

MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2008-2009

REPUBLIQUE DU MALI



Un peuple Un but -Une foi

-----

Thèse N°...../

## TITRE

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT  
GEMELLAIRES A LA MATERNITE DE  
L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI.  
A propos d'une étude de cohorte de janvier 2008 au  
31 décembre 2008

## THESE

Présentée et soutenue publiquement le  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du  
Mali par : Monsieur **Youssouf HAIDARA**  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

**Président:** Pr. DIAKITE Salif

**Membre:** Dr TRAORE Youssouf

**Co-directeur de thèse:** Dr KANE Famakan

**Directrice de thèse:** Pr. SY Assitan SOW

**DEDICACE  
ET  
REMERCIEMENTS**

## **DEDICACE :**

Je dédie ce travail à :

- Allah le Tout Puissant et miséricordieux de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études. Je te prie de me guider toujours vers le droit chemin.
- Ma mère Aïssata dite Sadio Cissé : les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Tu as consenti beaucoup d'efforts pour la réussite de mes études. Tes conseils m'ont toujours servi de guide. Reçois ici l'expression de ma reconnaissance et de mon affection. Ce travail est le tien.
- Mlle Fatoumata Y Boré dite Hawoye : merci pour l'amour que tu m'as toujours témoigné. Les mots me manquent pour te qualifier. Je te demanderai d'être patiente et courageuse. Je prie le bon Dieu qui nous a guidés l'un vers l'autre d'éclairer le chemin que nous avons choisi de parcourir ensemble. Que ce travail soit considéré comme le tien.
- Ma tante feu Bella Coulibaly : l'amour que tu m'as donné est celui d'une mère à un fils. J'aurais souhaité que tu sois avec nous aujourd'hui mais la mort est venue prématurément. Dors en paix.

## **REMERCIEMENTS :**

Je remercie :

-Mon père Hammadoun Haïdara : tu nous as appris depuis le bas âge que seul le travail libère l'Homme. Considère ce travail comme le tien.

- Ma tante Kadidia Haïdara.

- Mes frères : Amadou, Adama, Mamadou dit Harber et Bocar.

-Mes sœurs : Hawa, Mariam et Djeneba.

-Ma tante Sadio Diallo à Sévaré.

-Coumba Kiro Traoré à Konna.

-Mes amis à Medina- coura : Abdrahamane Maïga, Cheickna Sissoko, Boureïma Keïta et Youssouf Touré : je vous dis merci pour le sentiment amical qu'on a partagé. Notre amitié a été un exemple à Medina- coura. Ce travail est le vôtre.

-Mes amis de la FMPOS : Mohamed S Théra, Sidiya Maïga, Adama Bagayoko, Sambou Soumaré, Mamadou Sidibé, Youssouf Coulibaly, Ibrim Traoré, Oumar Koné, Bacary Mariko Djibril Traoré et Jacques Saye plus que des amis vous avez été pour moi des frères.

-Djelika Ballo au Point G ;

-Mes encadreurs : Dr Kané Famakan, Dr Coulibaly Pierre M, Dr Mayda et Dr Elvis. Vous m'avez donné l'amour de la fonction médicale. Je suis très fier de l'encadrement que j'ai reçu de vous. Merci pour vos conseils et la qualité de l'encadrement.

-Mes aînés du service :

Dr Guirou Boukary,

Dr Coulibaly Adama,

Dr Cissé Sékou A,

Dr Kané Chebou,

Dr Cissouma Souleymane,

Dr Konaré Fousseyni,

Dr Dolo Kounindiou,

Dr Berthé Clément.

pour vos soutiens et votre bonne collaboration.

-Tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique : Mme Togo Fatoumata Tolo et toutes les autres Sages femmes et Infirmières obstétriciennes pour votre bonne collaboration, le service a été pour moi une famille.

-Mes collègues faisant fonction d'interne de l'hôpital Sominé Dolo :

Mme Maïga Ramata Maïga,

Mme Keïta Assaïta Sougoulé,

Mme Konipo Oulématou Kankou Sow,

Aboubacar Karembé,

Mountaga Tall,

Modibo Kane Keïta,

Bacary Coulibaly.

pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

-Mes cadets faisant fonction d'interne :

Moïse Djerma,

Boureïma Dembélé,

Ibrahim Cissé.

pour le respect et la considération.

-Tous les externes du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti particulièrement Djinguina Koïna, Issa Sy et Nene Konipo.

Je vous souhaite courage et abnégation.

-Tous les médecins de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : pour vos conseils et l'enseignement de qualité que j'ai bénéficié de vous dans la joie et dans le respect mutuel.

- La direction de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

-Tous les autres personnels de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : pour votre bonne collaboration pendant ce temps qu'on a passé ensemble.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **AUX MEMBRES DU JURY**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant d'apprécier ce modeste travail.

Vos remarques, vos suggestions et vos critiques contribueront à l'amélioration de ce travail.

Soyez rassurés de notre sincère reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur DIAKITE Salif**

- **Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à la FMPOS ;**
- **Professeur de gynécologie obstétrique au CHU Gabriel TOURE.**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider 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.

Au-delà du maître vous êtes un père par vos conseils.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

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

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr TRAORE Youssouf**

- Maître assistant à la FMPOS ;**
- Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel TOURE ;**
- Secrétaire général de la SOMAGO.**

Votre simplicité, votre abord facile, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations ont forcé notre admiration.

Nous espérons être à la hauteur de vos attentes.

Veillez recevoir l'expression de notre plus haute considération.

**A NOTRE MAITRE ET CO- DIRECTEUR DE THESE**

**Dr KANE Famakan**

**-Gynécologue obstétricien ;**

**-Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti ;**

**-Coordinateur du projet mère-enfant de Mopti.**

Cher maître,

L'assiduité, la ponctualité, la rigueur scientifique, le souci du travail bien fait, le respect de la vie humaine et le sens social élevé qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement et votre haute culture scientifique font de vous un maître aimé et admiré.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Cher maître, nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la qualité de votre formation.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE**

**Professeur SY Assitan SOW**

- Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à la FMPOS ;**
- Chef de service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako ;**
- Présidente de la SOMAGO (Société Malienne de Gynécologie Obstétrique) ;**
- Chevalier du mérite national de la santé du Mali.**

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directrice de thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la qualité de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Nous vous prions cher maître d'accepter nos sincères remerciements.

## LISTE DES ABREVIATIONS

Al = alliés.

ATCD = Antécédent.

BGR = Bassin Généralement Rétréci.

CHU= Centre Hospitalier Universitaire

Cm = Centimètre.

CPN = Consultation Périnatale.

CSRef= Centre de Santé de Référence

CUD= Contractions Utérines Douloureuses

Dr = Docteur.

FIV = Fécondation In Vitro.

FMPOS = Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

FSH = Folliculo Stimulating Hormone.

GEU = Grossesse Extra Utérine

Gr = Gramme.

Hg = Mercure.

HRP = Hématome Rétro Placentaire.

HTA = Hypertension Artérielle.

HU= Hauteur Utérine.

Kg : Kilogramme.

LA = Liquide Amniotique.

LH = Luthéinising Hormone.

MAP= Menace d'Accouchement Prématuro.

MFIU : Mort Fœtale In Utero.

Mm = Millimètre.

N = Effectifs.

NNE= Nouveau-né.

P = Probabilité.

PEE=Preéclampsie/Eclampsie.

PMA = Procréation Médicalement Assistée.

PPH = Placenta Praevia Hémmorragique.

RCIU = Retard de Croissance Intra Utérine.

RPM = Rupture Prématurée des Membranes.

SFA = Souffrance Fœtale Aigue.

SOMAGO = Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.

TRAP = Twin Reversed Arterial Perfusion.

USA = United States of America.

## **SOMMAIRES :**

<b>I-</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
<b>II-</b>	<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>19</b>
<b>III-</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>21</b>
<b>IV-</b>	<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>41</b>
<b>V-</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>48</b>
<b>VI-</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>75</b>
<b>VII-</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>81</b>
<b>VIII-</b>	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>83</b>
<b>IX-</b>	<b>REFERENCES.....</b>	<b>85</b>
<b>X-</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>91</b>

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION : 2

La grossesse gémellaire est la plus fréquente des grossesses multiples avec 928 cas sur 80000 accouchements soit une fréquence de 1,6 % [26].

Elle doit être considérée comme une grossesse à risque élevé.

La gémellité est une anomalie de reproduction dans l'espèce humaine.

L'étude de la grossesse gémellaire en milieu africain revêt un intérêt particulier à cause de sa fréquence élevée dans les communautés noires, des difficultés rencontrées dans son diagnostic et dans la surveillance des femmes enceintes

L'une des particularités rencontrées dans la gémellité est l'existence des monstres doubles.

L'accouchement gémellaire présente un certain nombre de caractéristiques toutes susceptibles de retentir sur le déroulement du travail et l'état des fœtus à la naissance avec un taux élevé de complications maternelles telles que prééclampsie/éclampsie ; HRP ; hémorragie de la délivrance et fœtales : prématurité ; retard de croissance intra utérine ; mort fœtale in utero.

Il implique la présence d'une équipe expérimentée, comprenant outre les sages femmes, un obstétricien compétent, un anesthésiste et un pédiatre.

De 1970 à 1980, les auteurs avaient encouragé la pratique de la césarienne lorsque le deuxième jumeau était en présentation vicieuse.

De récents travaux cependant n'ont pas rapporté un pronostic plus assombri quand le second jumeau est en présentation vicieuse et que l'accouchement est réalisé par la voie basse [24].

JILL et al [18] vont jusqu'à démontrer que l'extraction par le siège du second jumeau en présentation vicieuse apporte un meilleur pronostic fœtal et maternel par rapport à l'extraction céphalique après des manœuvres de version de ce jumeau.

L'expulsion du deuxième jumeau dans la procédure de routine est déclenchée au plus tard trente minutes après la sortie du premier jumeau [27].

Une prise en charge adéquate par le dépistage précoce, le suivi rigoureux et l'accouchement dans des structures spécialisées sont alors impératifs.

Par ailleurs, en Afrique noire, peu d'études sont consacrées aux problèmes posés par la gémellité même si près de la moitié des jumeaux naissent en Afrique [31]. La fréquence de la grossesse gémellaire est de 2,2 % en Afrique contre 1,1 % en Europe et 0,65% en Asie [7].

Au Mali, plusieurs études ont été consacrées à la gémellité: [9, 11, 12, 19, 21,34 35,36]. La dernière étude révèle que la fréquence moyenne de gémellité est de 3,97% à la maternité de l'hôpital de Gao [12].

A l'hôpital Sominé Dolo, aucune étude n'a été faite sur la gémellité. Nous avons alors initié celle-ci en nous fixant les objectifs ci après :

# **OBJECTIFS**

## **OBJECTIFS :**

### **1- Objectif général :**

Etudier la grossesse et l'accouchement gémellaires à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

### **2- Objectifs spécifiques :**

- Déterminer l'incidence de la grossesse gémellaire à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques.

- Déterminer les complications survenues au cours de la grossesse et l'accouchement gémellaires.

- Déterminer le pronostic maternel et fœtal ;

# **GENERALITES**

## **GENERALITES**

### **I -définition**

La grossesse gémellaire est le développement concomitant de deux fœtus dans la cavité utérine.

Les fœtus issus de cette grossesse peuvent avoir les mêmes patrimoines génétiques (œuf homozygote) ou des patrimoines génétiques différents (œuf dizygote) selon l'origine embryologique [25].

### **II 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.

La répartition du taux de gémellité varie avec les pays ; les pays développés avaient un taux de gémellité bien inférieur à celui de l'Afrique.

Depuis 1980 l'utilisation des agents inducteurs de l'ovulation et la fertilisation in vitro ont entraînés une hausse du taux de grossesse gémellaire [23].

Ainsi faudra t-il craindre l'augmentation des complications liées à la gémellité, à savoir : les jumeaux accolés, le syndrome transfuseur- transfusé, le jumeau évanescent...

#### **1- Jumeaux accolés**

Les premiers cas décrit dans la littérature sont nés en Armani en 945. Les plus célèbres ont été ENG et CHANG BUNKER nés en 1811 à Siam (nouvelle Thaïlande) d'où le nom « Siamois » attribué aux jumeaux accolés. Ils ont donné naissance à 21 enfants

#### **2- Syndrome Transfuseur- transfusé**

La première description est faite par l'allemand FRIEDRICH SCHATZ [3]. 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.

Ce syndrome transfuseur- transfusé est dû à un déséquilibre circulatoire entre les anastomoses vasculaires du placenta.

### **3- Jumeau évanescent**

Décrit initialement par STOECKEL en 1945 qui le définit comme la disparition ultérieure d'un ou plusieurs fœtus dans la grossesse multiple. Avec l'utilisation de l'échographie ce syndrome est plus fréquemment diagnostiqué depuis le début de la grossesse.

### **III- Etiologie**

#### **1-fréquence**

La grossesse gémellaire est de loin la plus fréquente des grossesses multiples.

Elle s'observe environ 10 fois sur 1000 accouchements en France [14]

La classique loi mathématique de HELLIN depuis 1885 donne la fréquence des grossesses gémellaires comme égale à  $1/89$  naissances.

#### **2- facteurs favorisants**

##### **-Facteurs héréditaires**

Il existe des familles de jumeau [13, 26, 37]. La fréquence accrue de la gémeinité chez les femmes ayant déjà accouché de jumeau est un argument en faveur.

La transmission familiale serait faite par l'intermédiaire d'une paire de gène chez les femmes. Les jumeaux viennent par famille et peuvent se répéter chez la même femme [14].

##### **-Facteurs raciaux**

Les constats révèlent que le taux de grossesse gémellaire est beaucoup plus élevé chez les africaines, intermédiaire chez les européennes et bas chez les asiatiques [13, 37].

En Amérique, le taux de grossesse gémellaire est plus élevé dans la population d'origine africaine que dans celle d'origine européenne. Ce phénomène est observé en Afrique du Sud [9].

##### **-L'âge**

L'âge de la mère est directement corrélé au risque de la grossesse gémellaire. En Europe, le pic de survenue d'une grossesse gémellaire se situe entre 35- 40 ans [13, 16, 29,37].

### **-Parité**

La fréquence de 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 [9, 13, 16, 37].

### **-Facteurs hormonaux**

Les hormones hypophysaires appelées gonadotrophines (FSH, 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 ovules peuvent être libérés ; ce qui engendre la grossesse gémellaire [13].

NYLANDE cité par VOKAER [37] a démontré que les mères de jumeaux Yoruba présentent à mi cycle des taux sanguins de FSH significativement plus élevés que le reste de la population et que 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 forte chance de faire une grossesse gémellaire.

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 [13].

### **-Facteurs nutritionnels**

L'état nutritionnel de la population semble avoir une grande influence sur le taux de grossesse gémellaire.

Au Nigeria, les femmes d'une ethnie vivant dans le milieu rural et se nourrissant de patate douce ont un taux de gémellité plus élevé de l'ordre de 6,2% ; par contre chez d'autre femme de la même ethnie mais vivant avec un régime alimentaire différent ; ce taux est de 1,5%. Ce qui montre que la patate douce contient une substance qui aurait les mêmes effets que les hormones œstrogéniques [29].

### **- Facteurs géographiques**

Au delà des facteurs ethniques, certaines régions semblent plus propices à la survenue de la grossesse gémellaire.

### **- Les saisons :**

Ce facteur dépend de la zone dans laquelle la femme se trouve. Au Canada on a un pic de naissance gémellaire pendant la période du mois d'Août au mois de Novembre avec un pic maximum au mois d'Octobre [29].

### **-La stimulation ovarienne :**

L'utilisation thérapeutique à des fins ovulatoires des gonadotrophines a entraîné la survenue de grossesses multiples et l'augmentation de leur taux dans certaines zones [13, 29, 37]. Au début de cette stimulation, le taux de grossesses multiples avait augmenté de façon considérable atteignant parfois 50% de ces grossesses. On a observé des grossesses au-delà de trois fœtus ; c'est ainsi qu'en Australie, il a été remarqué chez une femme la naissance de nonuplés en 1971 [29]. Il est donc conseillé de faire un examen échographique pour surveiller la croissance folliculaire avec dosage journalier des oestrogènes.

### **-La fécondation in vitro**

C'est une méthode de procréation médicalement assistée consistant à prélever un ovule chez une femme, à le féconder au laboratoire puis à le replacer dans la cavité utérine de la même femme ou d'une autre femme.

Les enfants issus de cette fécondation sont communément appelés « Bébés éprouvettes ».

Avec cette technique on a plus de chance lorsqu'on transfère un grand nombre d'embryon dans l'utérus. Ainsi en plaçant quatre embryons, on a plus de chance d'avoir une grossesse qu'avec trois embryons ainsi de suite. La survenue de grossesses multiples est liée au succès de cette méthode.

Certaines équipes pensent que la réduction embryonnaire peut être un moyen d'éviter la survenue de grossesse multiple au cours de la fécondation in vitro.

## **IV- Rappels embryologique et anatomique**

Il y a deux types de jumeau :

-Les jumeaux dizygotes appelés « faux jumeaux »,

-Les jumeaux monozygotes « vrais jumeaux ».

La disposition des membranes fœtales varie selon le type de jumeaux et selon le moment de la séparation chez les jumeaux monozygotes.

### **1- les jumeaux monozygotes**

Les jumeaux monozygotes proviennent d'un seul œuf fécondé ; ils représentent 30% des cas [10].

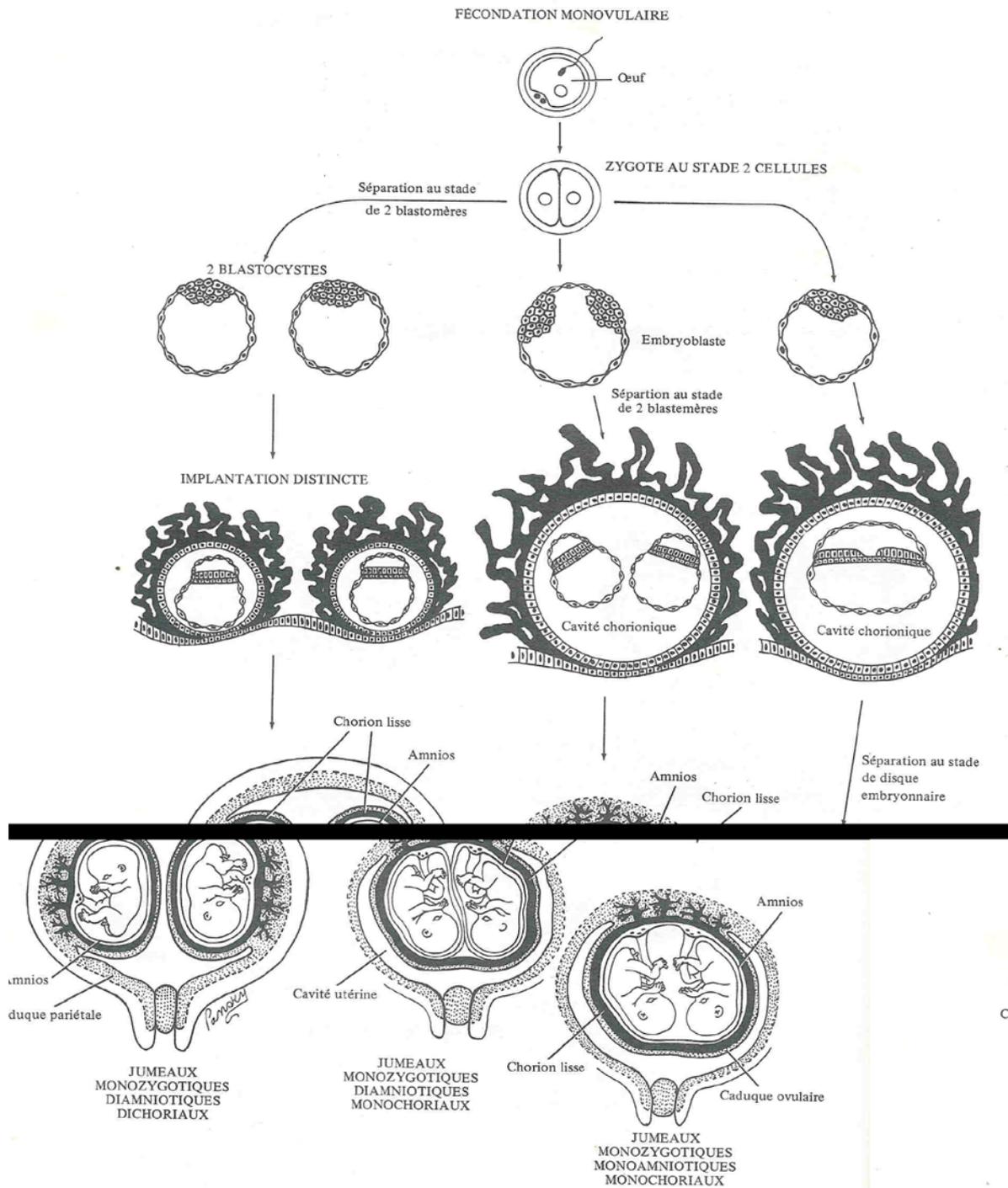


Fig n°1 : Mode de formation des jumeaux monozygotes

La fréquence est fonction de plusieurs facteurs :

-L'âge : la fréquence est élevée avant 18 ans et après 40 ans,

-Facteurs héréditaires : il semble que l'hérédité joue un rôle important dans la survenue de cette forme de grossesse. Ainsi on a des familles à grossesses monozygotes [29].

-L'état nutritionnel : d'après VOKAER R [37], une dénutrition jouerait un rôle important dans la genèse des grossesses monozygotes.

-La fécondation in vitro : la division de l'œuf peut survenir à trois stades différents du développement embryonnaire. Cette séparation se fait les 14 jours qui suivent la fécondation.

### **1-1- jumeaux uni- ovulaires, bi- choriaux, bi amniotiques**

La division peut être précoce, trois heures après les premières mitoses, aboutissant à la formation de deux ou plusieurs cellules filles appelées blastomères : c'est la division au stade de blastomères.

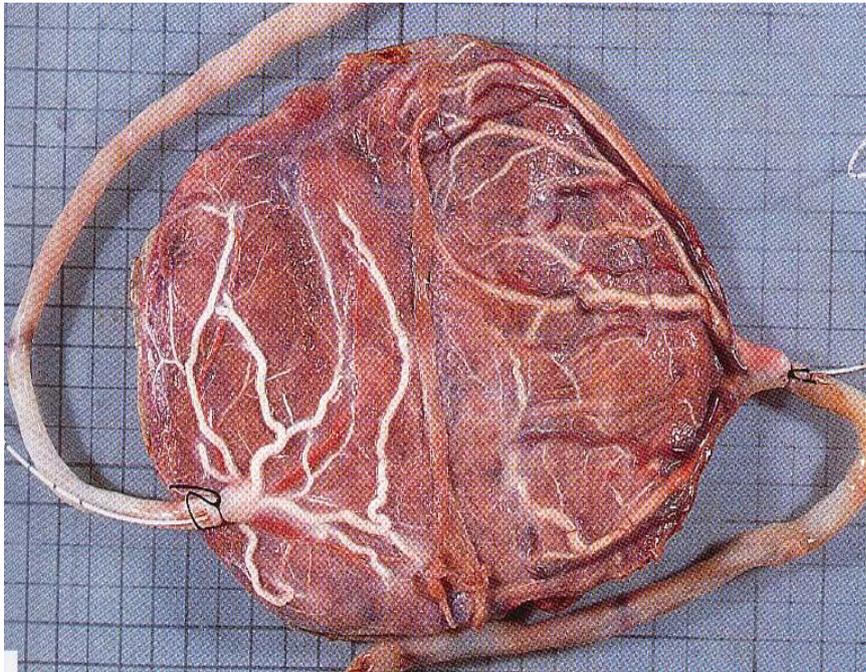
Chaque blastomère se comporte par la suite comme un œuf unique et développe son propre embryon et ses propres annexes embryonnaires.

Chaque embryon possède son placenta, son chorion et son amnios : c'est le mode de formation des jumeaux uniovulaires bi choriaux bi amniotiques. Les placentas peuvent être rapprochés ou éloignés les uns des autres. La disposition des membranes est la même que chez les jumeaux dizygotes mais le diagnostic de monozygotisme est fait sur la similitude des groupes sanguins, des empreintes digitales, le sexe et l'aspect physique extérieur. Cette forme représente 30% des cas [22].

### **1-2 -jumeaux uni- ovulaires, mono- choriaux, bi- amniotiques**

Au stade de blastocyste, l'œuf mesure 150 microns 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<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> jour après la conception par dédoublement du bouton embryonnaire ; séparant ainsi deux vésicules amniotiques, alors que le capuchon trophoblastique est unique [49, 50, 118,122]. Il en résulte donc que l'unité du placenta est foncière, primitive (**fig. n° 2**). Les membranes de l'œuf sont composées d'un

seul chorion et de deux amnios. Sur la cloison de séparation des deux œufs trouvée sur la face fœtale du placenta, on ne reconnaît pas quatre membranes comme dans la bi choriale, mais seulement deux amnios : c'est le mode de formation des jumeaux uni- ovulaires mono choriaux bi amniotiques qui sont de loin la plus fréquente et représentent 70% [29, 30].

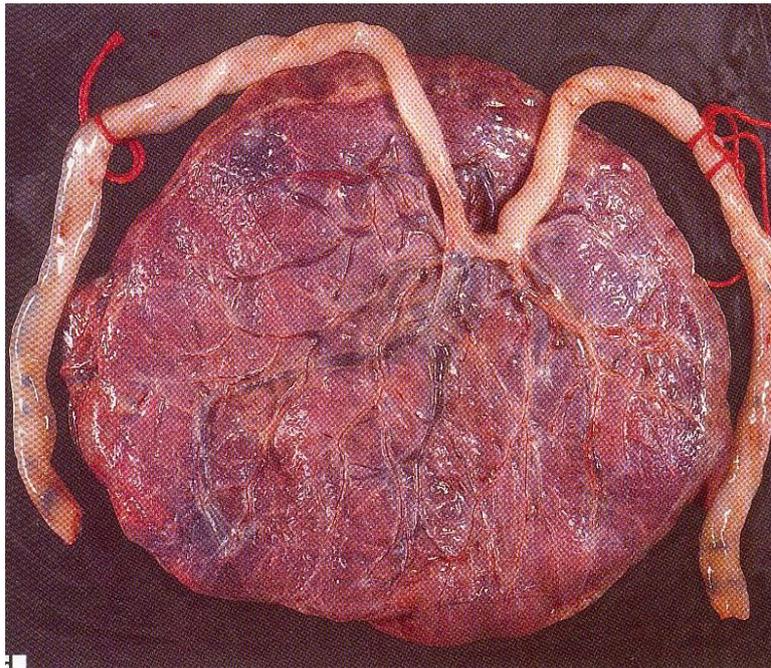


**Figure n°2 : Placenta de grossesse mono choriale bi amniotique. (D'après Biquard F [4]).**

### **1-3-jumeaux uniovulaires mono choriaux mono amniotiques**

La séparation survient au stade didermique vers la fin de la 2<sup>ème</sup> Semaines du développement embryonnaire, juste avant l'apparition de la ligne primitive. En ce moment la vésicule amniotique est déjà formée et la division se fait par dédoublement de la plaque embryonnaire. Ce mode de clivage aboutit à la formation des jumeaux uniovulaires mono choriaux monoatomiques.

Les deux fœtus se trouvent donc dans une même cavité amniotique et ne sont séparés par aucune membrane. Le placenta est unique, les cordons ont une insertion variable, soit ils sont au centre, côte à côte ; soit au niveau des extrémités



**Figure n°3 : Placenta de grossesse mono choriale mono amniotique.  
(D'après Biquard F [4]).**

## **2- Jumeaux dizygotes**

Résultent de deux ovules fécondés par deux spermatozoïdes distincts. Les deux zygotes ont une constitution génétique totalement différente et les deux jumeaux n'ont pas plus d'une ressemblance que des frères et sœurs d'âge différent.

Ils peuvent être de même sexe ou de sexe différent. Chaque zygote s'implante individuellement dans l'utérus et y développe son propre amnios et son propre chorion, ils sont dits bi choriaux bi amniotiques. Il existe deux placentas séparés par une zone membraneuse plus ou moins étendue. Cette zone est composée de quatre membranes : deux amnios et deux chorions. Parfois les deux placentas sont situés l'un au contact de l'autre et peuvent apparaître comme un seul placenta mais en comptant les membranes, on se rend compte qu'elles sont au nombre de quatre.

Le fait que les placentas sont côte à côte, il peut avoir un échange entre les fœtus permettant dans certains cas de faire des greffes d'organe sans rejet.

Les cordons s'insèrent en un point quelconque de chaque surface placentaire.

Les jumeaux dizygotes constituent la variété la plus fréquente des jumeaux ; les facteurs favorisants sont :

- l'hérédité : il existe des familles de grossesses multiples [13, 26, 37].
- la parité : [13, 29, 37],
- l'âge : entre 35 ans et 45 ans,
- stimulation ovarienne par utilisation des gonadotrophines.

### **2-1 Superfécondation**

C'est la fécondation rapprochée de deux ou plusieurs ovocytes par les spermatozoïdes de deux rapports sexuels différents pendant un même cycle. Elle est rare.

### **2-2-Superfoetation**

Fécondation de deux ou plusieurs ovocytes issus de deux cycles successifs.

Cette forme n'était pas reconnue comme possible dans l'espèce humaine mais un cas clinique a été rapporté [6].

### **3-Déséquilibre circulatoire**

En cas de grossesse mono chorale, il existe deux types d'anastomose vasculaire entre les circulations sanguines des deux jumeaux au niveau du placenta :

- anastomoses vasculaires superficielles ;
- anastomoses vasculaires profondes.

#### **3-1-anastomoses vasculaires superficielles**

Elles sont visibles sur la face fœtale du placenta. Elles se font entre les vaisseaux du même nom ; donc arterio- artérielles ou veino-veineuses.

#### **3-2-anastomoses vasculaires profondes**

Elles sont invisibles, intéressent les petits vaisseaux terminaux des villosités et sont arterio- veineuses. A partir de ces anastomoses trois systèmes de circulation sont décrits chez les jumeaux :

- les anastomoses normales entre les vaisseaux du fœtus n°1 ;
- les anastomoses normales entre les vaisseaux du fœtus n°2 ;

-les anastomoses anormales entre les vaisseaux du fœtus n°1 et ceux du fœtus n°2.

Bien que le placenta soit unique, l'irrigation sanguine de chaque jumeau est habituellement bien équilibrée mais l'existence de larges anastomoses peut entraîner des troubles circulatoires graves responsables du syndrome transfuseur- transfusé.

#### **4-Syndrome Transfuseur- transfusé**

Il résulte du déséquilibre circulatoire grave ; le transfuseur peut envoyer son sang au transfusé par voie artérielle (il est dit actif), soit laisser prendre son sang par voie veineuse (il est dit passif).

Le transfuseur est toujours maigre et hypotrophique, le transfusé est toujours gras et pléthorique souvent atteint d'anasarque et d'ascite.

Les deux œufs peuvent être normaux ou l'un des deux peut être hydramniotique.

Ce déséquilibre peut avoir tous les degrés :

-les deux fœtus peuvent mourir in utero et y être retenu.

-l'un des fœtus peut mourir et l'autre continuer à vivre.

Mais le plus souvent, le désaccord circulatoire a des conséquences moins graves. Les deux fœtus naissent vivants et bientôt rien ne les distingue plus.

Ce syndrome ne s'observe que dans les grossesses mono choriales bi amniotiques.

**Tableau I : comparaison entre le transfuseur et le transfusé : [4]**

<b>Transfuseur</b>	<b>Transfusé</b>
<b>R C I U</b>	<b>PLETHORIQUE</b>
<b>OLIGURIE</b>	<b>POLYURIE</b>
<b>INSUFFISANCE RENALE AIGUE</b>	<b>INSUFFISANCE CARDIAQUE de SURCHARGE</b>
<b>OLIGOAMNIOS/ANAMIOS</b>	<b>HYDRAMNIOS</b>
<b>ANEMIE</b>	<b>POLYGLOBULIE</b>

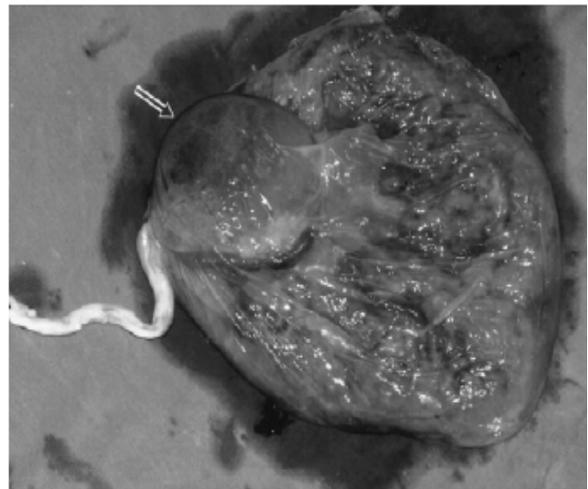
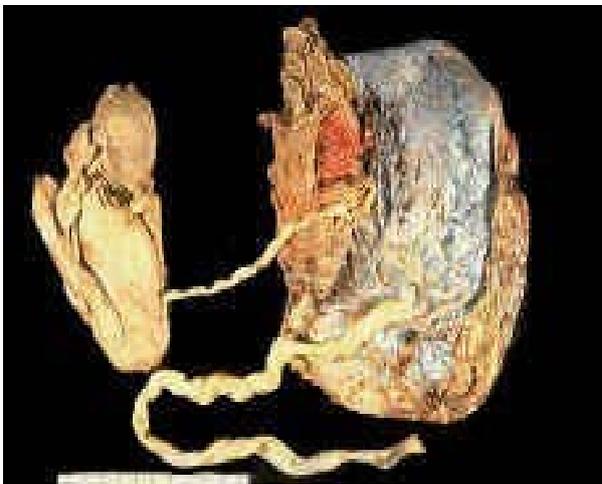


**Figure n°4: Syndrome transfuseur (b)- transfusé (a).  
(D'après Biquard F [4]).**

### **5-Syndrome du jumeau évanescent [8, 17, 20] :**

Le syndrome du jumeau évanescent est la mort d'un jumeau en tout début de grossesse.

Le jumeau évanescent peut évoluer soit vers une résorption complète du fœtus, soit vers la formation du fœtus papyraceus ou compressus (le fœtus mort se momifie et on le découvre sous l'aspect de pain d'épice au moment de l'accouchement : Fig. n° 5), ou vers le développement d'anomalie placentaire tel qu'un kyste du placenta (Fig. n° 6), ou encore vers une substance amorphe.



**Figure n°5**

**Figure n°5 : Fœtus papyraceus après la délivrance (d'après Celik O [8]).**

**Figure n°6**

**Figure n°6 : Kyste du placenta après la délivrance (d'après Kim A [20]).**

### **6- Monstres doubles**

Lorsque la division se fait plus tardivement après le stade de disque embryonnaire, les jumeaux sont imparfaitement séparés et constituent des monstres doubles. Ces fœtus sont du domaine de la tératologie. Les dispositions tératologiques obéissent toutes fois certaines règles :

- les fœtus sont le plus souvent des filles [26],

- ils sont soudés en « miroir » toujours par la même région, gardant la symétrie des taches embryonnaires ; ainsi décrit- on les omphalopages, les xyphopages, les thoracopages...

Si ces monstres ont chacun leurs viscères au complet, ils sont dits autosites.

Mais parfois la fusion est profonde, au niveau de la coalescence des troncs par exemple, on trouve parfois un viscère commun, Foie ou partie du tube digestif.

Toutes les monstruosités sont possibles.

Il se peut même que l'un des jumeaux soit privé de cœur ; il ne vit que sous l'aspect d'une masse informe, en parasite de son frère qui lui envoie du sang par les vaisseaux placentaires. Ces monstres acardiaques sont heureusement exceptionnels.

Le diagnostic échographique permet de se faire une idée sur le degré de la malformation et la prise en charge chirurgico-pédiatrique des enfants dès la naissance [1].

La fréquence des monstres doubles est de 0,1 à 0,5% des grossesses monozygotes [1].

La fréquence de naissance est de 1 naissance pour 75000, soit 1% des naissances de jumeaux monozygotes.

### **III- Modifications physiologiques au cours de la grossesse gémellaire**

Les modifications physiologiques habituelles de la grossesse sont accentuées.

-sur le plan cardio- vasculaire

L'augmentation du volume plasmatique qui est de 40 à 50% dans la grossesse simple, passe à 67% dans la grossesse gémellaire [26]. Elle s'accompagne d'un accroissement plus marqué du débit cardiaque.

La tension diastolique est plus élevée

-sur le plan rénal :

La filtration glomérulaire est augmentée que dans la grossesse simple.

-le métabolisme hydrocarboné :

Le diabète gestationnel latent est plus fréquent en cas de grossesses multiples qu'en cas de grossesses uniques.

Le taux des gonadotrophines chorioniques est un peu élevé.

Le gain de poids est plus important.

#### **IV Diagnostic de la grossesse gémellaire**

Le diagnostic de la grossesse gémellaire à son début, souvent difficile par la clinique a été transformé par l'échographie.

##### **1-Diagnostic clinique**

###### **1-1- Au début de la grossesse**

-la notion d'hérédité maternelle ou paternelle ;

-la perception d'un excès de volume de l'utérus par rapport à l'âge de la grossesse ;

-exacerbation des signes sympathiques de la grossesse.

**1-2- L'excès de volume de l'utérus est le signe essentiel retrouvé tout au long de la grossesse.**

###### **1-3- A la fin de la grossesse**

-Le volume de l'utérus dépasse celui d'un utérus normal à terme ; la mensuration utérine peut avoisiner voire même dépasser 40 cm.

-L'existence de plus de deux pôles fœtaux à la palpation

-Au TV : segment inférieur est bien amplifié.

###### **1-4- Au cours de l'accouchement**

-la persistance d'une hauteur utérine importante après l'expulsion du premier jumeau ;

-la palpation du second fœtus ;

-la présence d'une seconde poche des eaux après l'expulsion du premier jumeau.

##### **2- Examens complémentaires**

###### **2-1-Echographie**

Elle permet le diagnostic très précoce de la grossesse gémellaire et la mise en œuvre des mesures adaptées à ces grossesses à très haut risque.

### **2-1-1- au premier trimestre**

-L'échographie permet de découvrir la présence de deux sacs ovulaires dès la 4<sup>ème</sup> – 5<sup>ème</sup> Semaine d'Aménorrhée ou de deux embryons un peu plus tard (7<sup>ème</sup> Semaine d'Aménorrhée)

- Elle précise le type anatomique de la grossesse gémellaire et reconnaît la lyse précoce d'un ou des deux embryons.

### **2-1-2- Au cours des deux derniers trimestres**

Elle permet d'étudier la vitalité, la croissance, la morphologie détaillée des fœtus.

L'étude morphologique systématique sera particulièrement attentive en cas de grossesse monozygotique, le risque de malformation y étant particulièrement élevé.

### **2-2- Electrocardiographie fœtale**

Elle peut apporter des renseignements pour le diagnostic de grossesse gémellaire ; mais elle est peu utilisée beaucoup de praticiens pensent qu'elle est peu fiable.

## **3- Diagnostic différentiel**

### **3-1- Au premier trimestre**

#### **3-1-1- La grossesse molaire**

Les signes communs sont :

- L'exagération des signes sympathiques de la grossesse ;
- L'utérus plus gros que l'âge de la grossesse ;
- Taux élevé de gonadotrophines chorioniques.

Mais on note l'absence des bruits du cœur fœtal au doppler et une image en flocon de neige sans structure fœtale à l'échographie en cas de grossesse molaire.

#### **3-1-2-L'utérus myomateux gravide**

L'élément clinique en faveur est le ramollissement de la paroi utérine entre les noyaux.

Le diagnostic est confirmé à l'échographie qui montre la présence des noyaux myomateux et la présence d'un seul sac embryonnaire dans la cavité utérine.

### **3-1-3- Le kyste de l'ovaire associé ou non à une grossesse monofoetale**

L'échographie confirmera le diagnostic.

### **3-2- Au dernier semestre**

#### **3-2-1- Le gros fœtus**

L'utérus de forme normale, trop gros par rapport à l'âge gestationnel et le fœtus est facile à palper.

#### **3-2-2- L'hydramnios :**

Surtout l'hydramnios chronique.

L'utérus myomateux gravide et le kyste de l'ovaire sont des éléments à éliminer tout au long de la grossesse.

## **V- Evolution de la grossesse gémellaire**

### **1- Avortement spontané**

L'arrêt d'une des deux grossesses suivi de la lyse de l'embryon est possible et elle n'est objectivée que par l'échographie.

### **2- L'hémorragie**

Elle est le plus souvent due au placenta praevia qui est relativement fréquent en cas de grossesse gémellaire et s'explique par l'étendue de la masse placentaire qui déborde vers le bas.

### **3- La Prééclampsie**

Elle est trois fois plus fréquente au cours des grossesses gémellaires qu'au cours des grossesses uniques.

L'hypertension artérielle peut être responsable de complications maternelles graves (éclampsie, HRP...) ou de complications fœtales sérieuses (retard de croissance intra- utérine « RCIU », mort fœtal in- utero « MFIU »).

### **4- Retard de croissance intra- utérine « RCIU »**

La croissance intra-utérine est ralentie par rapport à celle des fœtus uniques. Il intéresse un ou les deux jumeaux et peut aboutir à une mort in- utero.

## **5- L'anémie ferriprive**

Elle est fréquente et justifie une thérapeutique martiale préventive.

## **6- L'accouchement prématuré**

C'est le risque majeur, très fréquent (33%) [26]. Cette prématurité est le principal motif de transfert des nouveaux nés en réanimation néonatale [118].

Elle est responsable en grande partie de la mortalité périnatale.

Toutes ces complications font de la grossesse gémellaire, une grossesse à haut risque pour laquelle les plus grandes précautions doivent être prises.

Grâce aux moyens de prévention actuels, un plus grand nombre de grossesses gémellaires se rapprochent du terme ; parmi ces moyens, on peut citer :

- Repos ;
- Le cerclage ;
- Utilisation des bêtas mimétiques au cours du troisième trimestre.

## **VI- Suivi médical de la grossesse gémellaire**

Le suivi médical des grossesses multiples nécessite [26] :

- 1- un diagnostic précoce et précis par l'échographie ;
- 2- une consultation prénatale régulière selon le rythme suivant :
  - Une consultation par mois jusqu'à la 20<sup>ème</sup> – 26<sup>ème</sup> Semaine d'Aménorrhée ;
  - Une consultation tous les quinze jours jusqu'à la 30<sup>ème</sup> – 34<sup>ème</sup> Semaine d'Aménorrhée ;
  - Une consultation hebdomadaire jusqu'à l'accouchement.
- 3- Le repos au lit ;
- 4- L'utilisation de certains médicaments :
  - Le fer en supplément ;
  - Les progestatifs et les bêtas mimétiques en cas de nécessité.
  - Les corticoïdes en cas de menace d'accouchement prématuré (pour la maturation pulmonaire des nouveaux nés) ;
- 5- Une hospitalisation si nécessaire.

## **VII Accouchement Gémellaire**

L'accouchement gémellaire est souvent un accouchement normal. On doit quand même lui apporter une restriction, due au fait que les phénomènes d'accommodation fœtale sont plus complexes.

Les règles de surveillance fœtale sont les mêmes qu'avec un fœtus unique.

### **1- Accouchement eutocique**

- accouchement du premier jumeau ;
- intervalle de repos ;
- accouchement du deuxième jumeau ;
- délivrance.

#### **1-1- Accouchement du premier jumeau**

Très souvent il n'a aucun caractère spécial.

La conduite à tenir est presque toujours l'expectative. Il ne faut faire pousser la parturiente que lorsque la présentation est sur le périnée.

#### **1-2- Temps de repos**

Une rémission clinique de la contractilité utérine suit l'accouchement du premier jumeau, comme elle précède la délivrance dans l'accouchement d'un fœtus unique. Ce temps de repos dure de quinze à trente minutes.

#### **1-3- Accouchement du deuxième jumeau**

Après l'accouchement du premier jumeau, on apprécie la position et l'état du deuxième jumeau.

Attendre la reprise des contractions suivies d'un accouchement spontané si l'état du fœtus le permet.

Rompre d'abord la deuxième poche des eaux si elle existe ; l'engagement et la descente sont habituellement faciles, surtout si le fœtus se présente par le sommet. L'accouchement est donc bref et aisé.

