Grande extraction du siège J1____/ (1=oui, 2=non, 3autre)
48-Forceps J1_____/ (1=oui, 2=non, 3=autre)
49-Césarienne J1_____/ 1=oui, 2=non, 3=autre à préciser.....

- 50-Version par manœuvre interne J2____/(1=oui, 2=non)
51-Manœuvre de BRACHT J2____/ (1=oui, 2non)
52-Manœuvre de MAURICEAU J2____/ (1=oui, 2=non)
53-Grande extraction du siège J2____/ (1=oui, 2=non)
54- Forceps J2 _____/(1=oui, 2=non)
55- Césarienne J2 _____/ (1=oui, 2non)
56-Autres à préciser.....

MOTIF DES MANŒUVRES ET OU INTERVENTIONS= INDICATIONS :

- 57-SFA
58-J2 en présentation de l'épaule
59-Placenta praevia hémorragique
60-Dilatation stationnaire
61-Retard à l'expulsion
62-Autre à préciser.....

ETATS DES NOUVEAUX NES A LA NAISSANCE :

Pour J1

- 63-Apgar=0
64-Apgar inf à 7
65-Apgar sup. à 7

Pour J2

- 66-Apgar=0
67-Apgar inf à 7
68-Apgarsup à 7
69- Intervalle de temps entre J1 et J2 _____/ min
70a- Poids J1 (1= poids inf à 2500g, 2=poids entre 2500et 4000g, 3=poids sup à 4000g.
70b- Poids J2 ____/ (1=poids inf à 2500g, 2= poids entre 2500et 4000g, 3=poids sup. à 4000g)
71a- Taille J1____/(1=taille inf à 50cm, 2= taille sup à 50cm
71b Taille J2 ____/(1= taille inf à 50cm, 2=taille sup à 50cm
72a- Sexe J1 ____/ (1=masculin, 2= féminin, 3= autre
72b- Sexe J2 ____/ (1= masculin , 2=féminin, 3= autre

- 73a- Mort néonatale J1____/(1=oui, 2=non)
73b-Mort néonatale J2 (oui ou non)
74a- Malformation J1 _____/ (1=oui, 2=non)
74b-MalformationJ2 (1=oui, 2non)
75a- Accident trauma J1____/(1=oui, 2 =non)
75b-Accident trauma J2 ____/ (1=oui, 2=non)
75c-Si oui à préciser.....

DELIVRANCE :

- 76- Type de délivrance____/(1= spontanée 2=artificielle)
77-Nombre de placenta____/
 placenta monochorial monoamniotique ____/ (1=oui, 2=non)
 placenta monochorial biamniotique
 Placenta bichorial biamniotique
78-Pronostic Maternel ____/ 1=bon, 2=Morbidité, 3= Mort Eternel
78a- Si hémorragie de la délivrance à préciser.....
78b- Si lésion des parties molle à préciser.....
78c- Autre à préciser.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : IBRAHIMA

Titre de la thèse : «Pronostic de l'accouchement gémellaire avec J1 en siège au centre de santé de référence de la commune V de Bamako (A propos de 43 cas.)»

Année universitaire : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie, et d'odonto-stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie et obstétrique.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005 soit une année. Elle a porté sur 43 cas d'accouchements gémellaires avec J1 en siège sur un total de 127 accouchements gémellaires soit une fréquence de 33,86%.

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec une fréquence de 88,37%.

La tranche d'âge de 19-34 ans a été représentée dans 69,77%.

Le facteur héréditaire est présent chez 93,03% des couples de grossesses gémellaires.

La majorité des parturientes étaient des multipares.

Mots clés : Pronostic materno-fœtal - accouchements gémellaires - J1 en siège - gynécologie obstétrique.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE je promets et je 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 religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la 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 donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les gens m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !