

**BURKINA - FASO**  
-----  
**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**  
-----

**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**  
**( F.S.S.)**  
-----

**SECTION MEDECINE**

**Année Universitaire 1998-1999**

**Thèse n° 20/99**

**LES ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES**  
**DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU**

*Aspects épidémiocliniques et pronostic materno-fœtal*

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 13 juillet 1999

Pour l'obtention du :

**GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par : **OUATTARA Tiémoko**

Interne des Hôpitaux

Né le 17 décembre 1969 à Péné (Houet)

**Président du Jury :**

Professeur Robert B. SOUDRE

**Directeur de Thèse**

Professeur Bibiane KONE

**Membres du Jury**

Professeur Ag. Issa SANOU

Docteur Boubacar TOURE

-----  
**Faculté des Sciences de la Santé**  
**(F.S.S.)**  
-----

**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF**

<b>Doyen</b>	Pr. Robert B. SOUDRE
<b>Vice-doyen chargé des affaires académiques (VDA)</b> <b>Directeur de la section Pharmacie</b>	Pr. I. Pierre GUISSOU
<b>Vice-doyen à la recherche et à la vulgarisation (VDR)</b>	Pr. Ag Jean KABORE
<b>Directeur des stages de la section Médecine</b>	Pr. Ag Y. Joseph DRABO
<b>Directeur des stages de la section Pharmacie</b>	Dr. Rasmata OUEDRAOGO/ TRAORE
<b>Coordinateur C.E.S. de Chirurgie</b>	Pr. Amadou SANOU
<b>Secrétaire principal</b>	Mr Fakouo TRAORE
<b>Chef de service administratif et financier (CSAF)</b>	Mme Christine NARE
<b>Conservateur de la Bibliothèque</b>	Mr Salif YADA
<b>Chef de scolarité</b>	Mme Kadi ZERBO
<b>Secrétaire du doyen</b>	Mme Mariam DICKO
<b>Secrétaire du VDA</b>	Mme Hakiéta KABRE
<b>Secrétaire VDR</b>	Mme Edwige BONKIAN
<b>Audiovisuel</b>	Mr Alain Pascal PITROIPA
<b>Reprographie</b>	Mr Philippe BOUDA
<b>Service Courrier</b>	Mr Ousmane SAWADOGO

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FSS

### ENSEIGNANTS PERMANENTS

#### Professeurs titulaires

Ramdé Moumouni OUIHINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO(in mémoires)	Sémiologie et Pathologies Médicales
Tinga Robert GUIGIMDE	Parasitologie
Bobilwendé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologie
Amadou SANOU	Chirurgie générale et digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

#### Professeurs Associés

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-Chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

#### Maîtres de conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie-Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie-Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine interne/ Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LINGANI	Néphrologie
Omar TRAORE N° 1	Chirurgie
Kampadilemba OUOBA	Oto-Rhino-Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-Entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique

### **Maitres-Assistants**

Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie générale
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI ZERBO Théophile TAPSOBA	Maladie Infectueuses Biophysique
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynéco-Obstétrique
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-entérologie
Michel AKOTIONGA	Gynéco-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie

### **Maitres-Assistants associés**

Rachid BOUAKAZ	Maladies Infectieuses
----------------	-----------------------

### **Assistants associés**

Caroline Briquet	Chimie Analytique, Pharmacologie & toxicologie
Valérie MURAILLE	Galénique & chimie analytique

### **Assistants Chef de cliniques**

Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HIEN	Chirurgie-Urologie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynéco-Obstétrique
Christian SANOU (in memoriam)	Oto-Rhino-Laryngologie

Madi KABRE	Oto-Rhino-Laryngologie
Doro SEREME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation Physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Abel BAMOUNI	Radiologie
Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-Rhino-Laryngologie
Alain Zoubga	Pneumologie
André K. SAMANDOULGOU	Cardiologie
Nicole M. KYELEME/ZABRE	Maladies infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
<b><u>Assistants</u></b>	
Moussa Bambara	Gynécologie-Obstétrique
Blandine THIEBA/BONANE	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologie
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-Phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatre
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoum D. MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatre
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
Antoinette TRAORE/BELEM	Pédiatre
Christophe S. DA	Chirurgie
Kapoué KARFO	Psychiatrie

Ali NIANKARA	Cardiologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Aurélien J. SANON	Chirurgie
Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiologie
Diarra YE/OUATARRA	Pédiatre
Barnabé ZANGO	Chirurgie

### **Assistants Biologistes des hôpitaux**

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

### **ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

#### **Faculté des sciences et techniques**

#### **Professeurs titulaires**

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM	Chimie

#### **Maîtres de conférences**

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Patoin A. OUEDRAOGO	Zoologie
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie

#### **Maîtres-Assistants**

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie Cellulaire
Macel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques

Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

**Assistants**

Appolinaire BAYALA	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie-Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie-Cellulaire

**Institut du Développement Rural (IDR)**

**Maîtres de conférences**

Didier ZONGO	Génétique
Geoges A. OUEDRAOGO	Biochimie

**Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)**

**Maîtres-Assistants**

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

**Assistants**

Mamadou BOLY	Gestion
--------------	---------

**Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)**

**Assistants**

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

**ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mme Henriette BARY	Psychologie
Dr. Boukary J. OUANDAOGO	Cardiologie
Dr. R Joseph KABORE	Gynéco-Obstétrique
Dr. Seydou B. OUEDRAOGO	Radiologie
Dr. Bruno ELOLA	Anesthési-Réanimation

Dr.Michel SOMBIE	Planification
Dr.Nicole PARQUET	Dermatologie
Mr. GUILLRET	Hydrologie
Mr DAHOU	Hydrologie
Dr.Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr.Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr.Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr.Sidiki TRAORE	Galénique
Mr.Mamadou DIALLO	Anglais
Mr. KPODA	Anglais
Dr. Badioré OUATTARA	Galénique
Dr. Tométo KALOULE	Médecine du travail
Dr. Alassane SICKO	Anatomie
Dr. Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médical.
Dr. Séni KOUANDA	Santé publique
Dr. Noël ZAGRE	Nutrition
Dr. Maminata TRAORE/COULIBALY	Biochimie

### **ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES**

#### **A.U.P.E.L.F.**

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Maktar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

#### **O.M.S**

Dr. Jean J. BERJON	Histologie-Embryologie (Créteil)
--------------------	----------------------------------

Dr. Frédéric GALLEY

Anatomie Pathologie (Lille)

Dr. Moussa TRAORE

Neurologie (Bamako)

Pr. Auguste KADIO

Pathologies Infectieuses et  
parasitaires (Abidjan)

Pr. Jean M. KANGA

Dermatologie (Abidjan)

Pr. Arthur N'GOLET

Anatomie Pathologie  
(Brazzaville)

**Mission Française de Coopération**

Pr. Etienne FROGE

Médecine légale

Pr. AYRAUD

Histologie-Embryologie

Pr. Henry MOURAY

Biochimie (Tours)

Pr. Denis WOUESSI DJEWE

Pharmacie Galénique (Paris XI)

Pr. M. BOIRON

Physiologie

**Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)**

Pr. Marc VAN DAMNE

Chimie analytique-Biophysique

Pr. Viviane MOES

Galénique

# DEDICACES

***Je Dédie ce Travail:...***

## **A Dieu le Père**

*Nous vous devons toutes choses.....*

## **A mon père (in mémoriam)**

*Voici maintenant deux ans que Dieu te rappelait à lui après que tu aies consenti tant de sacrifices pour ma réussite. À présent, voici le fruit de ces efforts à un moment où tu n'es plus.....*

## **A ma mère**

*J'ai toujours été assuré de ton soutien ; j'en aurai encore et toujours besoin . Retrouve ici l'expression de ma profonde gratitude.*

## **A Fatié Ouattara**

*Cher frère, plus que tous, tu as très tôt compris que l'on pouvait tirer quelque chose de moi . Tu as été à un moment où le désespoir prenait le dessus, l'acteur principal de la volonté nouvelle, ayant toi même vécu des moments similaires auparavant. Le moment vient te conforter dans la conviction que tu as toujours eu. Tu m'as toujours compris, tu as toujours placé ta confiance en moi. J'essayerai autant que faire se peut de mériter ta confiance, de maintenir le cap . Encore une fois merci pour tout.*

## **A Ousmane Ouattara et sa femme**

*Ousmane, depuis le premier jour de notre rencontre, quelque chose d'exceptionnel se dessinait ; j'ai trouvé en toi l'ami et le frère ; ceci dans le meilleur sens que ces mots puissent avoir. Puisse Dieu nous permettre d'atteindre nos objectifs.*

*Infiniment merci pour tout.....*

*Laurentia , merci pour le bonheur que tu apportes à mon frère et ami.*

**Au Docteur Traoré Fatoumata :**

*Grand merci pour l'orientation que vous avez donnée à ma vie.*

**Au Docteur Bandré Emile :**

*Je crois avoir fait bon usage de vos conseils de grand frère. J'ai été très touché par votre sollicitude notamment lors des douloureuses circonstances qui m'ont immobilisés durant cinq (5) mois. Grand merci.*

**A mes amis de Bobo Dioulasso:**

*Dramane Koné, Moularye Panou, Ibrahim Agbessi, Peydou Dembélé, Karim Traoré, Peydou Panon, Adamou Traoré :  
Grand Merci pour vos encouragements.*

**Aux internes des hôpitaux :**

*Unis, nous vaincrons.*

**A tout le personnel de la maternité du CHN-YO**

*Merci de m'avoir adopté.*

**Aux jumeaux**

*J'ai espoir que ce modeste travail contribuera à améliorer la prise en charge de vos cadets.*

**A tous ceux pour qui je compte.....**

**A NOS MAÎTRES ET JUGES**

**A notre Maître et Président du Jury,  
Monsieur le Docteur Bobilwendé Robert. SOUDRE,  
Professeur d'Anatomie Pathologique,  
Chef du département d'Anatomie Pathologique,  
Chef du Laboratoire du CHN-YO,  
Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé.**

*C'est un honneur et un grand privilège pour nous que vous acceptiez de présider le jury de notre thèse.*

*Nous admirons votre simplicité et votre disponibilité.*

*Veuillez trouver ici, l'expression de notre profond respect.*

**A notre Maître et directeur de thèse,  
Madame le Docteur Bibiane KONE,  
Professeur de Gynécologie-Obstétrique,  
Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique,  
Chef du Département de Gynécologie-Obstétrique.**

*Quand nous intégrions votre équipe, rien ne présageait pour nous les suites actuelles. Très vite, nous avons trouvé sous votre direction une équipe dynamique, soudée ayant des orientations nobles et précises : nous avons tout simplement été séduit. Vous nous avez gardé à vos côtés en dépit de certaines difficultés de parcours : ceci se comprend quand on connaît vos grandes qualités humaines et qui font de vous une grande Dame.*

*Nous gardons de vous l'image d'un guide qui ne ménage aucun effort pour la réussite de ses collaborateurs.*

*Nous avons beaucoup appris à vos côtés ; notre espoir est de pouvoir continuer à bénéficier de vos grandes connaissances scientifiques.*

*Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre entier dévouement.*

**A notre Maître et Juge,**

**Monsieur le Docteur Issa SANOU,**

**Maître de Conférence Agrégé en Pédiatrie**

*C'est un grand honneur et un grand privilège que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre sollicitude et votre grande disponibilité sont pour nous une référence.*

*Nous vous prions de trouver ici, l'expression de notre profond respect et notre profonde reconnaissance.*

**A notre Maître et Juge,**

**Monsieur le Docteur Boubacar TOURE**

**Maître Assistant au Département de Gynécologie-Obstétrique,**

**Ancien Interne des Hôpitaux d'Abidjan**

*À vos côtés, nous avons eu le privilège de bénéficier de vos grandes connaissances scientifiques et de votre encadrement durant les stages.*

*Votre simplicité et votre disponibilité forcent l'admiration.*

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Veillez accepter ici l'expression de nos sentiments distingués.*

# REMERCIEMENTS

*Aux Sages femmes des Maternités du CHN-YO,  
de Saint Camille, de Gounghin, de Paul VI,  
de Pogbi, de Yennega, de Kossodo.*

*Votre collaboration m'a été d'une aide très précieuse dans la réalisation  
de ce travail.*

*Acceptez i ci, l'expression de mes sincères remerciements*

*A tous les enseignants de la Faculté des sciences de la Santé*

*Grand merci pour l'enseignement que j'ai reçu.*

*LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE ARRETE QUE LES OPINIONS  
EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI SERONT PRESENTEES DOIVENT  
ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE  
N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION NI AUCUNE  
IMPROBATION*

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>C.H.N.-Y.O. :</b>	Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
<b>G.G. :</b>	Grossesse gémellaire
<b>C.P.N. :</b>	Consultation prénatale
<b>J1 :</b>	Premier jumeau
<b>J2 :</b>	Deuxième jumeau
<b>H.T.A. :</b>	Hypertension artérielle
<b>O.M.I. :</b>	Œdème des membres inférieurs
<b>R.C.I.U. :</b>	Retard de Croissance Intra Utérin
<b>R.A.M. :</b>	Rupture Artificielle des Membranes
<b>V.M.I. :</b>	Version par Manœuvres Internes
<b>G.E.S. :</b>	Grande Extraction du Siège

## LISTE DES FIGURES

- Figure 1 :** Jumeaux conjoints, types anatomiques.
- Figure 2 :** Présentations des jumeaux au début du travail d'après CHAMBERLAIN.
- Figure 3 :** Distribution des accouchements gémellaires selon les sept (7) maternités.
- Figure 4 :** Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge.
- Figure 5 :** Répartition des patientes selon leur statut matrimonial.
- Figure 6 :** Répartition des patientes selon la religion.
- Figure 7 :** Distribution des patientes en fonction de la gestité.
- Figure 8 :** Distribution des patientes selon la parité avant l'accouchement.
- Figure 9 :** Distribution des patientes en fonction de l'usage des méthodes contraceptives.
- Figure 10 :** Répartition des patientes selon le nombre d'accouchements gémellaires antérieurs.
- Figure 11 :** Répartition des patientes selon le moment du diagnostic de la gémellité.
- Figure 12 :** Distribution des patientes selon le nombre de CPN.
- Figure 13 :** Répartition des patientes selon le terme de la grossesse à l'accouchement.
- Figure 14 :** Distribution des nouveaux nés selon leurs présentations.
- Figure 15 :** Répartition des parturientes en fonction de la durée de l'intervalle de temps entre les deux naissances.
- Figure 16 :** Répartition des types de placenta
- Figure 17 :** Répartition des jumeaux en fonction de leur état de naissance.
- Figure 18 :** Distribution des jumeaux vivants selon le score d'APGAR à une (1) minute.
- Figure 19 :** Distribution des jumeaux selon le score d'APGAR à cinq (5) minutes.
- Figure 20 :** Répartition des jumeaux selon le sexe.
- Figure 21 :** Evolution de la survie des jumeaux de la naissance à la fin de la période néonatale.

## LISTE DES TABLEAUX

- Tableau I** Proportions des accouchements gémellaires dans l'activité des différentes maternités.
- Tableau II:** Répartition des patientes selon le nombre d'avortements.
- Tableau III:** Répartition des moyens diagnostiques.
- Tableau IV:** Distribution des grossesses selon les types de présentations prises par les jumeaux.
- Tableau V:** Répartition des jumeaux selon le mode d'accouchement.
- Tableau VI:** Distribution des accouchements selon l'état de naissance des jumeaux.
- Tableau VII:** Distribution des jumeaux selon le poids de naissance.
- Tableau VIII:** Répartition des jumeaux selon le score d'APGAR.
- Tableau IX** Distribution des jumeaux prématurés selon le score d'APGAR à une (1) minute.
- Tableau X:** Distribution des jumeaux nés à terme selon le score d'APGAR à une (1) minute.
- Tableau XI:** Etat de naissance des jumeaux en fonction du poids de naissance
- Tableau XII:** Etat de naissance de J2 selon la durée de l'intervalle de temps entre les deux naissances.
- Tableau XIII:** Répartition des nouveaux nés selon le poids au 7<sup>ème</sup> jour.
- Tableau XIV:** Répartition des nouveaux nés selon le poids au 28<sup>ème</sup> jour
- Tableau XV :** Quelques taux hospitaliers d'accouchements gémellaires relevés à travers la littérature.
- Tableau XVI:** Quelques taux de césarienne à travers la littérature
- Tableau XVII:** Fréquence des modalités de présentations fœtales à travers la littérature..
- Tableau XVIII:** Types de placenta relevés dans notre étude et dans deux autres.

# SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME .....</b>	<b>2</b>
<b>2. GENERALITES - REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>4</b>
2. 1.: DEFINITIONS .....	5
2. 1. 1. <i>La grossesse gémellaire</i> .....	5
2.1. 2. <i>L'accouchement gémellaire</i> .....	5
2. 2. FREQUENCES.....	5
2. 3. TYPES DE GEMELLITE.....	6
2. 3. 1. <i>Les grossesses gémellaires dizygotes</i> .....	6
2. 3. 2. <i>Les grossesses gémellaires monozygotes</i> .....	6
2. 4. DIAGNOSTIC DES GROSSESSES GEMELLAIRES.....	9
2. 4. 1. <i>Le diagnostic clinique</i> .....	9
2. 4.2. <i>L'échographie</i> .....	10
2. 4. 3. <i>La radiographie</i> .....	11
2. 4. 4. <i>La biologie</i> .....	11
2. 5. COMPLICATIONS DES GROSSESSES GEMELLAIRES.....	11
2. 5. 1. <i>Les complications non spécifiques</i> .....	11
2. 5. 2. <i>Les complications spécifiques</i> .....	13
2. 6. PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES GEMELLAIRES.....	14
2. 7. L'ACCOUCHEMENT EN CAS DE GROSSESSE GEMELLAIRE.....	15
2. 7. 1. <i>Les modalités de l'accouchement gémellaire</i> .....	15
2. 7. 2. <i>Les complications de l'accouchement gémellaire</i> .....	19
2. 8. PRONOSTIC DES GROSSESSES GEMELLAIRES.....	19
2. 8. 1. <i>Le pronostic fœtal</i> .....	19
2. 8. 2. <i>Le pronostic maternel</i> .....	20
<b>3. OBJECTIFS.....</b>	<b>21</b>
<b>3. 1. Objectif général.....</b>	<b>22</b>
<b>3. 2. Objectifs spécifiques.....</b>	<b>22</b>
<b>4. METHODOLOGIE.....</b>	<b>23</b>
4 . 1. Cadre de l'étude.....	24
4 . 2. Type et période d'étude.....	24
4 . 3. Critères d'inclusion.....	25
4 . 4. Collecte des données.....	25
4 . 5. Saisie et analyse des données.....	26
<b>5. RESULTATS.....</b>	<b>27</b>
5 . 1. FREQUENCES DES ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES.....	28
5 . 1 . 1. <i>Fréquence globale</i> .....	28
5 . 1 . 2. <i>Fréquences selon les maternités</i> .....	28

5.2. PROFIL DES GESTANTES.....	30
5.2.1. L'âge.....	30
5.2.2. La situation matrimoniale.....	30
5.2.3. La religion.....	31
5.2.4. La résidence.....	31
5.3. LES ANTECEDENTS.....	31
5.3.1. La gestité.....	31
5.3.2. La parité.....	32
5.3.3. Les antécédents d'avortement.....	32
5.3.4. L'usage des médicaments hormonaux et des méthodes contraceptives.....	33
5.3.5. Les antécédents d'accouchements gémellaires antérieurs.....	34
5.3.6. L'hérédité familiale.....	34
5.4 : L'HISTOIRE DES GROSSESSES.....	35
5.4.1. Le diagnostic.....	35
5.4.2. La surveillance de la grossesse.....	36
5.4.3. Les complications de la grossesse.....	37
5.5. L'ACCOUCHEMENT.....	38
5.5.1. Le lieu de l'accouchement.....	38
5.5.2. Le terme des grossesses.....	38
5.5.3. Les présentations fœtales.....	39
5.5.4. Le mode d'accouchement.....	40
5.5.5. L'intervalle de temps entre les deux naissances.....	42
5.5.6. Les complications de l'accouchement.....	42
5.5.7. La délivrance.....	43
5.5.8. L'état des jumeaux à la naissance.....	44
5.5.9. Le sexe des jumeaux.....	46
5.5.10. Le poids de naissance des jumeaux.....	47
5.6. LES SUITES DE COUCHES.....	47
5.7. LE PRONOSTIC.....	48
5.7.1. Pronostic fœtal.....	48
-A la naissance.....	48
-Au 7 <sup>ème</sup> jour.....	54
-Au 28 <sup>ème</sup> jour.....	56
-Evolution de la survie des jumeaux de la naissance à la fin de la période néonatale..	58
5.7.2 : Le pronostic maternel dans les grossesses gémellaires.....	59
-Morbidité maternelle.....	59
-Mortalité maternelle.....	60

<b>6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>61</b>
6. 1. LIMITES ET BIAIS.....	62
6. 2. LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.....	62
6. 2 . 1. <i>Fréquences</i> .....	62
6. 2. 2. <i>Profil des gestantes</i> .....	63
6. 3. L'HISTOIRE DES GROSSESSES.....	66
6. 3. 1. <i>Le diagnostic</i> .....	66
6. 3. 2. <i>La prise en charge des grossesses</i> .....	68
6. 3. 3. <i>Les complications de la grossesse gémellaire</i> .....	70
6. 4. L'ACCOUCHEMENT.....	74
6. 4 .1. <i>Le lieu de l'accouchement</i> .....	74
6. 4 .2. <i>Le terme des grossesses</i> .....	74
6. 4. 3. <i>Le mode d'accouchement</i> .....	75
6. 4. 4. <i>Les présentations fœtales</i> .....	77
6. 4. 5.. <i>La délivrance</i> .....	78
6. 4. 6. <i>Les complications de l'accouchement</i> .....	79
6. 5. LE PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE.....	80
6. 5. 1. <i>Le pronostic fœtal</i> .....	80
- L'état à la naissance.....	80
- Etude de quelques facteurs du pronostic fœtal à la naissance.....	82
- La période néonatale.....	85
6. 5. 2. <i>Le pronostic maternel</i> .....	86
<b>7. CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....</b>	<b>88</b>
<b>7. 1. Conclusion</b> .....	<b>89</b>
<b>7. 2. Suggestions</b> .....	<b>89</b>
<b>7. 3. Proposition de prise en charge</b> .....	<b>90</b>
<b>8. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>94</b>
<b>9. ANNEXE</b>	

# 1 : INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

La grossesse gémellaire est une anomalie, une exception dans l'espèce humaine où chaque gestation comporte en principe un seul fœtus [ 9, 36 ]. Relativement rare, elle a tendance à devenir actuellement de plus en plus fréquente du fait des nouvelles techniques de traitement de la stérilité avec le recours à la procréation médicalement assistée largement utilisée dans les pays développés, augmentant ainsi l'incidence des conceptions multiples et partant des grossesses gémellaires [5, 9, 10, 17, 18, 23, 25, 36, 47 ]. Les pays en développement ne sont d'ailleurs pas en reste car ces techniques y ont fait leur apparition, mais compte tenu de leur accessibilité financière, elle ne sont possibles que pour un nombre restreint de couples.

La fréquence des grossesses gémellaires est variable d'une région à l'autre du monde ; cette variabilité semble être liée à la race. C'est ainsi que le taux de grossesses gémellaires dans l'activité obstétricale des populations de race blanche tourne autour de 1% [ 9, 12, 23, 26, 30, 34, 36, 45, 48, 49 ], alors que ce taux approche 0,6% chez les asiatiques [ 8, 23, 48 ]. Dans la race noire, le taux moyen oscille autour de 2% [8, 10, 23, 48 ] et peut atteindre parfois 4% dans certaines régions d'Afrique notamment au Nigéria [8].

Le diagnostic de gémellité doit être précocement établi afin de renforcer la surveillance de la grossesse aux fins de limiter les complications inhérentes à celle-ci. Au plan clinique, ce diagnostic pose des difficultés variables selon le terme : plus difficile pendant le premier trimestre, il est relativement aisé au troisième trimestre pour peu qu'on y pense. L'échographie constitue l'examen d'appoint au diagnostic de la grossesse gémellaire : lorsqu'elle est disponible et accessible, elle permet de pallier les insuffisances de l'examen clinique. Elle permet en outre le dépistage précoce des anomalies de la grossesse, assure la surveillance des fœtus et précise le type de gémellité. La radiographie peut également aider au diagnostic en affirmant la gémellité et en aidant au diagnostic des présentations fœtales, mais elle n'est utilisable qu'en fin de grossesse du fait de la nocivité des rayons X.

La grossesse gémellaire est une grossesse à risque élevé [3, 16, 21, 30 ] ; le plus grand et le plus fréquent de ces risques est représenté par la prématurité avec ses conséquences fœtales [ 6, 10, 23, 26, 36, 37, 45, 47, 56 ]. Il en résulte une

augmentation de la morbidité et de la mortalité néonatales [ 10, 20, 45 ]. A ce titre, la grossesse gémellaire doit bénéficier d'une attention particulière en ce qui concerne sa surveillance. Aussi, les naissances gémellaires, malgré leur relative rareté contribuent disproportionnellement à l'augmentation de la mortalité périnatale [ 8, 10, 17, 20, 23, 25, 30, 41, 45, 47, 48 ].

L'accouchement en cas de grossesse gémellaire est le plus souvent un accouchement normal ; mais, compte tenu de la complexité des phénomènes d'accommodation, de la surdistention utérine, des complications sont courantes rendant fréquents l'usage des extractions instrumentales, des manœuvres obstétricales et le recours à la voie haute. C'est pour toutes ces raisons que l'accouchement de la grossesse gémellaire devrait se dérouler dans un centre approprié disposant d'équipement et de personnel à même de faire face aux difficultés de l'accouchement et d'assurer une réanimation néonatale efficace.

Le présent travail se propose de faire un état des lieux sur les accouchements gémellaires dans la ville de Ouagadougou en déterminant les principaux aspects épidémiologiques, en présentant les aspects cliniques, en étudiant le pronostic maternel et en évaluant le pronostic des enfants nés de ces grossesses à risque dans le contexte du Burkina Faso, pays d'Afrique Sub-Sahélienne.

**2 : GENERALITES -REVUE  
DE LA LITTERATURE**

## **2. 1. DEFINITIONS [9, 26, 36, 47 ]**

### **2. 1. 1. LA GROSSESSE GEMELLAIRE**

Elle correspond au développement simultané de deux fœtus dans la cavité utérine. Il s'agit d'une anomalie dans l'espèce humaine, mais, anomalie ne signifie pas maladie.

Les grossesses gémellaires se répartissent en deux grands groupes :

- *les grossesses gémellaires dizygotes ou bi-ovulaires* qui résultent de la fécondation de deux ovules par deux spermatozoïdes différents,
- *les grossesses gémellaires monozygotes ou uni-ovulaires* résultant de la fécondation d'un seul ovule par un spermatozoïde, la division se faisant ultérieurement.

### **2. 1. 2 L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE**

Il donne naissance simultanément à deux nouveaux-nés issus d'une même grossesse, en deux actes. Bien souvent il s'agit d'un accouchement normal, mais, les phénomènes d'accommodations fœtales sont complexes : chaque fœtus devant s'accommoder non seulement à l'utérus et au bassin, mais aussi à l'autre fœtus.

## **2. 2. FREQUENCES [47]**

La fréquence des grossesses gémellaires varie d'une région à l'autre du monde. D'une manière générale, les grossesses gémellaires semblent plus fréquentes dans la race noire. Les taux les plus faibles sont observés chez les asiatiques. Les techniques de procréation médicalement assistée contribuent à l'augmentation de l'incidence des conceptions multiples et donc des grossesses gémellaires, du moins dans les pays développés.

## 2. 3 . TYPES DE GEMELLITE [34]

### 2. 3. 1. LES GROSSESSES GEMELLAIRES DIZYGOTES

#### *Mécanismes de survenue*

Ce type de gémellité résulte de la fécondation simultanée par deux spermatozoïdes de deux ovocytes différents issus des deux ovaires ou d'un seul ovaire. Cette ponte multi ovocytaire serait due à un dérèglement de l'équilibre hormonal qui engendrerait un excès de FSH. Cet excès serait secondaire à des prédispositions héréditaires d'origine maternelle.

Exceptionnellement, la dizygotie peut résulter :

- d'une superfécondation : fécondation de deux ovocytes par deux spermatozoïdes de pères différents (très rare),
- d'une superfœtation : fécondation de deux ovocytes issus de deux cycles successifs (jamais démontrée dans l'espèce humaine).

#### *Fréquences- épidémiologie*

La fréquence des grossesses dizygoties croît avec l'âge maternel, parallèlement à une augmentation du taux de FSH qui induit des ovulations doubles.

La dizygotie augmenterait avec la parité, indépendamment de l'âge maternel.

Une prédisposition familiale par des facteurs héréditaires liés au génotype féminin est certaine : les jumelles ont deux fois plus de chance de faire des jumeaux que la population générale [ 21, 47 ].

Les facteurs ethniques occupent une place importante. En effet, la fréquence des grossesses gémellaires dizygoties va de 6 pour 1000 dans la population asiatique à 16 pour 1000 dans la population africaine avec parfois des taux atteignant 45 pour 1000 chez les Yoruba au Nigeria [ 8 ].

### 2. 3. 2. LES GROSSESSES GEMELLAIRES MONOZYGOTES

#### *Mécanisme de fécondation.*

Ce type de gémellité résulte de la fécondation d'un seul ovocyte par un seul spermatozoïde, donnant un seul œuf qui va se diviser ultérieurement. Les deux fœtus sont génétiquement identiques et donc nécessairement de même sexe. Le rôle de

l'hérédité semble nul dans la genèse de la monozygotie. Les principaux facteurs favorisants évoqués sont :

- les cycles prolongés avec retard à l'ovulation
- la fécondation tardive,
- le vieillissement post ovulatoire.

Ces différents facteurs seraient responsables d'ovopathie par surmaturité et favoriseraient la séparation de l'œuf embryonné, mais aussi la survenue d'anomalies chromosomiques et d'avortements.

### ***Fréquences – Epidémiologie***

La fréquence de la monozygotie est stable entre 3,5 et 5 pour 1000 naissances. Il n'y a pas de variations avec l'origine ethnique ni avec la parité. Par contre, l'âge maternel évolue parallèlement à la fréquence ( 3/ 1000 à 25 ans contre 4,5 / 1000 après 40 ans) [47].

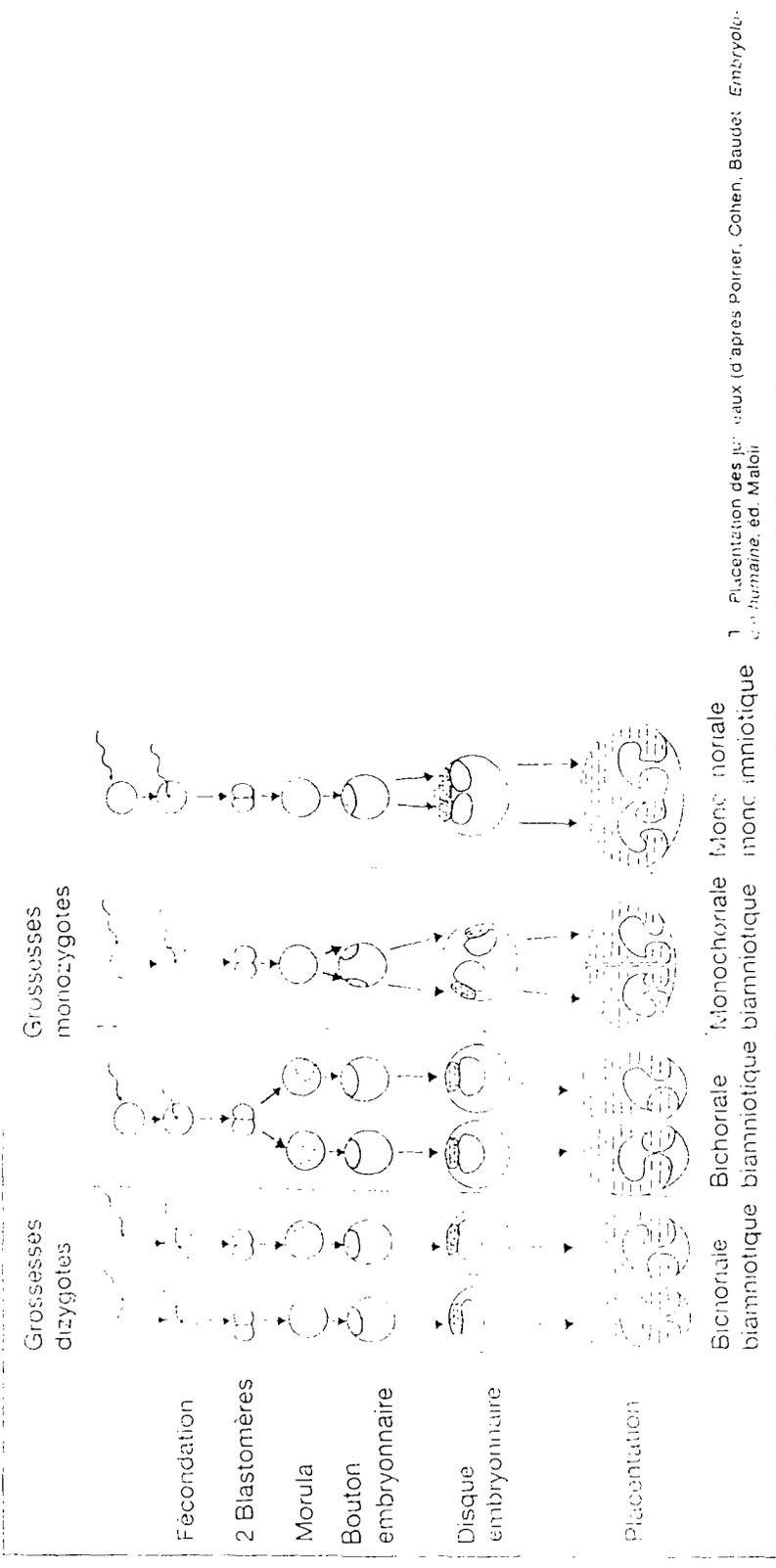
Le nombre de grossesses monozygotes serait plus élevé après fécondation *in vitro*.

### **Remarques :**

- Les grossesses dizygotiques ont toutes une placentation dichoriale, diamniotique,
- Les grossesses monochoriales sont toutes des grossesses monozygotiques,
- Toutes les grossesses dichoriales ne sont pas dizygotiques.

Certaines particularités physiologiques et physiopathologiques des grossesses monozygotiques méritent d'être relevées : la division embryonnaire peut s'effectuer exceptionnellement

( 1 / 100 000 naissances) à un stade très tardif, après la formation du disque embryonnaire, au delà du 14<sup>ème</sup> jour. Cette partition est alors incomplète et conduit à la formation de monstres doubles ( siamois). Ce phénomène survient dans environ 1% des grossesses monozygotiques et touche surtout la fille (70%) [47]. Une classification sémiologique a été établie en fonction du site d'union et de son importance, des organes communs et de la symétrie [47]. La figure 1 donne une représentation des types anatomiques de jumeaux conjoints.



Placentation des jumeaux (d'après Poirier, Cohen, Baudet, Embryologie humaine, ed. Maloi)

**Figure 1 :** Placentation des jumeaux d'après POIRIER, COHEN et BAUDET ( tiré de : Grossesses gémellaires et multiples. Etude anatomoclinique et prise en charge. Enc. Med.

Chir [47]

## **2. 4. DIAGNOSTIC DES GROSSESSES GEMELLAIRES**

Il est important de poser le diagnostic de gémellité le plus tôt possible afin d'assurer une surveillance adéquate dont l'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité périnatales liées pour une grande part à la prématurité et à l'hypotrophie fœtale.

Le diagnostic de la gémellité se fait par la clinique, la biologie, la radiographie, mais aussi et surtout par l'échographie.

### **2. 4. 1. DIAGNOSTIC CLINIQUE**

#### **2. 4. 1. 1. L'interrogatoire :**

Il va rechercher une notion d'antécédents familiaux de gémellité. L'augmentation des signes sympathiques de grossesse parallèle à l'imprégnation hormonale est inconstante.

#### **2. 4. 1. 2. L'examen physique**

Il objective le plus souvent une discordance entre le volume utérin et l'âge présumé de la grossesse.

##### ***Au premier trimestre :***

Le volume utérin est apprécié par le toucher bimanuel. La constatation d'une discordance associée à d'éventuelles données anamnestiques servent le plus souvent à poser l'indication d'un examen échographique précoce qui va affirmer le diagnostic.

##### ***A la fin de la grossesse :***

Le diagnostic est relativement aisé mais l'interprétation d'un excès de volume utérin peut être difficile en raison de l'association fréquente d'anomalies du volume du liquide amniotique.

A l'inspection, le volume de l'utérus dépasse celui d'un utérus normal à terme. Le ventre est trop gros et trop globuleux. La hauteur utérine peut atteindre 40 cm. Les muscles droits sont anormalement écartés, l'ombilic déplié. Il est fréquent d'observer des vergetures abondantes, des varices et des œdèmes des membres inférieurs.

La palpation peut affirmer le diagnostic lorsqu'elle retrouve :

- quatre pôles fœtaux (rarement),
- trois pôles fœtaux dont il faut préciser le siège et la nature,
- deux pôles fœtaux de même nature (affirmation difficile),
- deux pôles fœtaux très rapprochés l'un de l'autre,
- deux pôles fœtaux très éloignés (très trompeuse),
- la disproportion des deux pôles l'un par rapport à l'autre.

Le toucher vaginal complète le diagnostic en montrant :

- une déhiscence fréquente du col, ouvert sans être effacé,
- l'ampliation précoce du segment inférieur.

Il précise le nom, la situation et le volume du pôle qui se présente.

L'auscultation contribue à poser le diagnostic lorsqu'elle perçoit deux foyers d'activité cardiaque distincts. Mais affirmer que les deux foyers perçus sont distincts est difficile.

#### **2. 4. 2. L'ECHOGRAPHIE**

Les auteurs s'accordent à reconnaître en l'échographie un examen nécessaire et suffisant pour porter le diagnostic de gémellité très tôt, dès le premier trimestre [ 10, 26, 36, 38, 47, 51, 53, 56 ].

Le diagnostic positif impose la visualisation sur un même plan de coupe, de deux embryons ou de deux segments embryonnaires identiques [ 47 ]. En pratique, à partir de la 7<sup>ème</sup> semaine, un examen échographique soigneux doit permettre de poser le diagnostic de gémellité dans 100% des cas : deux embryons avec deux activités cardiaques [47].

L'échographie permet dans bon nombre de cas de préciser le type de gémellité.

L'inconstance des signes d'appels fonctionnels et la difficulté de l'examen physique sont autant d'arguments à la réalisation d'une échographie précoce systématique dès les premières semaines de grossesse pour poser le diagnostic de grossesse gémellaire et préciser le type anatomique.

### **2. 4. 3. LA RADIOGRAPHIE**

Elle n'est réalisable qu'en fin de grossesse. Elle affirme le diagnostic et aide à préciser les présentations fœtales. Elle est devenue caduque de nos jours dans les pays développés [47].

### **2. 4. 4. LA BIOLOGIE**

Le dosage du taux de  $\beta$ HCG peut montrer une élévation trop importante par rapport au terme présumé de la grossesse ; constatation qui orientera vers la réalisation d'un examen échographique.

## **2. 5. COMPLICATIONS DES GROSSESSES GEMELLAIRES [47]**

Le déroulement de la grossesse gémellaire est souvent émaillé de complications faisant d'elle une grossesse à risque élevé. Certaines sont spécifiques à la gémellité, d'autres ne sont que plus fréquentes au cours des grossesses gémellaires.

### **2. 5. 1. COMPLICATIONS NON SPECIFIQUES**

Elles sont maternelles et ovulaires

#### **2. 4. 5. 1. Les complications maternelles non spécifiques**

##### ***- Les syndromes vasculo-rénaux***

Ils s'observent plus fréquemment au cours des grossesses gémellaires ( 20 à 30%). Les manifestations cliniques sont plus précoces [36, 47].

Le dépistage et la prévention de ces syndromes vasculo-rénaux par la surveillance de la grossesse sont d'une importance capitale.

##### ***- L'anémie***

La gémellité engendre une augmentation considérable de la consommation de fer et de folates pour assurer l'érythropoïèse des deux fœtus. Par ailleurs, un risque hémorragique au cours de l'accouchement doit toujours être pris en compte. Il est donc important de porter une attention particulière au dépistage précoce d'une anémie chez la mère et d'y apporter une thérapeutique supplétive, systématique pour certains à

partir du deuxième trimestre, impérative dans nos contrées où il existe le plus souvent une malnutrition.

### ***- Les infections***

Les infections urinaires surtout à type de pyélonéphrite sont fréquentes du fait de l'atonie urétérale en rapport avec l'imprégnation hormonale.

## **2. 4. 5.2. Les complications ovulaires non spécifiques**

### ***- La prématurité***

De part sa fréquence et ses conséquences néonatales, la prématurité représente la complication majeure des grossesses gémellaires.

Sa fréquence est variable selon les études, mais dans la plupart des cas, elle approche 40 à 50%. En 1987, RUSSEL K. [51] en Californie aux USA observait un taux de prématurité de 58,8%. En France, TAFFOREAU J. [53] après la mise en place d'une politique de prévention de la prématurité en cas de gémellité, observait encore un taux d'accouchement prématuré de 45%. Au Mali, DOLO A. [17] retrouvait à Bamako un taux de prématurité de 41,7% et dans l'unité des prématurés de ASSIMADI K. [6] à Lomé au Togo, les jumeaux représentaient 35,7%.

Le terme moyen à l'accouchement en cas de grossesse gémellaire est en général de 37 semaines d'aménorrhée.

La prématurité est la grande pourvoyeuse des morts néonatales chez les jumeaux.

### ***- Le retard de croissance intra utérin***

L'hypotrophie fœtale est fréquente au cours de la grossesse gémellaire. Le taux varie selon les études entre 20 et 50% le plus souvent. Les principaux facteurs étiologiques évoqués sont :

- le syndrome de transfusion fœtale,
- certaines pathologies malformatives,
- les syndromes vasculorénaux.

## **2.7.2. LES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE**

### **2.7.2.1. Les complications non spécifiques**

Ce sont :

- La dystocie dynamique
- La procidence du cordon
- L'insertion basse du placenta
- L'anomalie d'insertion du cordon
- L'hémorragie de la délivrance

### **2.7.2.2. Les complications spécifiques**

Elles sont à type de :

- Dystocie gémellaire par accrochage de la tête du premier fœtus en siège lorsque le deuxième est en céphalique.
- Enroulement des cordons : propres aux grossesses monochoriales,
- Jumeaux conjoints ou monstres doubles.

## **2.8. PRONOSTIC DES GROSSESSES GEMELLAIRES**

### **2.8.1. PRONOSTIC FŒTAL**

Le pronostic fœtal en cas de grossesse gémellaire est fonction de différents paramètres ; les auteurs privilégient la surveillance rigoureuse de la grossesse, facteur primordial dont l'objectif est de réduire autant que possible le taux de prématurité, grande pourvoyeuse des états morbides et des morts périnatales. L'efficacité de cette surveillance passe par le diagnostic précoce de la gémellité aux fins de mettre en route les mesures préventives médicales et sociales.

Les données de la littérature relèvent une mortalité néonatale trois à dix fois plus élevée au cours des grossesses gémellaires que lors des grossesses monofœtales [ 45, 47]. Ainsi, malgré la fréquence relativement faible des grossesses gémellaires, les jumeaux contribuent pour une part notable dans la mortalité périnatale. La mortalité néonatale des jumeaux est principalement liée à la prématurité et à l'hypotrophie fœtale.

La prématurité est pourvoyeuse de la maladie des membranes hyalines à l'origine de détresses respiratoires. En outre, elle peut entraîner des dysplasies bronchopulmonaires séquelles de la maladie des membranes hyalines, des hémorragies intra crâniennes, une entérocolite ulcéronécrosante et favoriser la survenue d'infections néonatales.

Le retard de croissance intra utérin expose au risque d'anoxie anténatale, per partum et post natale à l'origine de lésions cérébrales, de désordres métaboliques et hématologiques, le risque majeur étant l'hypoglycémie. Par ailleurs, l'hypotrophie fœtale a un retentissement fréquent sur la croissance à long terme.

Il est à noter que dans la majorité des cas, c'est le deuxième jumeau qui le plus souvent a le pronostic le moins bon du fait de son rang et de l'intervalle de temps qui sépare sa naissance de celle du premier jumeau.

### **2. 8. 2. PRONOSTIC MATERNEL [47]**

En règle, le pronostic maternel au cours d'une grossesse gémellaire ne diffère pas de celui d'une grossesse monofœtale. La particularité de la grossesse gémellaire réside dans le fait que l'organisme maternel doit adapter sa physiologie en réponse à l'augmentation de la production d'hormones stéroïdes d'origine fœtoplacentaire.

Aussi, observe-t-on une plus importante prise de poids, une plus grande utilisation des réserves maternelles notamment en fer et en folates pour assurer l'hématopoïèse des deux fœtus, des modifications cardio-vasculaires plus précoces et plus importantes avec augmentation du débit cardiaque, une augmentation des fonctions rénales (augmentation du flux sanguin rénal et du débit de filtration glomérulaire). Les signes sympathiques de grossesse sont plus fréquents et habituellement plus importants. On observe plus souvent des complications vasculo-rénales et l'anémie.

En outre, les difficultés obstétricales exposent la gestante aux complications des manœuvres et des interventions obstétricales plus courantes lors des accouchements gémellaires.

## 3 . OBJECTIFS

### **3. 1. OBJECTIF GENERAL**

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des accouchements gémellaires dans la ville de Ouagadougou et évaluer le pronostic maternel et fœtal.

### **3. 2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Déterminer les caractéristiques épidémiologiques des accouchements gémellaires.
2. Décrire l'histoire des grossesses gémellaires.
3. Décrire les caractéristiques cliniques des accouchements gémellaires.
4. Evaluer le pronostic maternel et fœtal des accouchements gémellaires.
5. Proposer des mesures susceptibles d'améliorer la prise en charge des accouchements gémellaires.

## 4 . METHODOLOGIE

#### 4. 1. CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou, capitale administrative du Burkina Faso. C'est le chef lieu de la province du Kadiogo, avec une superficie de 497 Km<sup>2</sup>.

La ville compte 32 structures sanitaires publiques et 14 structures privées. Notre étude a concerné les structures suivantes :

##### *1-Le Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (CHN-YO)*

C'est la structure sanitaire publique de référence en matière d'urgences médico-chirurgicales. La maternité du CHN-YO est le centre de référence en gynéco-obstétrique de l'ensemble des formations sanitaires publiques et privées de la ville de Ouagadougou et des provinces avoisinantes ; elle a une capacité de 112 lits.

##### *2-Les structures sanitaires périphériques :*

Il s'est agi de six autres maternités de la ville de Ouagadougou :

- Gounghin,
- Kossodo.
- Paul VI,
- Pogbi,
- Saint Camille,
- Yennega,

#### 4. 2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'est agi d'une étude <sup>prospective après interview et étude de données existantes</sup> descriptive sur une période de six (6) mois allant du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1997 sur sept (7) maternités publiques de la ville de Ouagadougou.

### 4. 3. CRITERES D'INCLUSION

Ont été incluses dans ce travail, les parturientes qui ont accouché de jumeaux après une aménorrhée de 28 semaines révolues à partir de la date des dernières règles et qui se sont rendues dans l'une des sept maternités pré-citées.

### 4. 4. COLLECTE DES DONNEES

Il s'est agi d'interroger les gestantes répondant aux critères d'inclusion dans les suites de couches immédiates à la recherche de leurs états civils, de leurs antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux ( notion de gémellité), gynéco-obstétricaux.

L'histoire de la grossesse a été retracée en notifiant les caractères des signes sympathiques, les éventuelles maladies intercurrentes, les éventuelles complications survenues (menace d'avortement, menace d'accouchement prématuré), le suivi de la grossesse, les modalités du diagnostic.

Les données portant sur l'accouchement lui-même ont été recueillies sur les registres des salles d'accouchement, éventuellement sur le carnet de C.P.N. Les données suivantes ont été enregistrées :

- le terme de la grossesse,
- les paramètres cliniques à l'admission,
- pour chaque fœtus : la présentation, la date et l'heure de son accouchement, la voie d'accouchement, le poids de naissance, le score d'APGAR à 1 mn et à 5 mn.
- l'état du délivre, le type de placenta,
- l'évolution des suites de couches.

Les patientes ont été conviées à se rendre à la Maternité du CHN-YO avec leurs enfants :

- dans un premier temps, au 7<sup>ème</sup> jour afin d'évaluer la période néonatale précoce,
- puis au 28<sup>ème</sup> jour pour apprécier la période néonatale tardive ; les mères ont été interrogées sur le mode d'allaitement adopté et elles ont été examinées pour évaluer leur statut gynécologique.

Toutes ces données ont été consignées sur une fiche d'enquête (annexe).

### **Définitions opérationnelles**

#### ***1 : L'Accouchement prématuré :***

C'est un accouchement qui survient entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée à partir de la date des dernières règles. Cette définition n'est valable que dans notre contexte. En effet, dans les pays développés disposant de possibilités énormes de prise en charge des nouveaux nés, le terme minimal peut être ramené à 22 semaines d'aménorrhée ou un poids fœtal de plus de 500 grammes.

#### ***2 : La mortalité néonatale :***

C'est le nombre d'enfants qui décèdent avant le 28<sup>ème</sup> jour rapporté à 1000 naissances vivantes. Elle peut être subdivisée en :

- mortalité néonatale précoce lorsque le décès survient avant le 7<sup>ème</sup> jour,
- mortalité néonatale tardive lorsque le décès survient entre le 7<sup>ème</sup> et 28<sup>ème</sup> jour de vie post natale.

#### ***3 : L'état de naissance :***

- le fœtus est mort né lorsque le score d'APGAR est égal à 0,
- il est en état de mort apparente lorsque le score d'APGAR est compris entre 1 et 3,
- il a un état anormal lorsque le score d'APGAR est compris entre 4 et 7,
- il est normal lorsque le score d'APGAR est supérieur à 7.

### **4. 5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES**

Elles ont été réalisées sur micro-ordinateur , à l'aide du Logiciel EPI-INFO version 5. 01.

Le test de  $\chi^2$  a été utilisé pour comparer deux variables qualitatives ; le seuil de  $p < 0,05$  a été retenu comme significatif.

## 5 . RESULTATS

## 5. 1. FREQUENCES DES ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES

### 5. 1. 1. FREQUENCES GLOBALES

Au cours de la période d'étude qui a duré six (6) mois, nous avons colligé 216 accouchements gémellaires. Seulement 185 cas ont été suffisamment documentés et feront l'objet de cette étude.

Au cours de la même période, on enregistre 12 307 accouchements monofoetaux .

La fréquence globale des accouchements gémellaires sur l'ensemble des 7 maternités est donc de 1,75%.

### 5. 1. 2. FREQUENCES SELON LES MATERNITES

Le tableau suivant donne les fréquences des accouchements gémellaires dans les différentes maternités.

**Tableau I :** Proportion des accouchements gémellaires dans l'activité obstétricale des différentes maternités.

	Acc Mono	Acc. G.	% Acc. G.
<b>CHN-YO</b>	2100	88	4,19
<b>St Camille</b>	4440	69	1,55
<b>Paul VI</b>	1473	21	1,42
<b>Gounghin</b>	1848	12	0,64
<b>Pogbi</b>	890	10	1,12
<b>Yennega</b>	895	9	1,005
<b>Kossodo</b>	661	7	1,05
<b>Total</b>	12 307	216	

**Ac. Mono :** accouchements monofoetaux

**Acc. G. :** accouchements gémellaires

La répartition des accouchements gémellaires selon les sept (7) maternités est représentée à la figure 3.

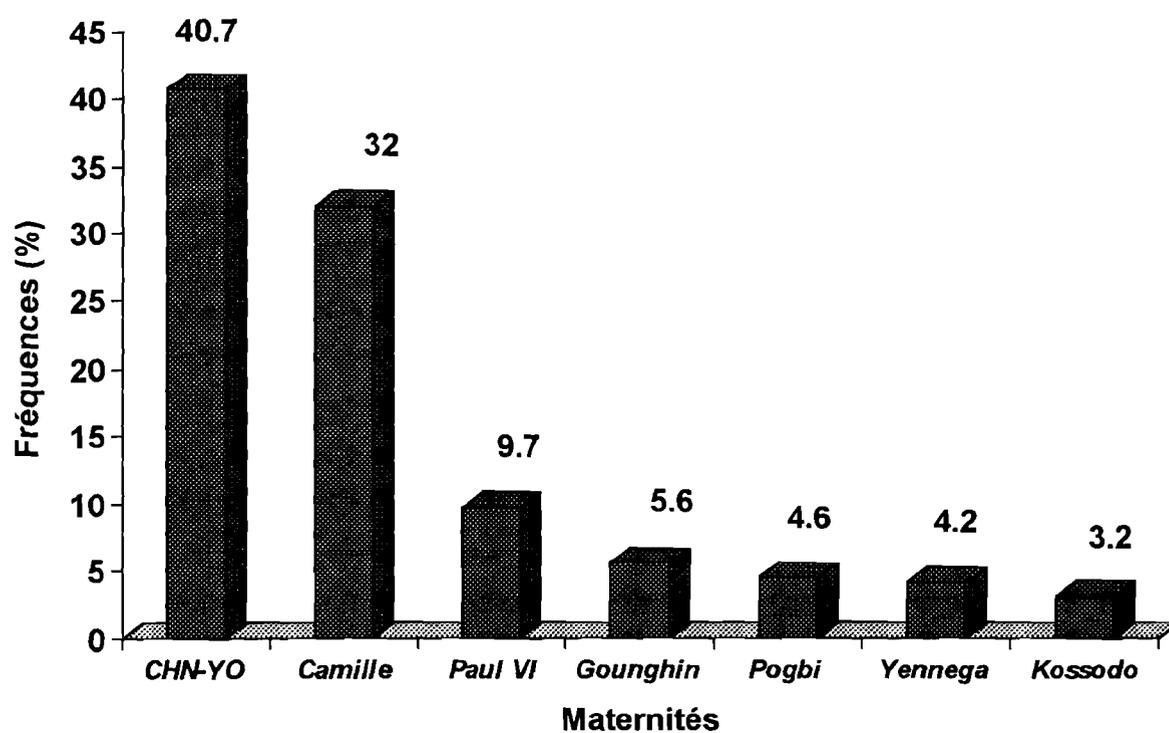


Figure 3 : Distribution des accouchements gémellaires selon les sept maternités.

## 5. 2. PROFIL DES GESTANTES

### 5. 2. 1. L'AGE

Les âges extrêmes ont été de 17 et 46 ans. La moyenne d'âge était de 27 ans.

La figure 4 donne la répartition des patientes selon les tranches d'âge.

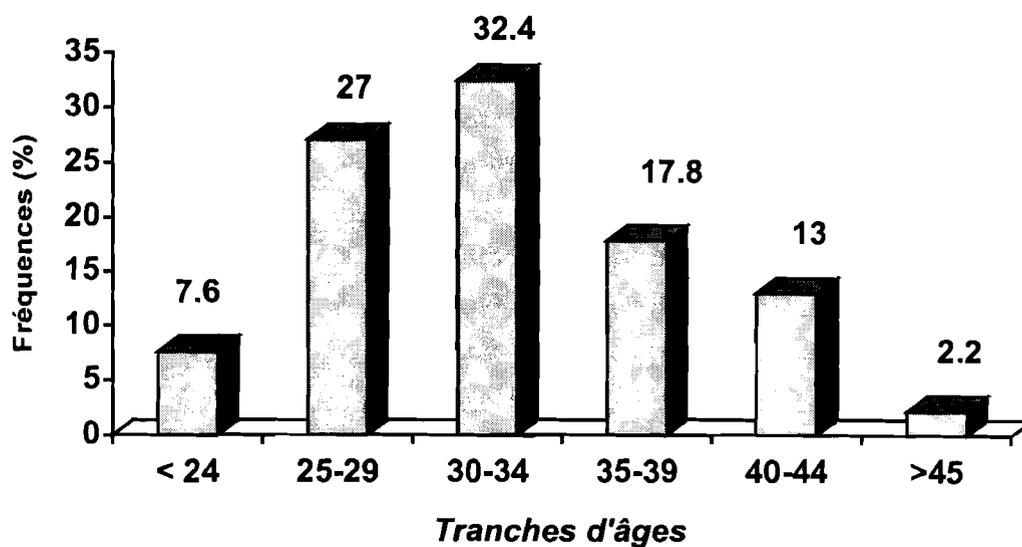


Figure 4 : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge (n= 185).

### 5. 2. 2. LA SITUATION MATRIMONIALE

La situation matrimoniale de nos patientes est représentée à la figure 5.

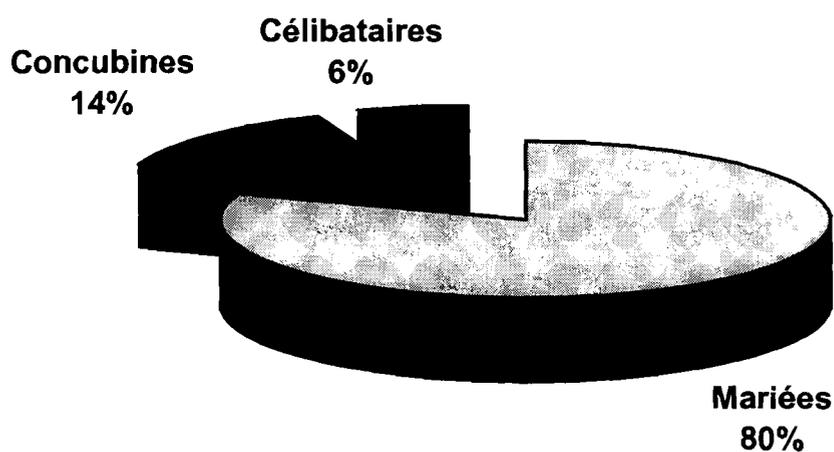


Figure 5 : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial.

### 5. 2. 3. LA RELIGION

La distribution des patientes selon la religion est donnée à la figure 6.

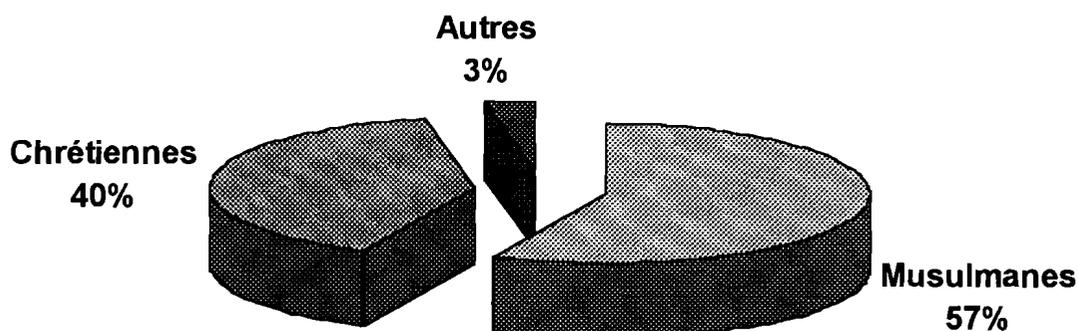


Figure 6 : Répartition des patientes selon la religion.

### 5. 2. 4. LA RESIDENCE

Nos patientes étaient originaires de la province du Kadiogo dont le chef lieu est Ouagadougou dans 89% des cas. Les autres, soit 11% étaient évacuées d'autres provinces en direction de la maternité du CHN- YO.

## 5. 3. LES ANTECEDENTS

### 5. 3. 1. LA GESTITE

Les extrêmes étaient de 1 et 10. La gestité moyenne était de 4.

La figure 7 donne la distribution des patientes en fonction de la gestité : la répartition est faite en paucigestes (1 à 3), en multigestes (4 à 6) et en grandes multigestes (> 6).

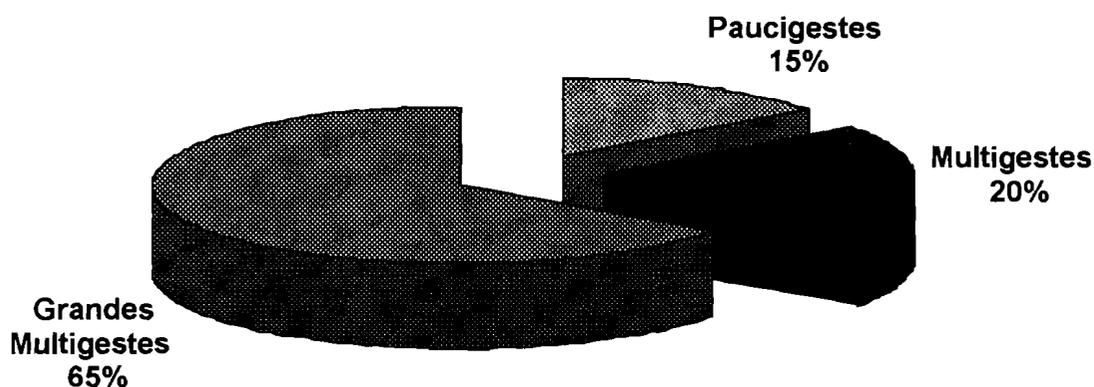
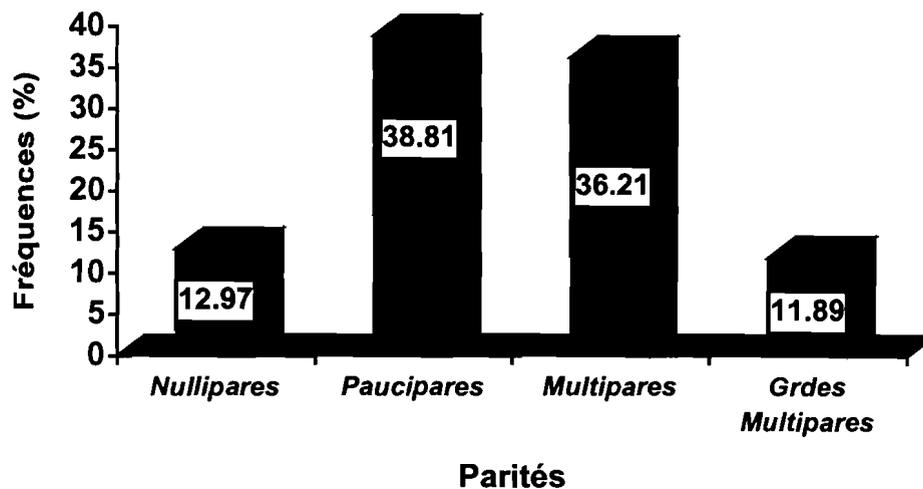


Figure 7 : Distribution des patientes en fonction de la gestité (n = 185).

### 5. 3. 2. LA PARITE

La parité moyenne avant l'accouchement était de 2,7, avec des extrêmes de 0 et 9.

La figure 8 donne la répartition des patientes selon la parité.



**Figure 8 :** Distribution des patientes selon la parité avant l'accouchement ( n= 185)

### 5. 3. 3. LES ANTECEDENTS D'AVORTEMENT

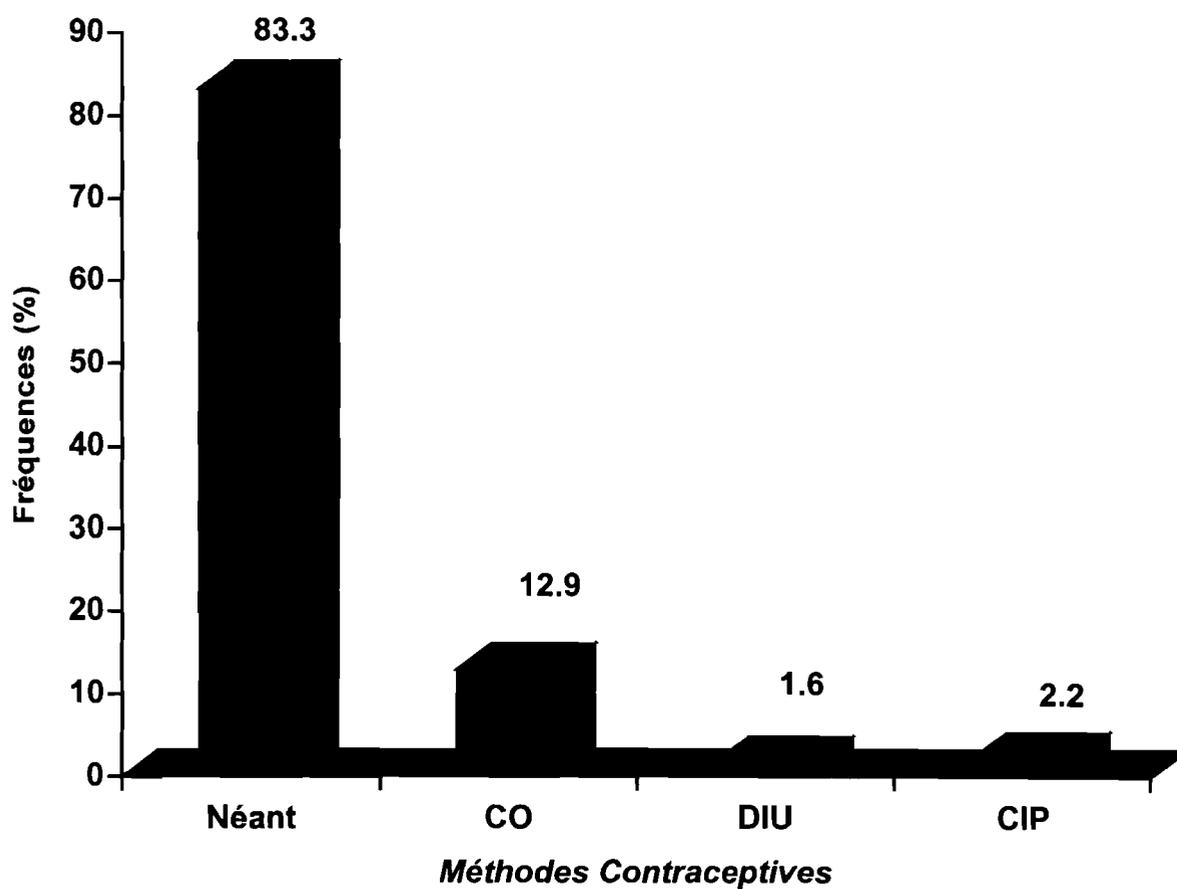
Le tableau II donne la répartition des patientes en fonction du nombre d'avortements.

**Tableau II :** Répartition des patientes selon le nombre d'avortements :

Nombre d'avortements	Effectifs	Fréquences (%)
0	146	78,9
1	32	17,3
2	5	2,7
3	2	1,1
<b>Total</b>	185	100

### 5. 3. 4. L'USAGE DES MEDICATIONS HORMONALES ET DES METHODES CONTRACEPTIVES

Aucune notion de prise d'inducteurs de l'ovulation n'a été retrouvée. La figure 9 donne la répartition des patientes en fonction de l'usage des méthodes contraceptives.



**Figure 9 :** Distribution des patientes en fonction de l'usage des méthodes contraceptives (n= 185).

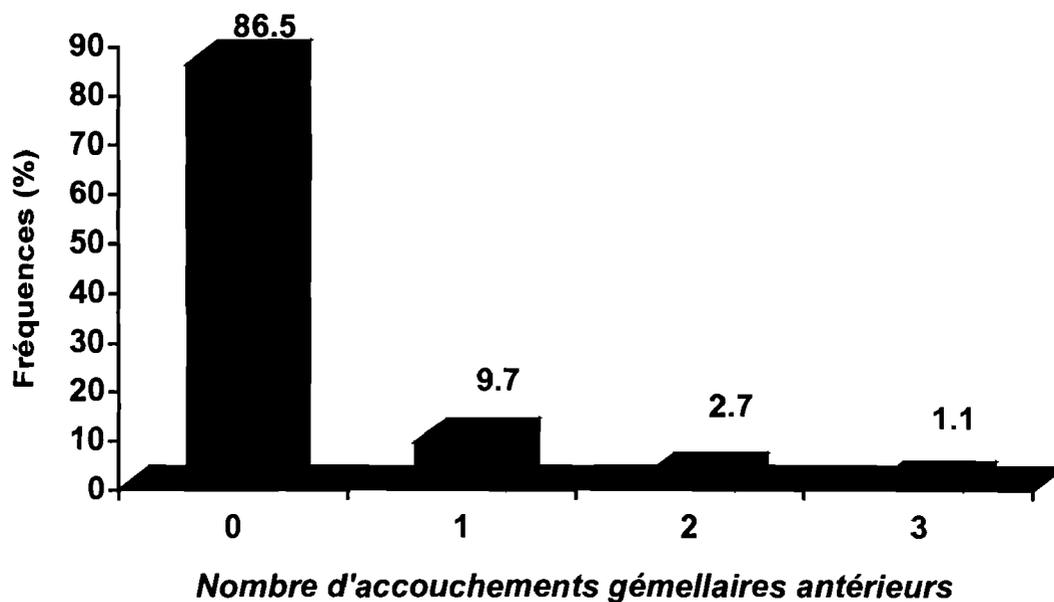
**CO :** contraceptif oral

**DIU :** dispositif intra utérin

**CIP :** contraceptif injectable à seul progestatif.

### 5. 3. 5. LES ANTECEDENTS D'ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES

La figure 10 donne la distribution des patientes selon le nombre d'accouchements gémellaires antérieurs.



**Figure 10 :** Répartition des patientes selon le nombre d'accouchements gémellaires antérieurs

### 5. 3. 6. L'HEREDITE FAMILIALE

Les patientes étaient elles mêmes des jumelles dans 5 cas (2,7%).

Une hérédité familiale était retrouvée chez les deux parents des jumeaux dans 38 cas (20,05%).

Une hérédité familiale était retrouvée chez les mères des jumeaux dans 81 cas (43,78%).

Une hérédité familiale était retrouvée chez les pères des jumeaux dans 41 cas (22,16%).

La différence entre ces deux effectifs est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

## 5. 4. L'HISTOIRE DES GROSSESSES

### 5. 4. 1. LE DIAGNOSTIC

Il a été posé :

- pendant la grossesse pour 83 patientes : 44,86%,
- pendant le travail : dans 102 cas parmi lesquels :
  - 73 cas (39,45%) où le diagnostic n'a été fait qu'après l'expulsion du premier foetus
  - et 29 cas (15,67%) où le diagnostic a pu être évoqué à l'entrée en salle de travail.

#### 5. 4. 1. 1. Le moment du diagnostic ( pour ceux posés pendant la grossesse)

La répartition des patientes en fonction du moment du diagnostic est donnée à la figure 11.



**Figure 11** : Répartition des patientes selon le moment du diagnostic de la gémellité  
( n= 83)

### 5. 4. 1. 2. Les moyens du diagnostic

Ils sont présentés au tableau III

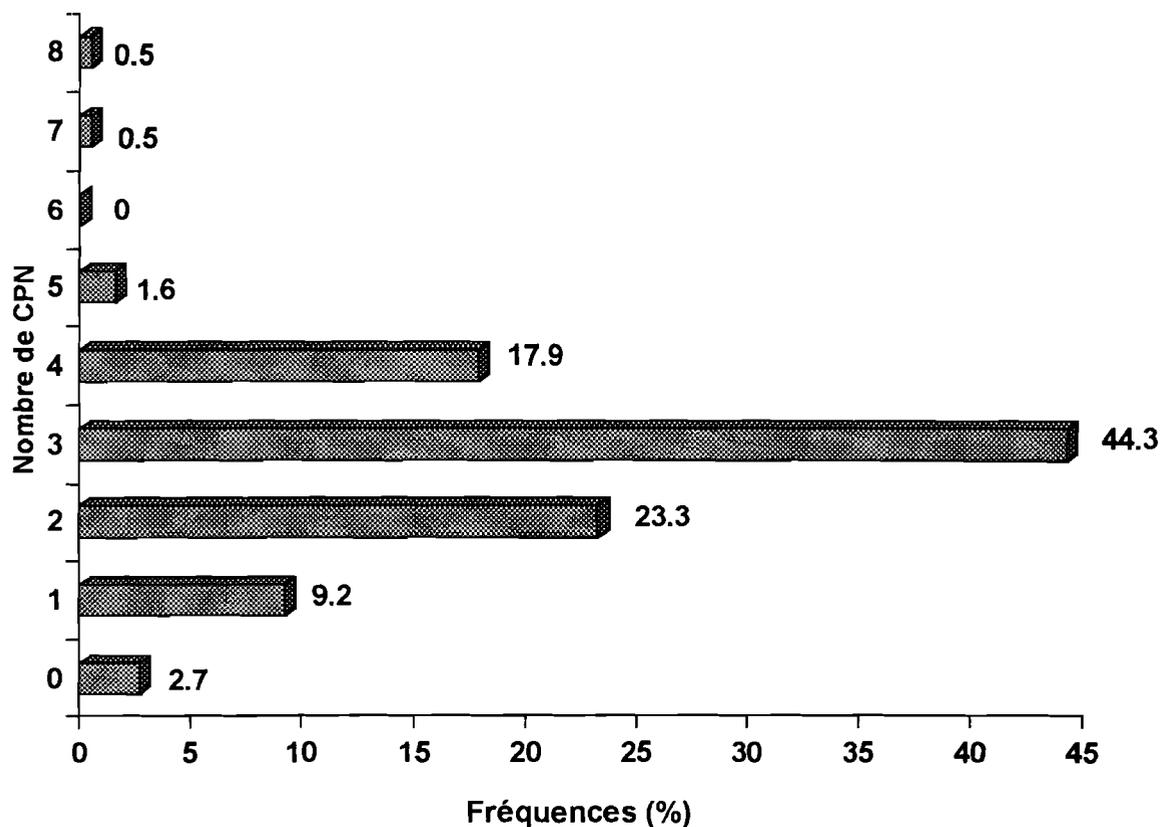
**Tableau III : Répartition des moyens diagnostiques ( n = 83)**

Moyens	Effectifs	Fréquences (%)
<i>Clinique</i>	12	14,45
<i>Echographie</i>	70	84,33
<i>Radiographie</i>	1	1,2
<b>Total</b>	83	100

## 5. 4. 2. LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

### 5. 4. 2. 1. Les consultations prénatales (CPN)

Le nombre des CPN par patiente allait de 0 à 8 avec une moyenne de 3. La figure 12 donne la distribution des patientes selon le nombre de CPN.



**Figure 12 : Distribution des patientes selon le nombre de CPN ( n=185)**

#### **5. 4. 2. 2. Les mesures prophylactiques**

- La prophylaxie anti palustre : seules, deux (2) patientes ayant effectué des CPN n'en ont pas bénéficié et cinq (5) autres ne l'avaient pas poursuivie du fait des effets secondaires des médications.
- La prophylaxie anti anémique : elle n'a pas été prescrite à sept (7) patientes ayant bénéficié des CPN et deux (2) autres ne l'ont pas poursuivie à cause des effets secondaires notamment digestifs.

#### **5. 4. 3. LES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE**

Elles ont été les suivantes :

- La menace d'accouchement prématuré : 32 cas, (17,3%).
- La menace d'avortement : 16 cas ( 8,6% ).
- L'hydramnios : 10 cas (5,4%).
- Le placenta praevia : 4 cas (2,1%)
- La rupture prématurée des membranes : 3 cas (1,62%)
- Les complications maternelles : elles sont traitées au chapitre du pronostic maternel.

## 5. 5. L'ACCOUCHEMENT

### 5. 5. 1. LE LIEU DE L'ACCOUCHEMENT

Nous avons enregistré 15 cas d'accouchement à domicile (8,1%) dont 11 pour les 2 jumeaux et 4 cas où la patiente a rejoint une maternité après la naissance de J1.

### 5. 5. 2. LE TERME DES GROSSESSES

L'accouchement est survenu entre 28 et 41 semaines d'aménorrhée avec une moyenne à 37 semaines.

La figure 13 montre la représentation des patientes selon le terme de la grossesse à l'accouchement.

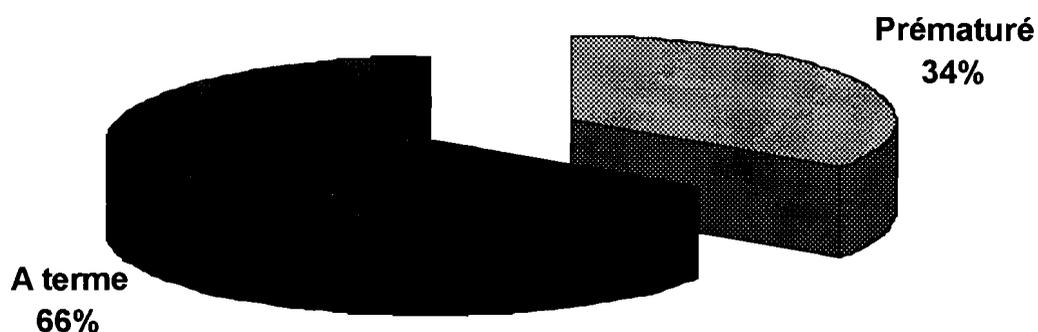
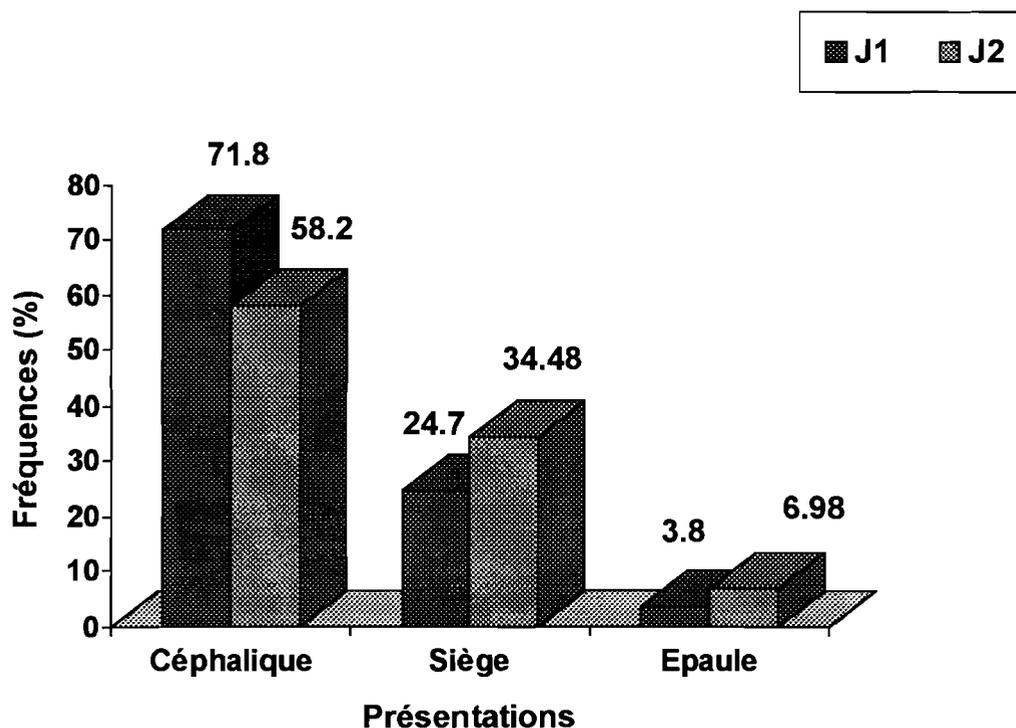


Figure 13 : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse à l'accouchement (n= 163).

### 5. 5. 3. LES PRÉSENTATIONS FOETALES

Les présentations observées sont présentées à la figure 14.



**Figure 14 :** Distribution des nouveaux nés selon leurs présentations

( n= 170 pour J1 et 174 pour J2)

La différence entre les effectifs des présentations céphaliques des deux fœtus est significative : J1 se présente plus souvent en céphalique (  $0,02 < p < 0,01$ ).

La présentation du siège est plus fréquente sur J2 (la différence est significative :  $p < 0,02$ )

Le tableau IV donne la distribution des grossesses selon les types de présentations prises par les jumeaux

**Tableau IV** : Distribution des grossesses selon les types de présentations prises par les jumeaux.

Présentations		Effectifs	Fréquences (%)
J1	J2		
<i>Céphalique</i>	<i>Céphalique</i>	74	43,52
<i>Céphalique</i>	<i>Siège</i>	39	22,94
<i>Siège</i>	<i>Céphalique</i>	23	13,52
<i>Siège</i>	<i>Siège</i>	19	11,17
<i>Céphalique</i>	<i>Transversale</i>	9	5,29
<i>Transversale</i>	<i>Transversale</i>	2	1,17
<i>Transversale</i>	<i>Siège</i>	1	0,58
<i>Transversale</i>	<i>Céphalique</i>	3	1,76
<b>Total</b>		170	100

#### 5. 5. 4. LE MODE D'ACCOUCHEMENT

Le tableau V donne la distribution des jumeaux selon le mode d'accouchement

**Tableau V** : Répartition des jumeaux selon le mode d'accouchement.

Modes d'accouchement	J1		J2	
	N	(%)	N	(%)
<i>Voie basse</i>	172	92,97	165	89,18
<i>Voie haute</i>	13	7,03	20	10,82
<b>Total</b>	185	100	185	100

Les indications des césariennes effectuées sur J1 étaient les suivantes :

- la dystocie dynamique : 3 cas,
- la prérupture : 2 cas,
- l'utérus cicatriciel : 3 cas dont un (1) en prophylaxie,
- la procidence du cordon: 2 cas,
- l'épaule négligée: 1 cas,
- la présentation de l'épaule : 1 cas,
- l'éclampsie : 1 cas.

Les césariennes pratiquées sur J2 l'ont été pour les motifs suivants :

- césarienne sur J1 : 13 cas (65%)
- rétention du deuxième jumeau : 5 cas (25%)
- épaule négligée : 2 cas (10%).

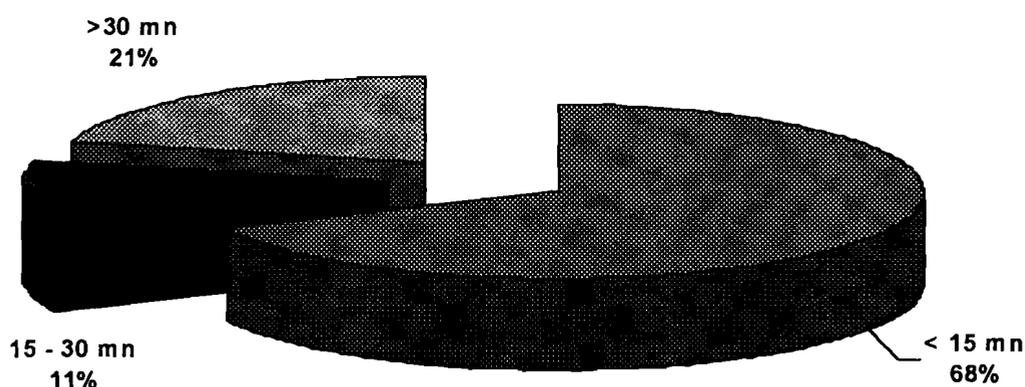
Le taux de césariennes pour l'ensemble des naissances a été de 8,9% ( 33 /370).

### 5. 5. 5. L'INTERVALLE DE TEMPS ENTRE L'ACCOUCHEMENT DES DEUX JUMEAUX

Les intervalles entre les deux naissances allaient de 1 minute (généralement pour les césariennes) à 857 minutes soit 14 heures et 28 minutes (les cas d'évacuations venant d'autres provinces).

La moyenne des temps d'intervalle a été de 25 minutes.

La distribution des parturientes selon l'intervalle de naissance se présentait selon qu'il suit à la figure 15.



**Figure 15 :** Répartition des parturientes en fonction de la durée de l'intervalle de temps entre les deux naissances (n=172).

Au total, l'intervalle de naissance était inférieur à 30 minutes dans 153 cas soit 88,95%.

### 5. 5. 6. COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT

Au cours de l'accouchement, des complications sont survenues et ont été à type de :

- Dystocie dynamique : 9 cas ,
- Procidence du cordon de J1 : 7 cas,
- Procidence du cordon de J2 : 4 cas,
- Rétention de J2 : 13 cas,

Des manœuvres obstétricales ont été nécessaires et ont été à type de :

- Version par manœuvres internes sur J2: 1 cas,
- Grande extraction du siège sur J2 : 11 cas,
- Version par manœuvres internes plus grande extraction du siège sur J2 : 3 cas.

## 5. 5. 7. LA DELIVRANCE

### 5. 5. 7. 1. Type de délivrance :

La délivrance a été :

- spontanée dans 143 cas (77,3%)
- artificielle dans 42 cas incluant les césariennes, soit 22,7%.

### 5. 5. 7. 2. Poids du délivre :

- 500 à 1000 grammes : 93 cas (53,14%),
- 1000 à 1500 grammes : 82 cas (46,85%).

### 5. 5. 7. 3. Types de placenta :

La répartition des placentas selon leurs types est présentée à la figure 16.

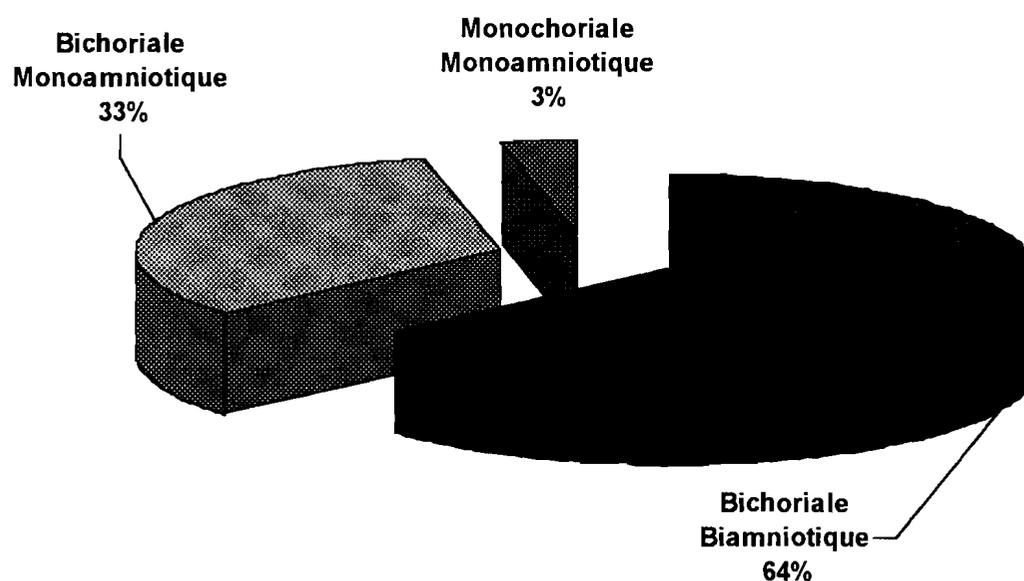


Figure 16 : Répartition des types de placenta (n = 175)

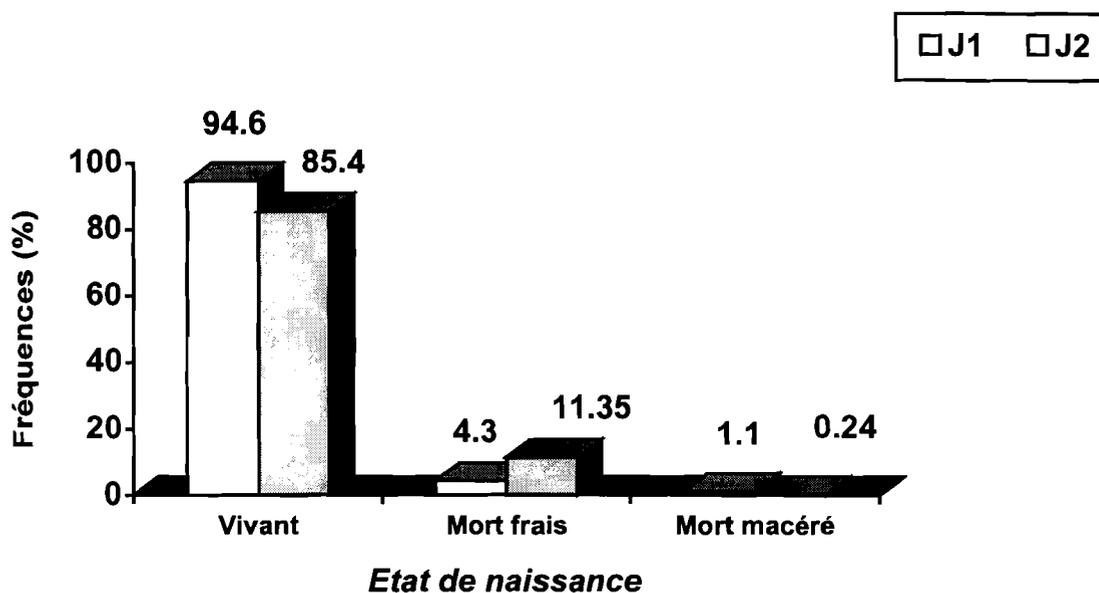
### 5. 5. 7. 4. Complications de la délivrance :

- Une hémorragie de la délivrance a été observée dans 11 cas ( 5,94%) dont 2 après accouchement à domicile.
- Une rétention placentaire a été observée dans deux (2) cas , soit 1,08%.

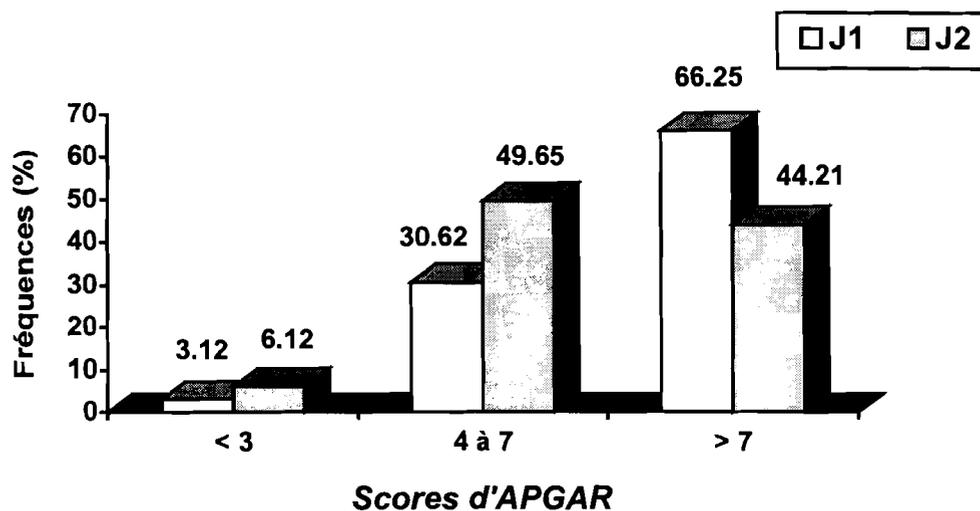
### 5. 5. 8. L'ETAT DES JUMEAUX A LA NAISSANCE

Les figures 17, 18 et 19 donnent respectivement :

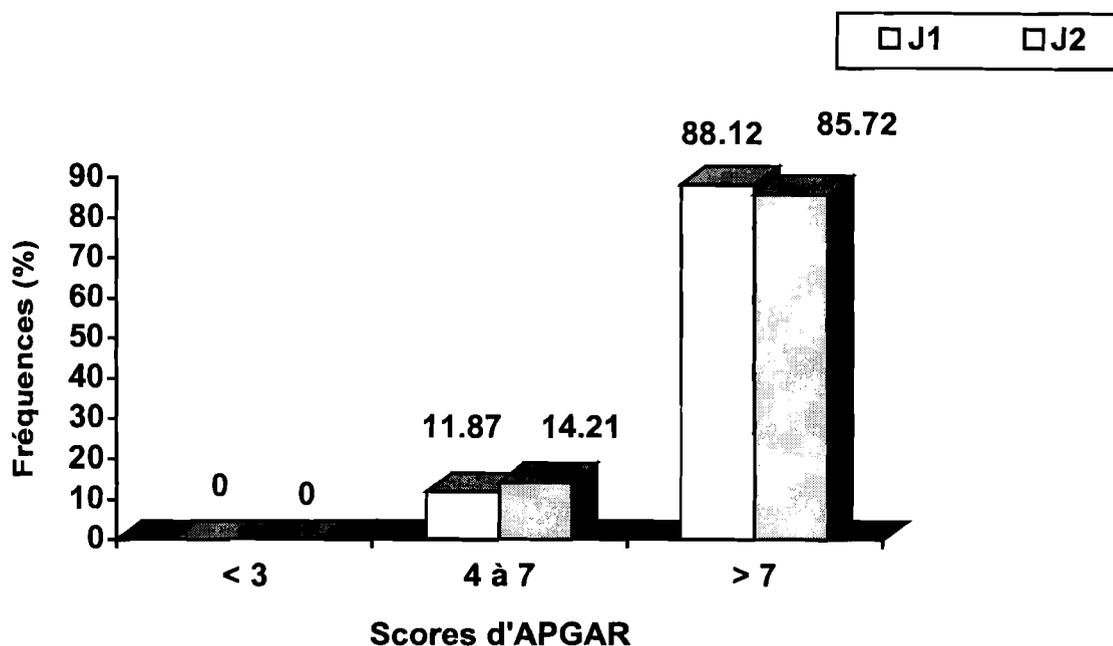
- la distribution des jumeaux selon l'état de naissance,
- la distribution des nouveaux nés vivants selon le score d'APGAR à une (1) minute ; la moyenne était de 7 pour J1 (n=160) et de 6 pour J2 (n=147),
- la distribution des nouveaux nés vivants selon le score d'APGAR à cinq (5) minutes ; la moyenne était de 8 pour J1 et de 7,3 pour J2.



**Figure 17 :** Répartition des jumeaux en fonction de leur état de naissance (n=370). La mortalité a été de 4,4%° (10 cas) pour J1 et de 14,6% (27 cas) pour J2.



**Figure 18 :** Distribution des jumeaux selon le score d'APGAR à une (1) minute.



**Figure 19 :** Distribution des jumeaux selon le score d'APGAR à cinq (5) minutes .

(N = 160 pour J1 et 147 pour J2 )

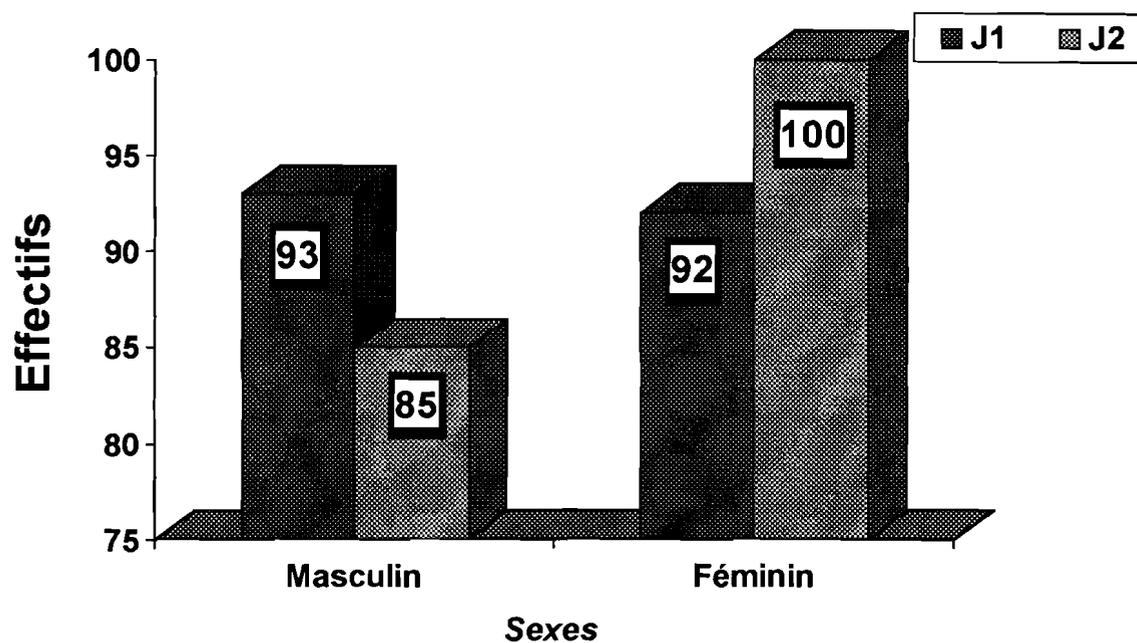
Le tableau VI présente l'état de naissance des jumeaux pour chaque accouchement.