#### **1-4- Délivrance**

La délivrance gémellaire est particulièrement sanglante voire hémorragique. La délivrance artificielle, la lutte contre l'inertie utérine lorsque l'utérus est vide,

l'emploi des dérivés ergotés, les traitements généraux destinés à combattre les effets de l'hémorragie seront le plus souvent indiqués [26].

## **2- Complications de l'accouchement gémellaire**

**2-1- La rupture prématurée des membranes** : expose au risque d'infection ovulaire et de procidence du cordon.

**2-2-La dystocie dynamique** : est due à la surdistension utérine. Elle peut être corrigée par la rupture des membranes ou par perfusion d'oxytoïne.

### **2-3- Les présentations vicieuses**

- Présentation du siège,
- Présentation céphalique mal fléchie du premier jumeau,
- Présentation transverse du deuxième jumeau.

**2-4-Hémorragie de la délivrance** : favorisée par l'atonie utérine et la largeur de la plaie placentaire.

### **2-5-Les complications rares sont :**

- L'enroulement des cordons dans les grossesses mono amniotiques,
- L'accrochage des pôles fœtaux si le premier jumeau est en présentation de siège et le deuxième jumeau en céphalique,
- La rétention du deuxième jumeau : peut être due à une rétraction du col, à une présentation irrégulière du deuxième jumeau ou à une panne dynamique.

## **3- Indications de la césarienne**

- présentation transverse du premier jumeau,
- souffrance fœtale,
- placenta praevia hémorragique,
- dystocie dynamique irréductible,
- utérus cicatriciel,
- monstres doubles,
- une indication discutée, la présentation de siège chez le premier jumeau.

## **VIII- PRONOSTIC**

### **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.

## **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.

# **METHODOLOGIE**

## **METHODOLOGIE**

### **I Cadre d'étude :**

#### **1- Caractéristiques générales de la région de Mopti**

La région de Mopti située au centre du pays avec une superficie de 79017 km<sup>2</sup> est la 5<sup>ème</sup> région du pays. Elle est limitée au Nord par la région de Tombouctou (cercle de Rharous et de Niafunké), au Sud par le Burkina- Faso (sous-préfectures de Djibo, Ouahigouya et Tougan) et la région de Ségou (cercle de Tominian, San et Macina), à l'Ouest par la région de Ségou (cercle de Niono et Macina), à l'Est par le Burkina- Faso (sous-préfecture de Djibo) et la région de Tombouctou (cercle de Rharous). La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

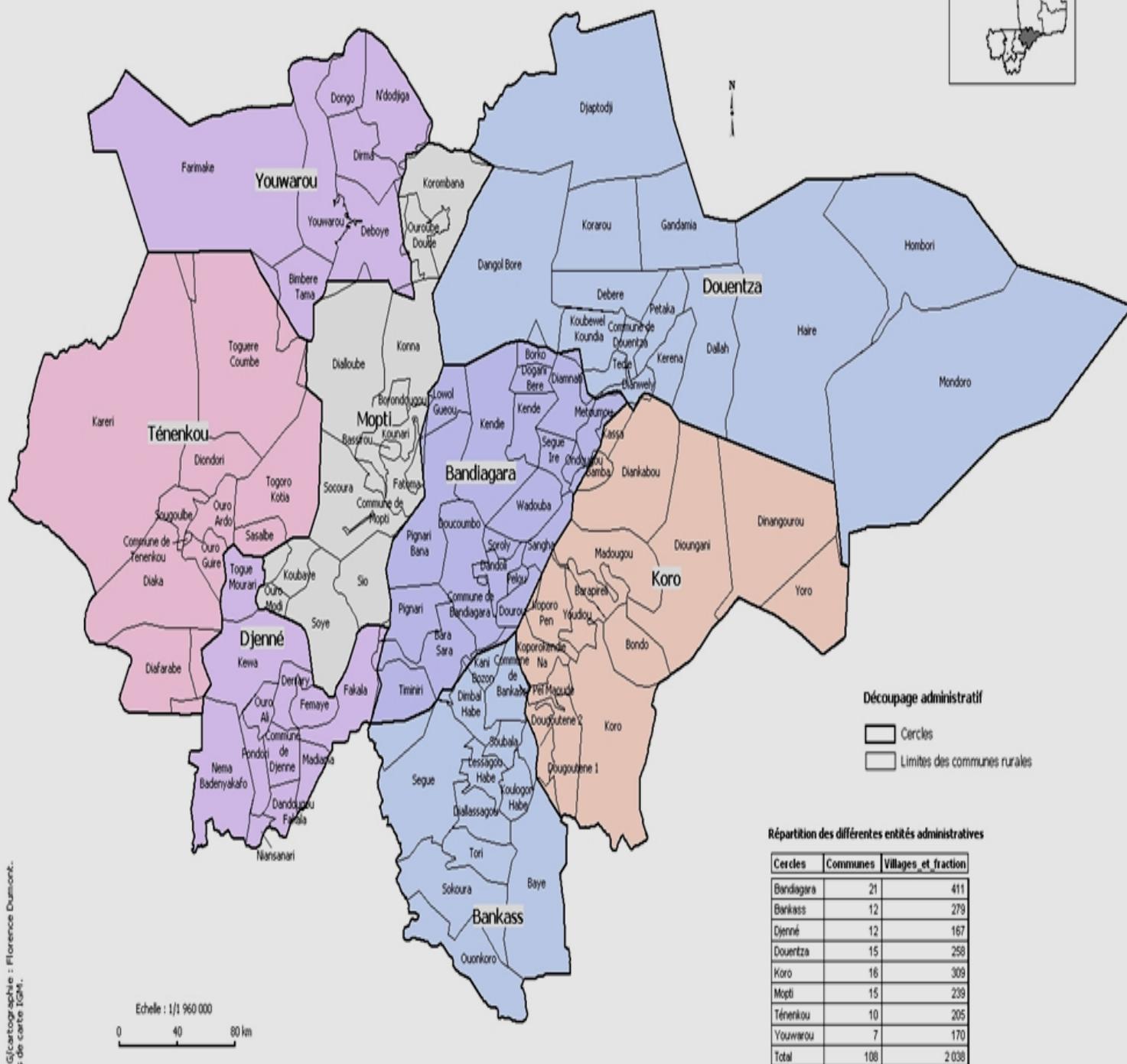
La population s'élève à 1865297 habitants.

La plupart des ethnies du Mali y sont représentées : Bambara 26% ; Peulh et Rimaïbé 23% ; Sonrhäï 18% ; Bozo 11% ; Dogon 9%.

Le taux d'accroissement de la population entre 1998 et 1999 est de 2,2%. Près de 50% de la population de cette région à moins de quinze ans et la majorité vit en zone rurale.



PDESC REGION DE MOPTI :  
Découpage administratif de la région



Conception SIG/cartographie : Florence Dumont.  
Source : fonds de carte IGN.

Fig 7 : Carte de la région de Mopti

### **3- l'hôpital de Mopti**

Il a été créé en 1956 pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuelle pavillon de médecine et pédiatrie).

En 1995, il fut baptisé « l'hôpital Sominé Dolo ». Il porte ainsi le nom d'un ancien ministre de la santé, natif de la région.

L'hôpital Sominé Dolo est une structure de 2<sup>ème</sup> référence pour toute la région. Il a une capacité d'accueil de 84 lits. Il est devenu en 2002 un établissement public hospitalier (EPH) avec une autonomie de gestion.

Le service de Gynécologie et d'Obstétrique comporte deux bureaux servant en même temps de box de consultation, une salle de garde des Sages Femmes, une salle d'hospitalisation ventilé à 5 lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à deux lits. La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire. Le bloc opératoire comprend deux salles opératoires et le service de gynécologie et d'Obstétrique partage ces salles opératoires avec le service de chirurgie.

La garde est assurée par une Sage Femme, deux étudiants faisant fonction d'interne et le manœuvre. Les gynécologues assurent une garde d'astreinte. Il existe une réunion matinale quotidienne dirigée par le chef du service de Gynécologie et d'obstétrique pour corriger les dossiers et discuter la prise en charge des patientes admises la veille. Cette réunion entre dans le cadre de la formation continue du personnel et des étudiants.

## **II METHODE D'ETUDE**

### **1- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective.

### **2- Période d'étude**

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2008.

### **3- Population d'étude**

Elle se compose des femmes qui ont accouché à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

## **4- Echantillonnage**

### **4-1- Critères d'inclusion**

- Population 1: toutes les femmes portant une grossesse gémellaire ayant accouché à la maternité de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti pendant les 12 mois de l'étude, que les grossesses soient suivies ou non dans cette maternité.
- Population 2: les femmes qui ont les mêmes parités que les cas, portant une grossesse unique et qui ont accouché à la maternité de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti pendant les 12 mois de l'étude que les grossesses soient suivies ou non dans cette maternité

### **4-2- Critères de non inclusion**

- Population 1 : les femmes portant une grossesse gémellaire qui ont accouché des 2 jumeaux dans une autre structure, admise dans le service pour autres raisons
- Population 2 : les femmes portant une grossesse unique qui ont accouché dans une autre structure, admise dans le service pour autres raisons et celle qui ont une parité différente de celle de la population 1.

## **6- Collecte des données**

- le questionnaire pour la collecte des données est en annexe.
- Technique de collecte des données : lecture des dossiers obstétricaux complétés au besoin par les registres d'accouchement, de compte rendu opératoire, de décès maternel.

## **7- Analyse et traitement des données**

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI6.04dfr.

Les graphiques ont été réalisés sur EXCEL office 2003.

Le test de Khi2 est utilisé pour étudier les analyses de variance.

Nous avons utilisé le test de Student chaque fois que l'effectif est inférieur à 5.

Le seuil de significativité est fixé à 5%.

Plusieurs variables (l'âge, les éléments de l'examen général et obstétrical, les paramètres du nouveau-né à la naissance, l'issue de la grossesse, la voie d'accouchement) ont été mesurés et recodés suivant différentes modalités.

### **9- Définitions opératoires**

~ Terme de la grossesse : La détermination du terme de la grossesse a été parfois difficile car la date des dernières règles n'était pas toujours connue, ce qui nous a amené à privilégier le résultat de l'échographie précoce qui n'était pas aussi disponible dans tous les cas.

~ Hauteur utérine excessive : une hauteur utérine des gestantes ou parturientes supérieure ou égale à 36 cm.

~ Avortement : il est défini par l'âge gestationnel inférieur à 28SA et/ou le poids du produit de conception est inférieur à 500 grammes.

~ Mode d'admission :

- Venue d'elle-même : gestante ou parturiente admise directement dans le service sans passer par un autre centre.

- Référée : toute gestante ou parturiente adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.

- Evacuée : toute gestante ou parturiente adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

~ Mortalité maternelle : décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse quels que soient la durée ou le siège de celle-ci ; pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse. Sont exclues les causes de décès accidentelles ou fortuites.

~ Bassin : son appréciation a été exclusivement clinique.

BGR (Bassin Généralement Rétréci) : promontoire atteint et les lignes innominées suivies au-delà des 2/3 antérieur à l'examen clinique.

Bassin limite : promontoire atteint et les lignes innominées non suivies dans leur totalité et le PRP (promonto-retropubien)=8-9cm.

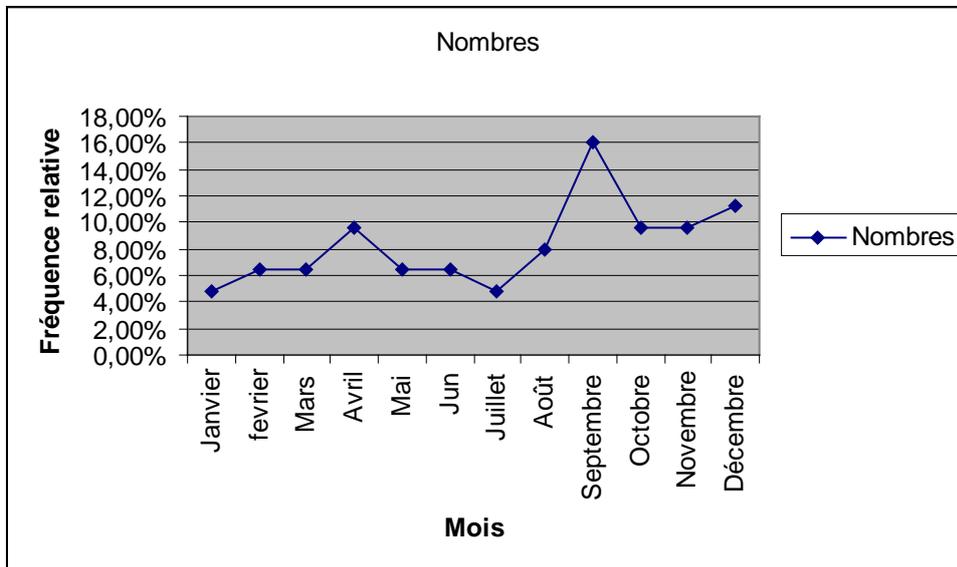
~ Primigeste : il s'agit des femmes qui sont à leur première grossesse.

- ~ Multigeste : les femmes qui ont fait entre 2 et 5 grossesses.
- ~ Grande Multigeste : les femmes qui ont fait 6 grossesses et plus.
- ~ Nullipares : les femmes qui n'ont jamais accouché.
- ~ Primipares : les femmes qui ont accouché une fois.
- ~ Multipares : les femmes qui ont fait entre 2 et 5 accouchements.
- ~ Grandes multipares : les femmes qui ont fait 6 accouchements et plus.
- ~ Mort fœtale in utero : les femmes chez lesquelles les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles au stéthoscope de PINARD et absence d'activité cardiaque foetal à l'échographie.
- ~ Bradycardie fœtale: bruit du cœur fœtal inférieur à 120 battements par minute pendant au moins 10 minutes au stéthoscope de Pinard.
- ~ Tachycardie fœtale : bruit du cœur fœtal supérieur à 160 battements par minute pendant au moins 10 minutes au stéthoscope de Pinard.
- ~ Voie mixte : Lorsque l'accouchement du premier jumeau est fait par la voie basse et celui du deuxième jumeau par la voie haute.

# **RESULTATS**

## I Incidence:

Sur un total de 1253 accouchements à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti, nous avons obtenus 62 cas d'accouchement gémellaire soit **4,94%**



### Graphique n° 1 : Incidence relative des Accouchements Gémellaires

L'accouchement gémellaire est plus fréquent pendant la période allant du mois d'août au mois de décembre avec un pic maximum au mois de septembre.

## II- Caractéristiques sociodémographiques

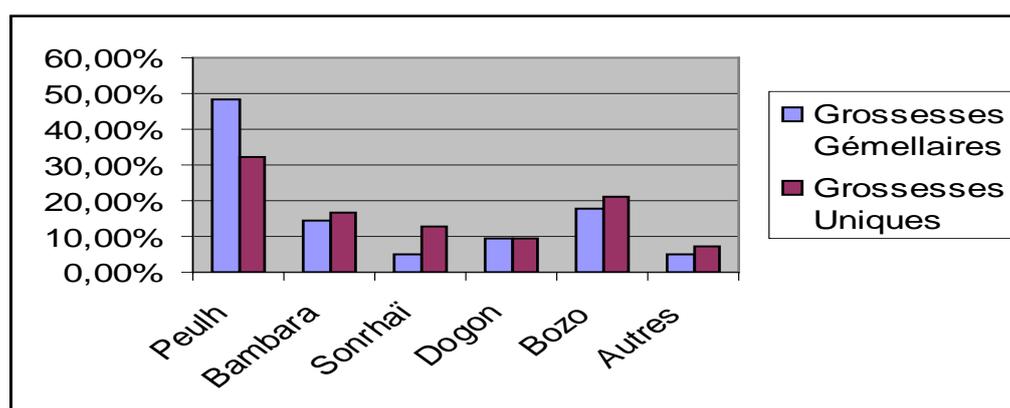
### 1-Résidence

**Tableau II : Répartition des patientes selon la résidence**

Résidence	Grossesses gémellaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
Mopti	16	26,9%	55	44,3%
Sévaré	6	9,7%	19	15,3%
Medina coura	2	3,2%	7	5,7%
Zone rurale de Mopti	26	41,9%	36	29%
Autres cercles de Mopti	12	19,3%	7	5,7%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

La majorité des femmes porteuses de la grossesse gémellaire proviennent de la zone rurale de Mopti (41% contre 29%).

### 2- Ethnie



**Graphique n°2 : Répartition des patientes selon l'éthnie**

La grossesse gémellaire est significativement élevée chez les peulhs avec une fréquence de 48,4% contre 32,3% pour les témoins. ( $p= 0,032$  ;  $Khi2= 2,19$ ).

### 3- L'âge

**Tableau III : Répartition des patientes en fonction de l'âge**

Age	Grossesses gémeillaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
<19 ans	10	16,12%	25	20,16%
20-25ans	22	35,40%	55	44,35%
26-35ans	18	29,13%	30	24,19%
36ans et plus	12	19,35%	14	11,30
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

### 4- Statut matrimonial

**Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Grossesses gémeillaires		Grossesses Uniques	
	n	%	n	%
Mariées	60	96,7%	120	96,7%
Célibataires	2	3,3%	4	3,3%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

## 5-Profession de la femme

**Tableau V: Répartition des patientes selon la profession**

Profession	Grossesses gémellaires		Grossesses Uniques	
	n	%	n	%
Ménagères	52	83,9%	104	83,9%
Elèves / Etudiantes	2	3,2%	6	4,9%
Fonctionnaires	1	1,7%	4	3,2%
Autres	7	11,2%	10	8%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

IL n'y a pas de différence entre les deux groupes  $S=0,48$ .

## 6-Profession du conjoint

**Tableau VI : Répartition des patientes selon la profession du conjoint**

Profession du conjoint	Grossesses gémellaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
Cultivateurs	14	25,5%	20	16,1%
Commerçants	11	17,8%	30	24,1%
Fonctionnaires	4	6,4%	10	8%
Elèves/Etudiants	1	1,7%	1	0,8%
Autres	32	51,6%	63	51%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

Les cultivateurs sont les plus représentés mais la différence n'est pas significative ( $p > 0,50$ ).

## 7-Les antécédents familiaux

**Tableau VII : Relation entre antécédents familiaux et gémellité :**

Antécédents Familiaux	Grossesses Gémellaires		Grossesses Uniques	
	n	%	n	%
Gémellité	15	24,2%	1	0,8%
HTA	7	11,3%	12	9,7%
Drépanocytose	0	0%	2	1,6%
Asthme	0	0%	1	0,8%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>35.5%</b>	<b>16</b>	<b>12.9%</b>

La gémellité est le seul antécédent familial lié de façon significative à la grossesse gémellaire ( $p=0,00001$  ;  $Khi^2= 28,7$ ).

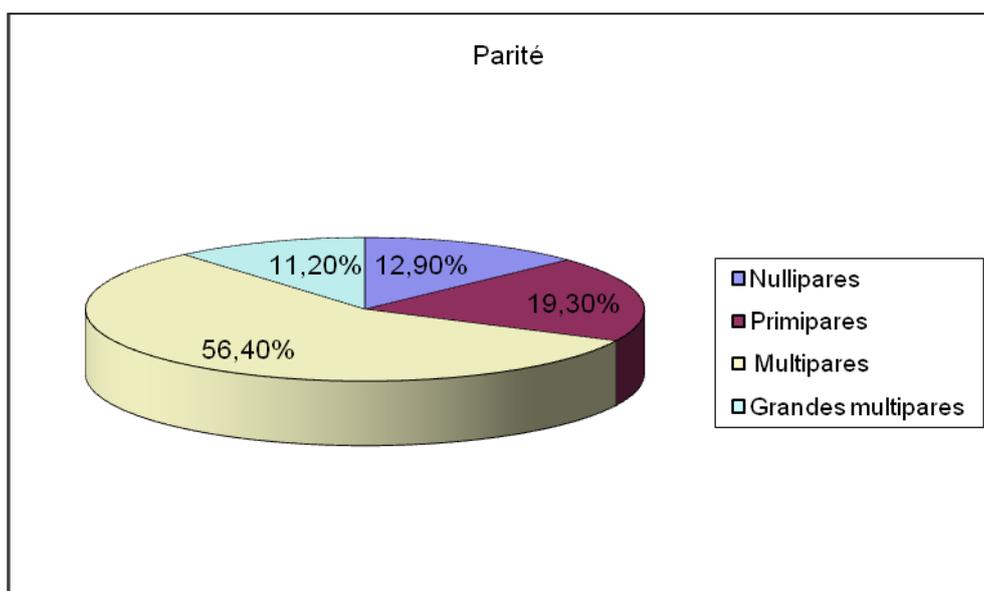
## 8- les antécédents gynéco- obstétricaux

### 8-1-Gestité

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon la gestité**

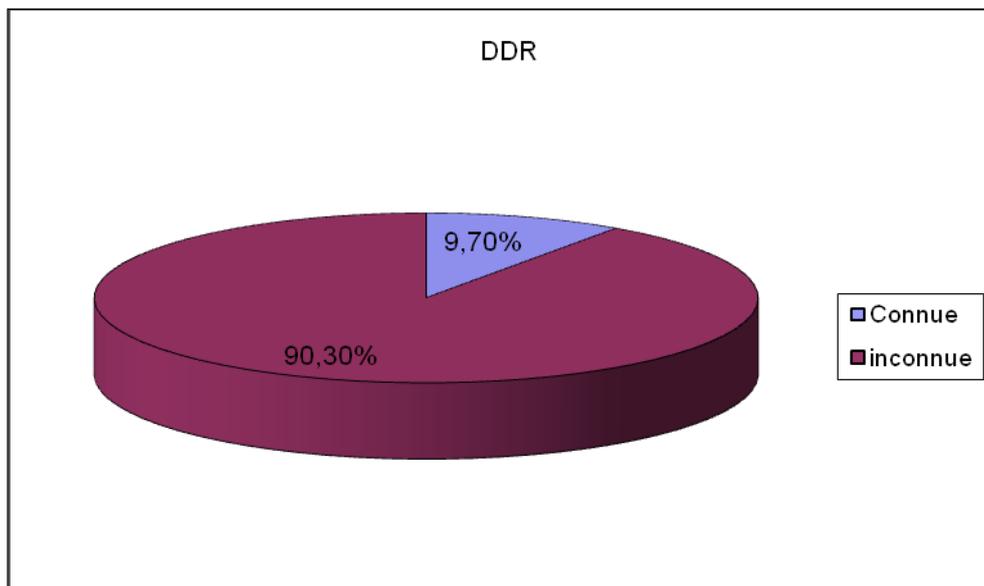
Gestité	Grossesses gémellaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
Primigeste	9	14,5%	12	9,7%
Multigeste	44	71%	87	70,2%
Grande multigeste	9	14,5%	25	20,2%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

## 8-2- Parité



**Graphique n°4 : Répartition des grossesses gémellaires selon la parité**  
La fréquence de la grossesse gémellaire augmente avec la parité puis chute chez les grandes multipares.

## 8-3- la date des dernières règles



**Graphique n°5 : Répartition des cas selon la DDR**  
90,3% des gestantes ne connaissent pas la date de leurs dernières règles

#### 8-4-Antécédents de traitement de stérilité

**Tableau I X : Répartition des patientes selon un antécédent de traitement de stérilité**

Traitement de stérilité	Grossesses gémeillaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
Oui	3	4,8%	2	1,6%
Non	59	95,2%	122	98,4%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

La différence n'est pas significative  $p > 0,5$ .

#### IV SUIVI DE LA GROSSESSE

##### 1-Nombre de CPN

**Tableau X : Répartition des patientes selon le nombre de CPN**

Nombre de CPN	Grossesses gémeillaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
Aucune	16	25,8%	24	19,3%
Une CPN	3	4,8%	8	6,5%
Deux CPN	10	16,3%	14	11,3%
Trois CPN	13	20,9%	28	22,6%
Quatre CPN et plus	20	32,2%	50	40,3%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

27,4% des gestantes portant une grossesse gémeillaire n'ont fait aucune CPN contre 19,4% pour les grossesses uniques ( $p = 0,79$ ).

53,2% des gestantes portant une grossesse gémeillaire contre 62,9% des grossesses uniques ont fait au moins 3 CPN ( $p > 0,5$ ).

Il n'y a pas de relation significative entre le suivi et la grossesse gémeillaire.

## 2-Auteur des CPN

**Tableau XI : Répartition des patientes selon l'auteur des CPN**

Auteurs CPN	Grossesses gémellaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
Spécialiste	5	8,1%	10	8,1%
Généraliste	8	12,9%	20	16,2%
Sage femme	25	40,4%	51	41,2%
Infirmièreobstétricienne	6	9,6%	13	10,4%
Matrône	18	29%	30	24,1%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

29,6% des grossesses gémellaires contre 22,6% des grossesses uniques étaient surveillées par une matrone.

### 3- Complications au cours de la grossesse

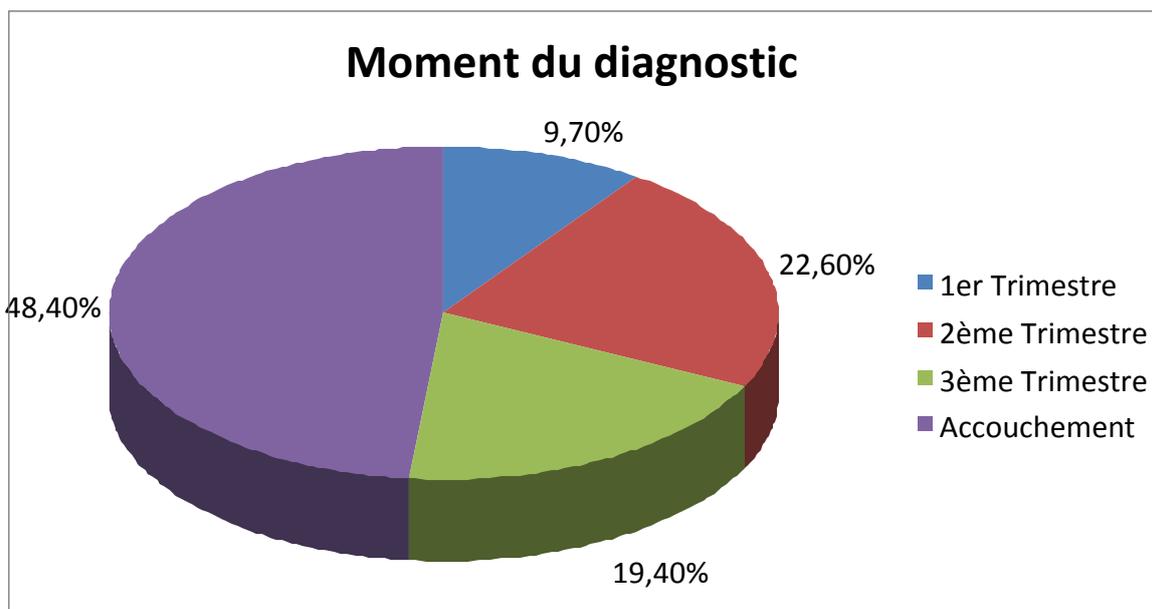
**Tableau XII : Répartition des patientes selon les complications survenues au cours de la grossesse**

Complications	Grossesses gémellaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
MAP	9	14,5%	1	0,8%
PEE	5	8%	6	4,8%
HRP	1	1,6%	1	0,8%
PPH	2	3,2%	5	4%
Hydramnios	2	3,2%	1	0,8%
Anémie	3	4,8%	1	0,8%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>35,3%</b>	<b>15</b>	<b>12%</b>

La menace d'accouchement prématuré est significativement associée à la grossesse gémellaire avec une fréquence de 14,5% contre 0,8 pour les témoins (p= 0,0003).

La prééclampsie et l'éclampsie sont aussi fréquentes en cas de gémellité mais non significatives (p= 0,42).

#### 4- Moment du diagnostic des grossesses gémellaires



**Graphique n°6: Répartition des cas selon le moment du diagnostic**  
 48,4% des grossesses gémellaires ont été découvertes au cours de l'accouchement.

#### V ACCHOUCHEMENT:

##### 1-Mode d'admission

**Tableau XIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission**

Mode d'admission	Grossesses gémellaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
Venue d'elle-même	32	51,6%	77	62,1%
Référée	5	8,1%	3	2,4%
Evacuée	25	40,3%	44	35,5%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

La grossesse gémellaire étant une grossesse à risque élevé, les gestantes étaient le plus souvent référées sans notion d'urgence (8,1% contre 2,4%) ou en urgence (40,3% contre 35,5%). La différence n'est pas significative  $p=0,17$

## 2-Motif d'admission

**Tableau XIV : Répartition des patientes selon le motif d'admission**

Motif d'admission	Grossesses gémeillaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
CUD	30	48,4%	102	82,2%
RPM	5	8,1%	1	1,6%
Métrorragie	4	6,4%	9	7,2%
HU excessive	6	9,7%	3	2,4%
Présentation vicieuse	5	8,1%	9	7,2%
Rétention de J2	12	19,3%	-	
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

La rupture prématurée des membranes est fréquemment associée à la grossesse gémeillaire (8,1% contre 1,6%) mais non significatif statistiquement  $P=0,4$ .

19,4% des patientes sont admises pour rétention du deuxième jumeau.

### 3- Phase du travail d'accouchement à l'admission

**Tableau XV : Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission**

Phase du travail	Grossesses gémeillaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
Non en travail	12	19,5%	9	7,3%
Phase de latence	13	21%	23	18,5%
Phase active	25	40%	92	74,2%
J1 expulsé	12	19,5%	-	
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

En cas de grossesse gémeillaire, les patientes ont été admises avant le travail (19,4% contre 7,3%) ou au tout début du travail (21% contre 18,5%).

Il n'y a pas de lien significatif entre la phase du travail à l'admission et la grossesse gémeillaire  $p > 0,5$ .

### 4-La pression artérielle à l'admission

**Tableau XVI : Répartition des patientes selon la tension systolique**

TA Systolique (mmHg)	Grossesses gémeillaires		Grossesses uniques	
	n	%	n	%
-Inférieure à 140	52	83,9%	117	94,3%
-140-159	8	12,9%	6	4,9%
-Supérieure à 160	2	3,2%	1	0,8%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

La tension systolique entre 140 et 159 mmhg est plus fréquent en cas de gémeillité mais non significatif ( $p > 0,05$ ).

**Tableau XVII : Répartition des patientes selon la tension diastolique**

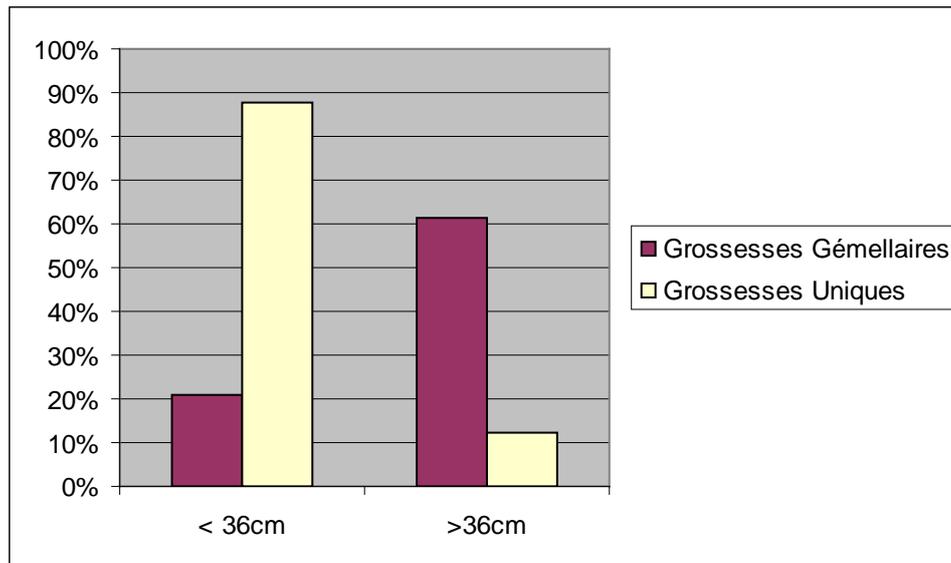
<b>TA Diastolique (mmHg)</b>	<b>Grossesses gémeillaires</b>		<b>Grossesses uniques</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
-Inférieure à 90	50	80,7%	116	93,5%
- 90- 109	10	16,1%	7	5,7%
-Supérieure à 110	2	3,2%	1	0,8%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

**5-Terme de la grossesse****Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse**

<b>Age de la grossesse</b>	<b>Grossesses gémeillaires</b>		<b>Grossesses uniques</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Non à terme	18	29%	13	10,3%
A terme	44	71%	109	87,9%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

L'accouchement prématuré est significativement associé à la grossesse gémeillaire (29% contre 10,5%)  $p < 0,05$ .

## 6- La Hauteur utérine



**Graphique n°7 : Répartition des patientes selon la hauteur utérine**

La hauteur utérine excessive est significativement associée à la grossesse gémellaire (61,3% contre 12,1%),  $p= 0,001$ .

## 7- Présentation

**Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type de présentation**

Types de Présentation	Grossesses Gémellaires (J1)		Grossesses Uniques	
	n	%	n	%
Céphalique	38	61,3%	107	86,2%
Siège	23	37,1%	14	11,2%
Transverse	1	1,6%	3	2,4%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

Les présentations vicieuses sont fréquentes en cas d'accouchement gémellaire ( $p= 0,8$ ).

## 8-Durée du travail d'accouchement

La durée moyenne du travail d'accouchement est environ 10heures pour les cas contre 9heures pour les témoins ( $p= 0,92$ ).

## 9- Mode d'accouchement

**Tableau XX : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement**

Mode d'Accouchement	Grossesses Gémellaires		Grossesses Uniques	
	n	%	n	%
Vaginal	34	54,8%	95	76,6%
Césarienne	21	33,9%	25	20,2%
Mixte	6	9,7%	—	
Laparotomie	1	1,6%	4	3,2%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

La césarienne est fréquente au cours de l'accouchement gémellaire ( $p=0,7$ ).

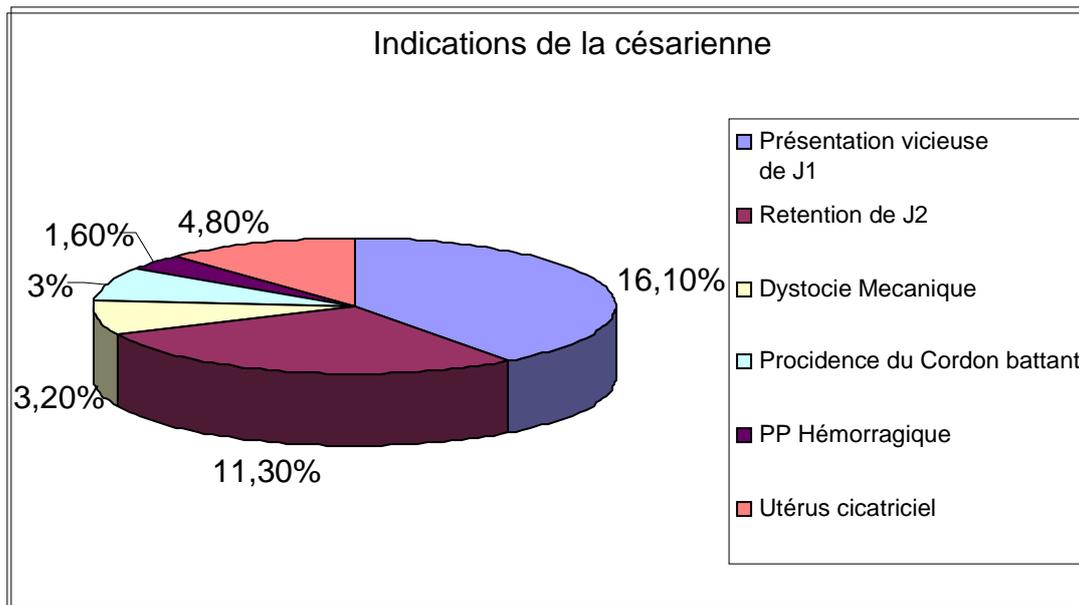
**Tableau XXI : Mode d'accouchement des jumeaux en fonction du mode d'admission**

Mode admission	Venue d'elle-même		Référée		Evacuée	
	n	%	n	%	n	%
Voie Basse	21	65,6%	3	60%	10	40%
Césarienne	11	34,3%	2	40%	8	32%
Mixte	0	0%	0	0%	7	28%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Kh2= 12,15% p=0,05**

La césarienne a été effectuée chez 32% des parturientes évacuées.

## 10- Indication de césarienne



**Graphique n°8 : Répartition des cas selon l'indication de césarienne**  
 Les présentations vicieuses de J1 (16,1%) et la rétention du deuxième jumeau (11,3%) ont été les principales indications de césarienne.

## VI ETAT DES NOUVEAU- NES A LA NAISSANCE

### 1-La mortinaissance

**Tableau XXII : Répartition des jumeaux et enfants uniques selon le score d'APGAR à la première minute**

NNEs	APGAR 8-10		APGAR 4-7		APGAR 1-3		APGAR 0	
	n	%	n	%	n	%	n	%
J1	49	79%	5	8%	2	3,2%	6	9,7%
J2	41	66,1%	3	4,8%	4	3,2%	14	22,6%
<b>Enfant Unique</b>	<b>106</b>	<b>85,4%</b>	<b>9</b>	<b>7,2%</b>	<b>2</b>	<b>1,6%</b>	<b>7</b>	<b>7,6%</b>

Dans 20 cas (16,1%), les deux jumeaux ou l'un des jumeaux étaient mort- nés contre 7 cas (5,6%) chez les enfants uniques.

## 2- Poids à la naissance

**Tableau XXIII : Répartition des jumeaux et enfants uniques selon le poids à la naissance**

NNES	Poids (gr)					
	< 2500		2500- 3500		>3500	
	n	%	n	%	n	%
J1	37	59,6%	25	40,3%	0	0%
J2	39	62,9%	23	37%	0	0%
<b>Enfants Uniques</b>	23	18,5%	78	62,9%	23	18,5%

**Khi2= 12,68 ; p= 0,003.**

Le petit poids de naissance est significativement associé à la gémellité (59,6% pour J1 et 62,9% pour J2 contre 18,3% pour les enfants uniques).

## 3-Sexe des nouveau- nés

**Tableau XXIV : Répartition des jumeaux et enfants uniques selon le sexe**

NNES	Sexe		Masculin		Féminin	
	n	%	n	%	n	%
J1	39	62,9%	23	37%	39	62,9%
J2	38	61,2%	24	38,7%	38	61,2%
<b>Enfants Uniques</b>	68	54,8%	56	45,2%	68	54,8%

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (p>0,5).

#### 4-Transfert en pédiatrie

**Tableau XXV : Répartition des jumeaux et enfants uniques selon leur transfert en pédiatrie**

NNES	Devenir NNés		Transféré en Pédiatrie		Non Transféré en Pédiatrie	
	n	%	n	%	n	%
J1	19	30,6%	36	58,2%		
J2	20	32,3%	29	46,8%		
<b>Enfants Uniques</b>	17	13%	90	72,6%		

31,4% des jumeaux ont été transférés en pédiatrie contre 13% des enfants uniques ( $p= 0,03$ ) est significatif.

**Tableau XXVI : Répartition des jumeaux et enfants uniques selon le motif de transfert en pédiatrie**

Motifs du Transfert	Grossesses Gémellaires		Grossesses Uniques	
	n	%	n	%
Prématurité	21	33,9%	6	4,8%
Asphyxie du nouveau né	3	4,8%	10	8,1%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>38.7%</b>	<b>16</b>	<b>12.9%</b>

La prématurité est le principal motif de transfert des jumeaux en pédiatrie (33% contre 4,8%)  $p= 0,04$ .

## 5-Décès néonatal

**Tableau XXVII : Répartition des jumeaux et enfants uniques en fonction du décès néonatal**

Etat à la Sortie NNES	Vivant		Décédé le Premier Jour		Décédé après 24Heures	
	n	%	n	%	n	%
J1	48	77,4%	6	9,7%	2	3,2%
J2	43	69,4%	4	6,5%	1	1,6%
<b>Enfants Uniques</b>	103	83,1%	3	2,4%	0	0%

Le taux de mortalité néonatale est plus élevé chez les jumeaux que chez les enfants uniques ( $p > 0,5$ ).

## VII ETUDE COMPARATIVE DES JUMEAUX

### 1-Présentation

**Tableau XXVIII : Répartition des jumeaux en fonction du type de présentation**

Types de Présentation	J1		J2	
	n	%	n	%
Céphalique	38	61,3%	39	62,9%
Siège	23	37,1%	13	20,9%
Transverse	1	1,6%	10	16,2%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

La présentation transversale est plus fréquente chez le deuxième jumeau que chez le premier jumeau (19,4% contre 1,6%).

## 2-Poids à la naissance

**Tableau XXIX : Répartition des jumeaux en fonction du poids à la naissance**

NNES	Poids (gr) < 2500		>2500	
	n	%	n	%
J1	37	59,6%	25	40,3%
J2	39	62,9%	23	37%

Il n'y a pas de différence entre les poids à la naissance.

## 3-Sexe des jumeaux

**Tableau XXX : Répartition des jumeaux en fonction du sexe**

NNES	Sexe Masculin		Sexe Féminin	
	n	%	n	%
J1	39	62,9%	23	37%
J2	38	61,2%	24	38,7%

Chez les premiers jumeaux 39 (62,9%) étaient de sexe masculin contre 23 (37%) de sexe féminin.

Chez les deuxièmes jumeaux 38 (61,2%) étaient de sexe masculin contre 24 (38,7%) de sexe féminin.

La différence entre les sexes n'est pas significative  $p= 0,07$ .

#### 4-Mortinaissance des jumeaux

**Tableau XXXI : Répartition des jumeaux en fonction du score d'APGAR à la première minute**

NNES	APGAR		8-10		4-7		1-3		0	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
J1	49	79%	5	8%	2	3,2%	6	9,7%		
J2	41	66,1%	3	4,8%	4	3,2%	14	22,6%		

Le taux de mortinaissance est significativement élevé chez les deuxièmes jumeaux (22,6% contre 9,7%)  $p < 0,05$ .

**Tableau XXXII : Mortinaissance des jumeaux en fonction de la parité**

PARITES	NNES		J1		J2	
	n	%	n	%	n	%
Nullipares	2	25%	3	37,5%		
Primipares	0	0%	1	8,3%		
Multipares	4	11,4%	8	22,8%		
Grande multipares	0	0%	2	28,5%		

Le taux de mortinaissance est significativement élevé chez les multipares  $p = 0,03$ .

**Tableau XXXIII : Mortinaissance des jumeaux en fonction du mode d'admission**

Mortinaissance	J1		J2	
	n	%	n	%
Venue d'elle-même	3	9,3%	2	6,2%
Évacuée	3	12%	12	48%

$\text{Khi}^2 = 19,31 ; p = 0,0006$ .

La mortinaissance est significativement élevée chez les parturientes évacuées.

**Tableau XXXIV : Mortinaissance en fonction du mode d'accouchement**

Mode d'accouchement	J1		J2	
	n	%	n	%
Vaginal	4	10%	6	15%
Césarienne	2	9,5%	8	28,5%

Le taux de mortinaissance est significativement élevé en cas de césarienne P= 0,04.

**Tableau XXXV : Mortinaissance en fonction de la chorionicité**

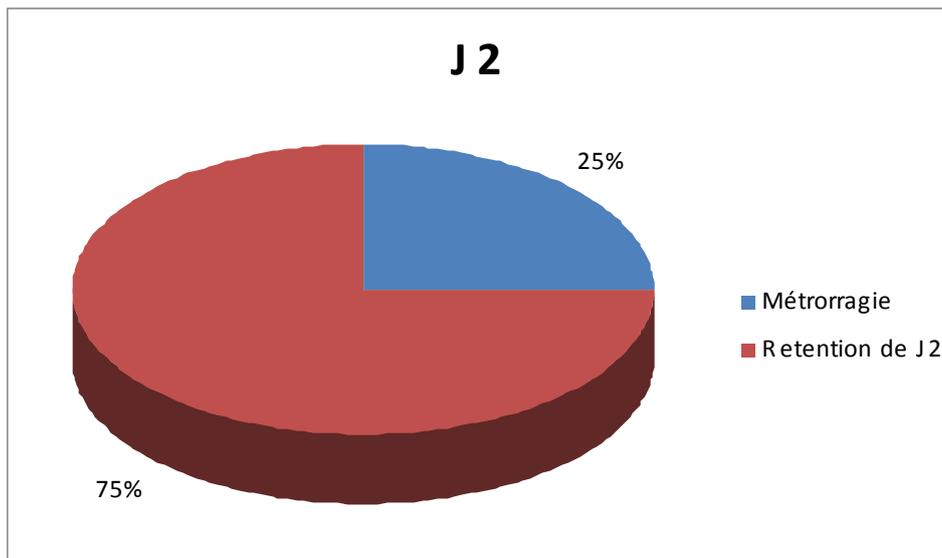
Chorionicité	J1		J2	
	n	%	n	%
Mono chorial mono amniotique	0	0%	1	20%
Mono chorial bi amniotique	3	16,6%	4	22,6%
Bi chorial bi amniotique	3	7,6%	9	23%

### 5-Décès néonatal des jumeaux

**Tableau XXXVI : Répartition des jumeaux en fonction du décès néonatal :**

Etat à la Sortie NNES	Vivant		Décédé le Premier Jour		Décédé après 24Heures	
	J1	48	77,4%	6	9,7%	2
J2	43	69,4%	4	6,5%	1	1,6%

Il n'y a pas de différence significative (p>0,5).

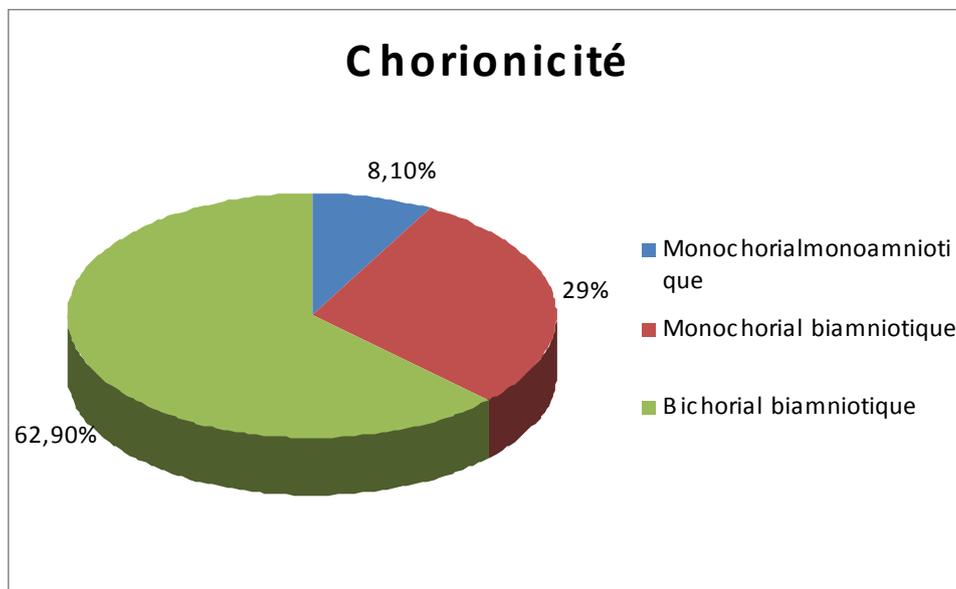


**Graphique n°9 : Mortinaissance du deuxième jumeau en fonction du motif d'admission**

**Khi2= 28,37 p= 0,05.**

75% des parturientes admises pour rétention du deuxième jumeau ont accouché d'un mort né.

## VII Chorionicité



**Graphique n°10 : Répartition des cas selon la Chorionicité**

Le placenta bi chorial bi amniotique est significativement la plus fréquente dans la grossesse gémellaire (62,9% vs 29% pour les mono choriaux bi amniotiques et 8,1% pour les mono choriaux mono amniotiques) ; p= 0,003.

## VIII Complication post partum

**Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon les complications post partum**

Types de Complication	Grossesses Gémellaires		Grossesses Uniques	
	n	%	n	%
Hémorragie délivrance	2	3,2%	0	0%
Anémie Sévère	5	8,1%	5	4%
Infections Puerpérales	3	4,8%	2	1,6%
Eclampsie	2	3,2%	1	0,8%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>19,3%</b>	<b>8</b>	<b>6,4%</b>

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes  $p > 0,05$ .

## IX MORTALITE MATERNELLE

Un cas de décès maternel (1,6%) a concerné les grossesses gémellaires et un cas chez les témoins (0,8%).

**COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSION**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### I- Incidence

Sur un total de 1253 accouchements enregistrés à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti, nous avons obtenu 62 cas d'accouchement gémellaire soit 4,94%. Ce résultat est supérieur aux résultats obtenus à Bamako avec TRAORE K M [19] qui trouve 1,96% au CSRef IV et CAMARA N [9] qui trouve 2,6% à la maternité du Point G. Cela peut être expliqué par le fait que l'hôpital Sominé Dolo est la seule structure qui reçoit les grossesses et accouchements à risque élevé dans la région de Mopti.

### II- Caractéristiques sociodémographiques

La fréquence la plus élevée s'observe entre 15-35ans (91% contre 77,7% pour les témoins. Cela s'explique par le fait que le taux de gonadotrophine augmente avec l'âge (hormone impliquée dans la survenue des grossesses gémellaires).

Ce résultat est comparable à celui de BUANGA J K [7] qui trouve 92,4% des grossesses gémellaires entre 20-40 ans en 2000 au Sénégal.

La fréquence est de 2,6% après 40 ans. Cette chute de taux de grossesse gémellaire s'explique par le mauvais fonctionnement ovarien à partir de 40 ans qui a pour conséquence une baisse du taux de gonadotrophine.

Ce résultat est superposable à celui de CAMARA N [9] qui trouve 3,1% à la maternité du Point G en 2006.

Les multipares sont les plus nombreuses (56,4%) suivies des primipares (19,3%) et les nullipares (12,9%), les grandes multipares représentaient 11,2%.

La fréquence élevée chez les multipares s'explique par un taux élevé de gonadotrophine qui augmente avec la parité.

Ce résultat est supérieur à celui de YOUNSOU G. [38] qui trouve une fréquence de 41,2% chez les multipares à la maternité d'ISSAKA GAZOBI de Niamey en 2007.

La prévalence de grossesse gémellaire est plus élevée chez les peulhs 48,4% contre 32,3% pour les témoins. Cela s'explique par le fait que les peulhs sont fortement représenté dans la population de Mopti (23%).

Ce résultat est différent de celui de TRAORE K M [81] qui a trouvé une fréquence élevée chez les Bambara (32,6%) au CSRef IV Bamako en 2005.

24,4% des grossesses gémellaires contre 0,8% des grossesses uniques ont un antécédent familial de grossesses gémellaires.

Ce résultat est largement inférieur à ceux de TRAORE K M [19] 55,1% et de CAMARA N [9], 27,3%

L'hérédité est un facteur favorisant de la grossesse gémellaire.

Au cours de notre étude 3 parturientes (4,8%) contre 2 chez les témoins (1,6%) ont bénéficié d'un traitement de stérilité. L'utilisation des gonadotrophines pour stimuler les ovaires explique la survenue des grossesses gémellaires au cours du traitement de stérilité.

Ce résultat est supérieur à celui de TALL S M [33] qui trouve 1,7% au CSRef I du district de Bamako.

### **III- Suivi de la grossesse gémellaire**

Dans notre étude, 27,4% des grossesses gémellaires contre 19,4% des grossesses uniques n'étaient pas surveillées et seulement 51,6% contre 62,9% de ces grossesses étaient surveillées de façon constante.

Le taux élevé de grossesse gémellaire non surveillée peut être expliqué par le fait que les femmes porteuses de ces grossesses vivent en milieu rural (41,9% contre 29%) et elles n'ont pas d'information nécessaire sur l'importance des consultations prénatales.

**48,4%** des grossesses gémellaires sont diagnostiquées au cours de l'accouchement. Cela s'explique par le fait que ces parturientes n'avaient pas fait de CPN et d'échographie pendant la grossesse.

Ce résultat est supérieur à celui de TALL S M 36,4% au CSRef I du district de Bamako.

La menace d'accouchement prématuré a été la principale complication avec une fréquence de 14,5% contre 0,8% pour les témoins. La menace d'accouchement prématuré s'explique surtout par la surdistension utérine.

Ce résultat est légèrement supérieur à celui de TRAORE K M [19] qui trouve 12,3%.

La fréquence de prééclampsie/éclampsie dans notre étude est de 8,1% contre 4,8% pour les témoins.

La fréquence élevée de prééclampsie/éclampsie peut être expliquée par l'hypertension artérielle diastolique et les syndromes vasculo-renaux fréquents en cas de gémellité.

Ce résultat est sensiblement supérieur à celui de TALL M S [33] qui trouve 6,8% contre 1,07% au CSRef I du District de Bamako.

#### **IV- ACCOUCHEMENT**

Dans cette étude nous avons observés 8,1% cas de rupture prématurée des membranes (RPM) contre 1,6% chez les témoins.

Le risque de RPM dans la gémellité peut être expliqué par la surdistension utérine et la déhiscence du col.

Les présentations dystociques ont représenté 38,7% pour J1, 37,09% pour J2 et 13,7% pour les grossesses uniques.

Les présentations dystociques sont plus fréquentes au cours de l'accouchement gémellaire car chaque fœtus doit s'accommoder à l'utérus et à l'autre foetus.

Ces résultats sont supérieurs à ceux de CAMARA N [9] qui trouve 28,1% pour J1 contre 5,4% pour les témoins.

L'accouchement par voie basse a représenté 54,8% contre 76,6% pour les témoins. Ce résultat est inférieur à celui de TRAORE K M [19] 65,2% au CSRef IV.

La césarienne a représenté 33,9% contre 20,2% pour les témoins.

Le taux élevé de césarienne en cas d'accouchement gémellaire s'explique par la fréquence élevée de présentation vicieuse (38,7% contre 13,7%) des pathologies

maternelles (PEE, 8,1% contre 4,8% et l'HRP, 1,6 contre 0,8%) et par l'existence d'un facteur de risque maternel tel que l'utérus cicatriciel (9,7%).

Ce résultat est superposable à celui de CAMARA N [9] 31% contre 25,2%.

La voie mixte a représenté 9,7%.

La voie mixte peut être expliquée par le fait que les femmes sont admises après l'expulsion du premier jumeau et l'utérus est déjà rétracté sur le deuxième jumeau rendant impossible l'accouchement de ce jumeau par la voie basse.

WEN S W a trouvé 9,45% aux USA en 2004.

Un cas de rupture utérine consécutive à un accouchement à domicile a été noté.

On a pratiqué une laparotomie avec hystérorraphie.

Les principales indications de la césarienne ont été :

- Premier jumeau en présentation vicieuse (16,1%) ;
- Rétention du deuxième jumeau (11,3%) ;
- Grossesse gémellaire sur utérus cicatriciel (4,8%) ;
- Placenta praevia hémorragique (1,6%).

Ces indications sont comparables aux indications citées par TRAORE K M [19].

L'hémorragie de la délivrance (3,2% contre 0%) et l'éclampsie (3,2% contre 0,8%) ont été les principales complications du post partum.

L'hémorragie de la délivrance s'explique par l'étendue de la surface placentaire, l'atonie et la surdistension utérines. Notre résultat est comparable à celui d'AISIEN A O [2] qui trouve 3% à Jos au Nigeria.

L'éclampsie s'explique par les syndromes vasculo-renaux fréquent en cas de gémellité [26] avec élévation de la tension diastolique.

Un cas de décès maternel a été enregistré dû à l'HRP avec trouble de coagulation

La fréquence de prématurité est de 29% contre 10,5% pour les témoins.

Cette prévalence élevée de prématurité s'explique par la surdistension utérine qui peut à elle seule déclencher le travail ou par sa conséquence, la rupture prématurée des membranes qu'elle entraîne le plus souvent. Elle s'explique

aussi par les syndromes vasculo- rénaux plus fréquents au cours de la grossesse gémellaire.

Ce résultat confirme les données des études antérieures : POLUDNIEWSKI G [32] qui trouve 53% en Pologne ; 39,4% par CAMARA N [9] au Mali.

Toutes les études dans notre revue de littérature notent une augmentation du risque de prématurité en cas de grossesse gémellaire lorsqu'on la compare à la grossesse unique. Ce risque varie de 1,09 à 9,5 [5].

Notre étude révèle un petit poids à la naissance plus élevé en cas de gémellité, 61,2% contre 18,5% pour les témoins.

Le petit poids de naissance s'explique par la fréquence de la prématurité et le retard de croissance in utero en cas de gémellité.

Ce résultat est comparable à celui de SALIHU H M [40] qui trouve 69,4% en 2005 aux USA et d'AISIEN A O [2] qui trouve 57,8% au Nigeria.

Presque tous les auteurs rapportent un risque de faible poids de naissance associé à la gémellité.

La fréquence de mortinaissance est de 16,1% contre 5,5% pour les témoins. Plusieurs facteurs permettent de comprendre ce risque élevé en cas de gémellité surtout les pathologies maternelles (HRP, prééclampsie/éclampsie).

Ce résultat est légèrement inférieur à celui de CAMARA N [9] 19,1% contre 10,4%.

La grossesse bi chorale bi amniotique a été la plus fréquente 62,9% contre 29% pour la grossesse mono chorale bi amniotique et 8,1% pour la grossesse mono chorale mono amniotique.

Ce résultat est supérieur à celui de CAMARA N [9] qui trouve 26% de grossesses bi chorales bi amniotiques, 12,5% de grossesses mono chorales bi amniotiques et 2,6% de grossesses mono chorales mono amniotiques.

# CONCLUSION

## **CONCLUSION :**

La grossesse gémellaire est un phénomène fréquent à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti avec une prédominance dans l'ethnie peulh.

La fréquence augmente avec la parité.

Seulement 8,1% de ces grossesses étaient surveillées par un spécialiste, 27,4% des femmes n'étaient pas suivies et 48,4% des grossesses sont diagnostiquées au moment de l'accouchement

La césarienne est fréquente en cas de gémellité

L'accouchement prématuré, l'éclampsie et l'hémorragie de la délivrance ont été les principales complications.

Il s'agit d'une grossesse à risque dont le suivi et l'accouchement doivent se faire par un spécialiste.

# **RECOMMENDATIONS**

## **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes qui s'adressent :

### **1-A la communauté :**

- Consultez les centres de santé dès le début de la grossesse en vue du diagnostic précoce des grossesses à risque élevé,
- Faire régulièrement les consultations prénatales.

### **2- Aux agents de santé :**

- Demander systématiquement l'échographie du premier trimestre pour établir le diagnostic précoce des grossesses multiples.
- Référer les cas de grossesses gémellaires aux spécialistes comme toutes les autres grossesses à risque élevé,
- Référer à temps toutes les femmes ayant une hauteur utérine excessive vers les structures spécialisées.

### **3- A la direction de l'hôpital Sominé Dolo**

Créer un service de néonatalogie à l'hôpital

### **4- Aux autorités**

- Elargir les campagnes de sensibilisation sur l'importance des consultations prénatales
- Améliorer le système de référence et évacuation.

# **REFERENCES**

## REFERENCES

- 1-ABOSSOLO T, DANCOISNE P, TUAILLO J, ORRVAIN E, SOMMER J C, RIVIERE J P.**  
Diagnostic anténatal précoce de jumeaux céphalo- thoracopages asymétriques.  
**J; Gynecol. Obst. Biol. Reprod. 1994, 23, 79-84.**
- 2- ASSIEN AO, OLAREWAJU RS, IMADE G E.**  
Twins in Jos, Nigeria: a seven-year retrospective study.  
**Med Sci Monit, 2000; 6( 5 ): 945-950.**
- 3- BERNISCHKE K, SLAMAN F M.**  
History of twin transfusion syndrome.  
**The twin to twin transfusion syndrome foundation, university medical center, 2000, 11-5.**
- 4- BIQUARD F.**  
Grossesses multiples.  
**Service de gynécologie obstétrique- CHU Angers 2002, 1, 6-9.**
- 5 - BLONDEL B, KAMINSKI M.**  
L'accouchement multiple en France.  
**J Gynecol Obstet Biol Reprod 1988; 17: 1106-07.**
- 6-BOUGOIN P, MARC J, MERGER C, DELLATE J N.**  
A propos d'un cas de grossesse gémellaire dizygotique où la Superfœtation paraît peu contestable.  
**J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995.**
- 7- BUANGA J K.**  
Difficultés de prise en charge de la grossesse et l'accouchement gémellaire en milieu Africain.  
**Médecine d'Afrique Noire, 2000, 47,8-9.**
- 8- CELIK O, HASCALIK S, KARASLAN M et al.**  
The vanishing twin.  
**Inonu university, medical faculty, department of obstetrics and gynecology, Malatya, Turkey, 2003, 10(1) 31-2.**
- 9- CAMARA N.**

Grossesses et Accouchements multiples au **CHU** du “ **Point G**” de **1985-2005** à propos d’une étude rétrospective **cas- témoins** de **505** grossesses gémellaires vs **18599** grossesses uniques.

**Thèse de Médecine Bamako 2006 M-308.**

**10- DE TOURRIS H, HENRION R, DELECOUR M.**

Gynécologie et Obstétrique.

**Masson, Paris, 1994, 671p.**

**11- DIALL N G.**

Contribution à l’étude de la grossesse et l’accouchement gémellaires dans les maternités du district du Bamako.

**Thèse, Med, Bamako. 1988, N° 36.**

**12- DIAMOYE S.**

Grossesse et accouchement gémellaires à l’hôpital de Gao à propos d’une étude cas-témoins de 40 grossesses gémellaires contre 120 grossesses uniques.

**Thèse de médecine Bamako 2009.n° 384.**

**13-DIARRA S.**

Accouchement gémellaire. Revue de la littérature et étude analytique de **123** cas au **CHU** de Saison.

**Mémoire, Gynecologie- Obstétrique. Bamako 1998 n°108.**

**14- DUBRISAY L, CYRILLE J.**

Précis d’accouchement.

**13<sup>ème</sup> édit (Paris). Lamare- Poinat.**

**15- FIORE E.**

Multiple births and the rising rate of preterm delivery.

**Contemporary Ob/ Gyn Jul. 1, 2003; 48:67-77.**

**16- FIVNA T.**

Facteurs de risque de grossesses multiples en procréation médicalement assistée.

**Concept fertil sex 1993 ; 21 :362-6.**

**17- GAUKWELL S, DEIDRE J.**

The effect of mode of delivery and gestational age on neonatal outcome of the non- cephalic presenting second twin.

**18- JILL G, ROGER B, PATRICK D.**

Cost- effective delivery management of the vertex and monvertex twin gestation.

**Am J Obstet Gynecol, 1998, 179, 864-9.**

**19- TRAORE K M .**

Grossesses et accouchement multiples au CSRef IV du district de Bamako de 2002-2004 à propos de 89 cas.

**Thèse de Médecine ; Bamako 2005- M109.**

**20- KIM A.**

Prenatal ultrasonography in complications Arising in Twin pregnancy.

**Korean J Radiol, 2003, 55-9.**

**21- KONE D F.**

Grossesses et accouchements multiples dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital national du Point « G ».

**Thèse, Méd., Bamako. 2001, N° 12.**

**22- LANSAC J, BODY G.**

L'accouchement des grossesses multiples.

**Pratique de l'accouchement (Paris, France). 1988.**

**23- MARK P, MICHAEL J.**

Multiple pregnancy: a modern epidemic?

**MJA, 2003, 178(12), 613-15.**

**24- MAULDIN J G, NEWMAN R B, MAULDIN P D.**

Cost- effective delivery management of the vertex and non vertex twin gestation.

**Am J Obstet Gynecol. 1998, 179, 864-9.**

**25- MEYE J F, ZUE A S, NGOU MWE N J P et al.**

Pronostic de l'accouchement gémellaire en milieu Africain.

**Cahiers d'études et de recherches francophones/ Santé, 2001, 11(2), 91-4.**

**26- MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J.**

Précis d'obstétrique.

**Masson, Paris, 1995, 597p**

**27- ODUKOGBE A A, ADESINA O A, BABARINSA I A et al.**

Sixty one days twin to twin interval in a low technology setting.

**Afr J Med Sci. 2002, 31(3), 275-6.**

**28- PANSKY B.**

Embryologie humaine.

**Marketing édition, Paris, 1986p 75-7.**

**29- PAPERNIK E, ZAZZ R, PONS J C, ROBIN M.**

Jumeaux, triplets et plus.

**Edit Nathan (Paris, France). 1992-1995.**

**30- PESSONNIER A, KO P, KIVOKYU N, FOURNIER A.**

Grossesses gémellaires monochoriale mono amniotiques, problème diagnostique. Risque évolutif.

**J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994 ; 23 : 299-302.**

**31- PISON G.**

Près de la moitié des jumeaux naissent en Afrique.

**Population et Sociétés, 2000, N° 360, page 2.**

**32- POLUDNIEWSKI G, BIELECKI D A, JAROKI S, GALINSKA-KIN B, BOCHENKO- LUCZYNSKA J.**

Analysis of the frequency of diseases during twin pregnancy, methods of its completion and complications ascertained in newborns from personal clinical materials.

**Ginekol Pol. 2000 Nov; 71(11): 1429- 34**

**33- PRANCHE V N.**

Difficulties in the Obstetrical management of the delivery of Twins.

**Akusherstvo I ginekologija 34(3): 69, 1995.**

**34- TALL S M.**

Pronostic de l'accouchement gémellaire au CSRef I du district de Bamako.

**Thèse de médecine Bamako 2008 M-399 n° 289.**

**35- TRAORE A K Z.**

Grossesse et accouchement multiples dans le service de gynéco- obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

**Thèse Méd, Bamako. 1998, N° 43.**

**36- TOGOLA B.**

Pronostic de l'accouchement gémellaire au CSRef II du district de Bamako.

**Thèse de médecine Bamako 2009 n°319.**

**37- VOKAER R, BARRAT J, BOSSARD H, LEWIN D, RENAUD R.**

Traité Obstet, (Paris). Masson; **1983.**

**38- WEN SHI W, FUNG K F K, OPPENHEIMER L, DEMISSIE K, QIUYING Y, WALKER M.**

Neonatal mortality in second twin according to cause of death, gestational age and cause of delivery.

**American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004); 191: 778-83.**

**39- YOUNSOU. G, NAYAMA. M, GARBA. M, IDI. N, OUMARA M, TAHIROU.A, SALIFOU.S, DJIBRIL. B, HAMA S, DIALLO. F.Z, HAMA. D.H, KAMAYE. M M, ALIHONOU E.**

Pronostic de l'accouchement gémellaire à la maternité ISSAKA GAZOBI de Niamey à propos de 170 cas.

**SAGO 2008 page 213.**

**40- SALIHU H M, ALIYU M H, SEDJRO J E, NABUKERA SARAH, OLUWATADE O and ALEXANDER G R.**

Teen twin Pregnancies: Differences in Fetal Growth Outcomes among Blacks and Whites.

**American Journal of Perinatology, volume 22, Number 6 (2005) 193,198, - 203.**

**41- KUTNAHORSKY R.**

Diagnostic de chorionicité: pourquoi? Quand ? Comment ?

**Prise en charge des grossesses multiples, Parc 1998, 1, 12-5.**

# **ANNEXES**

## Annexe

### **GROSSESSE, ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

#### FICHE D'ENQUETE

#### **IDENTITE DE LA FEMME**

Q1 Date d'entrée \...../

Q2 Dossier no \...../

Q3 Nom .....

Q4 Prénom .....

Q5 Ethnie

1=peulh 2=bambara 3=sonrhäi 4=dogon 5= bozo

6= autres

Q6 Age (année) \...../

Q7 Statut matrimonial

1=mariée 2=célibataire 3=veuve 4=divorcée

Q8 Profession

1=ménagère 2=élève/étudiante 3=fonctionnaire 4= autres

Q9 Profession du conjoint

1=cultivateur 2=commerçant 3=fonctionnaire élève/étudiant 5

autre

Q10 Provenance

1= Mopti ville 2=Sevaré 3= Medina-coura 4= Zone rurale de Mopti

5=Autres cercles de Mopti

#### **ANTECEDENTS**

Q11 Antécédents familiaux :

Q11A antécédents familiaux de gémellité

Q12 Antécédents médicaux

Q12A HTA	\...../	1=oui 2=non
Q12B Drépanocytose	\...../	1=oui 2=non
Q12C Diabète	\...../	1=oui 2=non
Q12D Asthme	\...../	1=oui 2=non
Q12E Autres	\...../	1=oui 2=non

Si autres, préciser.....

Q13 Antécédents gyneco-obstétriques

Q13E gestité	\...../	
Q13F Parité	\...../	
Q13G DDR	\...../	
1=connue	2=inconnue	
Q13H IIG (en mois)	\...../	
Q13I antécédents personnels de gémellité	\...../	1= oui 2= non
Q13J Traitement de stimulation ovarienne	\...../	1=oui 2=non

Q14 Antécédents chirurgicaux

Q14A GEU	\...../	1=oui
2=non		
Q14B Myomectomie	\...../	1=oui
2=non		
Q 14C Kystectomie	\...../	1=oui
2=non		
Q14D Césarienne antérieure		1=oui 2=non
Q14E Nombre de cicatrice		1= unique 2= double
3= triple et plus		
Q14F Antécédent de cure de prolapsus ou de FVV	\...../	1= oui
2=non		

Q14G Autre antécédent chirurgical à préciser.....

**PERIODE PRENATALE**

Q16 CPN 1= 0 2= 1 3= deux 4=3 ou plus  
 \...../

Auteur : \...../

1=spécialiste 2=généraliste 3=sage femme 4=matrone  
5=autre

**COMPLICATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE**

Q18 Evolution de la grossesse au premier trimestre

1= Normale 2= vomissements gravidiques 3= menace d'avortement  
4= avortement  
5= autres

Si autres préciser .....

Q19 Evolution de la grossesse au deuxième et troisième trimestre

1= normale 2= menace d'accouchement prématuré 3=  
préclampsie/éclampsie  
5=HRP 6= PP hémorragique 7= hydramnios sévère 8= anémie  
9= Autres

Si autres préciser.....

Q20 Hospitalisation /...../ 1=oui  
2=non

Durée d'hospitalisation (nombre de jour) =.....

**ADMISSION**

Q21 Mode d'admission :

1= venue d'elle-même 2= référée à froid 3= évacuée 4= déjà  
hospitalisée

Q Provenance :

1= Cscm 2= Csref 3= Autres structures sanitaires 4= Domicile

Q22 Motif d'évacuation

.....

Q23 Traitement reçu avant l'évacuation:

1= oui      2= non      \...../

**EXAMEN CLINIQUE**

Q24A Etat à l'admission :

1= non en travail      2= phase e latence      3= phase active      4= J1  
expulsé

Q24F Age grossesse

1= à terme      2= non à terme

Q24G HU (cm)      \...../

Q24H BCF (bat par mn)      \...../

Q25 Présentation de J1      \...../

1= céphalique      2= siège      3= transverse      4= autre

**Q27 MODE D'ACCOUCHEMENT**

1= vaginal      2= césarienne      3= mixte      4= laparotomie pour rupture  
utérine

**Q28 INDICATION DE LA CESARIENNE**

3= dystocie mécanique      4= SFA

5= pathologies maternelles      6= procidence du cordon battant      7=  
pathologies placentaires

8= autres

Si autres, préciser.....

**Q29 TYPE DE CESARIENNE**

1= prophylactique      2= urgence non en travail      3= au cours du travail

**Q31 COMPLICATIONS POST PARTUM OU POST OPERATOIRE**

1=aucune      2= hémorragie      3= thrombophlébite      4= anémie sévère  
5= infection puerpérale ou post opératoire      6= autres

Si autres, préciser

### **Q32 SUITES**

1= simples      2= décès maternel      \...../

Si décès maternel, préciser la cause.....

### **Q33 ETAT DES NOUVEAUX NES A LA NAISSANCE**

**J1 :**

1= vivant non réanimé      2= vivant réanimé      3= mort né      4= malformé

Sexe=.....,      poids=.....

### **Q34 DEVENIR DES NOUVEAUX NES**

**J1 :**

1= transféré en pédiatrie      2= non transféré en pédiatrie

Motif du transfert .....

### **Q35 ETAT DES NOUVEAUX NES A LA SORTIE**

**J1 :**

1= vivant      2= décédé le premier jour      3= décédé après le  
premier jour

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM :** HAIDARA

**PRENOM :** Youssouf

**Titre de la thèse :** Grossesse et accouchement 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 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2008.

- **Ville de soutenance :** Bamako.
- **Année universitaire :** 2009-2010.
- **Pays d'origine :** Mali.
- **Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS.
- **Secteur d'intérêt :** gynécologie- obstétrique.

### **RESUME :**

La grossesse gémellaire est une anomalie de reproduction dans l'espèce humaine qui s'associe très souvent au risque d'accouchement prématuré, d'hémorragie de la délivrance, de césarienne entre autre.

### **RESULTATS**

Durant la période d'étude, le service a enregistré 62 grossesses gémellaires sur un total de 1253 accouchements soit une fréquence de 4,94%.

La tranche d'âge la plus concernée est comprise entre 26 et 35 ans (29 cas soit 46,8%). Les multipares sont les plus nombreuses (47cas soit une fréquence de 75,8%). 3 patientes ont bénéficié d'un traitement de stérilité. 40,3% des patientes sont évacuées. La présentation de J1 était céphalique dans 38 cas soit 61,3%. Nous avons enregistré 20 cas de mort né (6 pour J1 et 14 pour J2) et un cas de décès maternel dû à l'HRP. L'hémorragie de la

délivrance, anémie du post partum, les infections puerpérales et l'éclampsie ont été les principales complications.

**Conclusion :** la grossesse gémellaire est une grossesse à risque élevé nécessitant un suivi régulier et une prise en charge pluridisciplinaire (obstétricien et néonatalogiste).

**Mots clés :** Grossesse- Accouchement- Gémellité- Prématurité- Pronostic.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**En présence des maîtres de cette faculté, 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 je 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 nation, de race, de parti ou de classe sociale 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 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 méprisé de mes confrères si j'y manque.**

**Je le jure.**