**Tableau VI :** Distribution des accouchements selon l'état de naissance des jumeaux (N=185).

Etat de naissance		Effectifs	Fréquences (%)
J1	J2		
<i>Vivant</i>	<i>Vivant</i>	150	<b>81,1</b>
<i>Vivant</i>	<i>Mort né</i>	25	13,5
<i>Mort né</i>	<i>Vivant</i>	8	4,3
<i>Mort né</i>	<i>Mort né</i>	2	1,1
<b>Total</b>		185	100

### 5. 5. 9. LE SEXE DES JUMEAUX

La répartition des jumeaux selon le sexe est présentée à la figure 20.



**Figure 20 :** Distribution des jumeaux selon le sexe.

La différence entre les effectifs de J1 et de J2 du point de vue du sexe n'est pas statistiquement significative ( $0,05 < p < 0,09$ ).

- J1 et J2 étaient de même sexe dans 81 cas, soit 43,78%
- Ils étaient de sexes différents dans 104 cas, soit 56,21%.

**- Poids fœtal et pronostic fœtal.**

Nous présentons dans le tableau XI l'état des jumeaux en fonction du poids de naissance.

**Tableau XI : Etat (scores d'APGAR) des jumeaux en fonction du poids de naissance.**

Scores		Poids (grs) ⇒	1000-	1500-	2000-	2500-	3000-	Total
			1499	1999	2499	2999	3500	
<b>0</b>	J1	N	5	1	3	1		10
		%	<b>50</b>	10	30	10	-	
	J2	N	11	6	6	3	1	27
		%	<b>40,74</b>	22,2	22,2	11,1	3,7	
<b>1-3</b>	J1	N	2	1	1	1	-	5
		%	<b>40</b>	20	20	20	-	
	J2	N	2	2	4	1	-	9
		%	22,2	22,2	<b>44,4</b>	11,1	-	
<b>4-7</b>	J1	N	16	11	13	9	-	49
		%	<b>32,6</b>	22,4	26,5	18,4	-	
	J2	N	18	24	19	10	2	73
		%	24,6	<b>32,8</b>	26	13,7	2,7	
<b>&gt;7</b>	J1	N	2	5	49	39	11	106
		%	1,8	4,7	<b>46,2</b>	36,8	10,4	
	J2	N	3	4	31	29	2	69
		%	4,3	5,8	<b>44,9</b>	<b>42</b>	2,9	
<b>Total</b>	J1	N	25	18	66	50	11	170
		%	14,7	10,6	38,8	29,4	6,5	
	J2	N	34	36	56	43	5	174
		%	19,5	20,7	32,2	24,7	2,9	

***-Intervalle de temps entre les deux naissances et pronostic de J2***

L'état de naissance ( Scores d'APGAR) des J2 selon la durée de l'intervalle de temps entre les deux naissances est présenté dans le tableau XII.

**Tableau XII :** Etat de naissance de J2 selon l'intervalle de temps entre les naissances.

Scores d'APGAR	Intervalles de temps				Total	
	< 30 mn		> 30 mn		N	%
	N	%	N	%		
0	10	7,35	17	<b>47,22</b>	27	15,7
1 à 3	3	2,2	6	16,6	9	5,23
4 à 7	59	43,4	10	27,7	69	40,11
> 7	64	<b>47,05</b>	3	8,3	67	38,9
<b>Total</b>	136		36		172	

### 5.7.1.2. Au 7<sup>ème</sup> jour

Un total de 114 mères et de 187 jumeaux ont pu être examinés.

#### *- Mode d'alimentation*

Un allaitement maternel exclusif était pratiqué par 90 mères (78,94%),

Un allaitement mixte par adjonction de lait industriel par 24 autres (21,05%) .

#### *- Mortalité néonatale précoce*

Un total de 22 décès dont 13 (59,09%) pour les J1 et 9 (40,9%) pour les J2 a été observé.

Les décès sont survenus dans 15 cas (68,18%) pendant les 2 premiers jours de vie.

Le taux de survie des jumeaux à cette période a été de **89,47%** (187/209) et le taux de mortalité néonatale précoce de **10,52%** (22/209).

#### *- Morbidité néonatale précoce*

Les nouveaux nés examinés présentaient :

- Une affection respiratoire avec symptomatologie à type de dyspnée, de toux, le tout sur un fond d'hyperthermie chez 14 jumeaux dont 8 sur J1 et 6 sur J2.
- Une infection oculaire à type de conjonctivite purulente dans 8 cas équitablement répartis sur les 2 jumeaux.
- Des troubles digestifs à type de gastro-entérite fébrile chez 9 nouveaux nés. Cette symptomatologie était associée à une affection respiratoire dans 6 autres cas.
- Des lésions cutanées de type staphylococcie cutanée chez 11 jumeaux. Ces lésions étaient associées à une affection respiratoire dans 3 cas et à des troubles digestifs dans 4 autres cas.
- Un ictère néonatal isolé dans 4 cas.

*- Poids des nouveaux nés au 7<sup>ème</sup> jour.*

Le tableau XIII donne une distribution des nouveaux nés en fonction du poids .

**Tableau XIII** : Répartition des nouveaux nés selon le poids.

Poids ( grammes)	J1		J2	
	N	%	N	%
1000 – 1499	7	7,44	11	11,82
1500 – 1999	17	18,08	15	16,12
2000 – 2499	32	34,04	29	31,18
2500 – 2999	30	32,97	32	34,40
3000 - 3499	8	8,51	6	6,45
<b>Total</b>	94	100	93	100

### **5. 7. 1. 3. Au 28<sup>ème</sup> jour**

Un total de 98 mères (52,97%) et de 167 jumeaux ont été examinés

#### ***- Le mode d'alimentation***

Un allaitement maternel exclusif était pratiqué par 76 mères (77,55%);

Une alimentation mixte par 22 autres (22,44%).

#### ***- La mortalité néonatale tardive***

Un total de 29 décès (14,8%) dont 5 pour J1 et 7 pour J2 a été enregistré.

Le taux de survie des jumeaux à la période néonatale tardive a été de 85,20% (167/196).

#### ***- La morbidité néonatale tardive***

L'examen des nouveaux nés montrait :

- Une affection respiratoire dans 7 cas,
- Une gastro entérite isolée dans 12 cas et associée à une infection respiratoire dans 4 autres cas.
- Des lésions de staphylococcie cutanée dans 2 cas,
- Une infection urinaire à symptomatologie faite de cris et de pleurs à la miction et un fébricule dans 7 cas.

**- Poids des nouveaux nés au 28<sup>ème</sup> jour**

La moyenne des poids des J1 était de 3221 grammes et de 3070 grammes pour les J2.

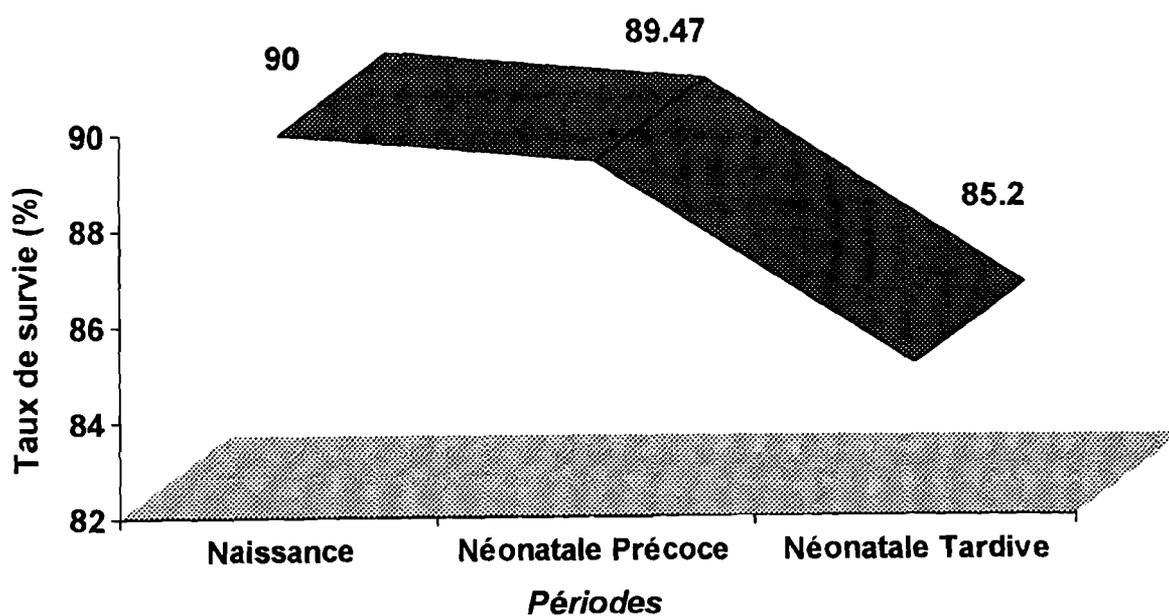
Le tableau XIV donne la distribution des nouveaux nés en fonction du poids.

**Tableau XIV:** Répartition des nouveaux nés selon le poids.

Poids (grammes)	J1		J2	
	N	%	N	%
1000 – 1499	9	10,58	2	2,43
1500 – 1999	4	4,70	6	7,31
2000 – 2499	14	16,47	5	6,09
2500 – 2999	19	22,35	13	15,85
3000 – 3499	15	17,64	29	35,36
3500 – 3999	22	25,88	23	28,04
4000 - 4499	2	2,35	4	4,87
<b>Total</b>	85	82	100	100

**5. 7. 1. 4. Evolution de la survie des jumeaux de la naissance à la fin de la période néonatale.**

Nous présentons à la figure 21 l'évolution de la survie des jumeaux de la naissance à la fin de la période néonatale.



**Figure 21 :** Evolution de la survie des jumeaux de la naissance à la fin de la période néonatale.

## 5. 7. 2 : LE PRONOSTIC MATERNEL DANS LA GROSSESSE GEMELLAIRE

### 5. 7. 2. 1. Morbidité maternelle

#### *- Les signes sympathiques de grossesse*

Les manifestations observées étaient les suivantes :

- Des nausées et des vomissements jugés intenses dans 35 cas (18,91%)
- Des vomissements intenses associés à des nausées jugées modérées dans 15 cas (8,10%)
- Des vomissements et des nausées jugés modérés dans 18 cas (9,72%)
- Uniquement des vomissements jugés modérés dans 15 cas (8,10%)
- Uniquement des vomissements jugés intenses dans 12 cas (6,48%)
- Uniquement des nausées jugées intenses dans 5 cas (2,70%).

En plus de ces deux manifestations, des céphalées , des vertiges et un ptialisme étaient diversement associés.

Au total, 54,05% des gestantes ont présenté des signes sympathiques de grossesse.

#### *- Les syndromes vasculo-rénaux*

Nous avons exclu pour cette pathologie les 5 cas où aucune consultation prénatale n'a été faite et 16 autres cas où nous avons estimé que la qualité de la CPN ne permettait pas d'avoir des éléments d'appréciation suffisants. Ceci nous donne un effectif de 164 patientes chez lesquelles nous avons observé :

- des oedèmes des membres inférieurs isolés : 109 cas (66,5%)
- une HTA associée à des OMI : 8 cas (4,9%) dont un a abouti à une éclampsie
- des OMI associés à une PU : 31 cas (20,18%)
- des OMI associés à une HTA et à une PU : 4 cas dont deux (2) ont conduit à un tableau de toxémie sévère.

### ***- L'anémie***

Estimée sur la base de la coloration des muqueuses, nous avons noté pour les patientes ayant bénéficié de CPN acceptables ( n= 164) une anémie clinique chez 40 gestantes (24,39%).

### ***- Autres états morbides***

Un syndrome palustre a été observé chez 36 patientes ( 19,45%) et des troubles urinaires dans 16 cas (8,64%).

### **5. 7. 2. 2. Mortalité maternelle**

Un seul décès a été déploré et concernait celle qui a présenté un tableau d'éclampsie en post partum sur un fond ictérique. Le décès est survenu au premier jour du post partum. L'exploration étiologique de cet ictère n'a pas été possible.

# 6 . COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

## **6. 1. LIMITES ET BIAIS**

Le terme exact des grossesses a été difficile à préciser chez nos gestantes compte tenu du fait qu'une grande majorité de femmes ne retient pas la date de leurs dernières règles : fait imputable souvent mais pas toujours à la faible scolarisation de nos populations en général et des filles en particulier. Malgré cet handicap, nous avons pu par reconstitution à partir des évènements marquants de la période d'étude, évaluer les termes des grossesses pour un certain nombre de patientes qui ne connaissaient pas la date de leurs dernières règles; ce qui nous a permis d'avoir l'âge gestationnel pour un total de 163 patientes soit 88,1% de l'ensemble .

La période néonatale n'a pas pu être évaluée de façon exhaustive du fait que toutes les accouchées ne venaient pas aux rendez-vous fixés, surtout qu'aucun désintéressement ne leur était proposé. En outre, les mères dont les enfants décédaient pendant cette période ne trouvaient pas d'intérêt à faire le déplacement. La conséquence en a été que le taux de survie des jumeaux pendant les périodes néonatales (précoce et tardive) est certainement surévalué.

## **6. 2. LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES**

### **6. 2. 1. FREQUENCES**

La fréquence des accouchements gémellaires dans la ville de Ouagadougou a été de 1,75%. Sept (7) maternités ont servi de cadre pour cette étude ; parmi elles la maternité du CHN-YO a enregistré 40,7% de l'ensemble des accouchements gémellaires. Ceci se conçoit bien étant donné le rôle que joue cette structure dans la hiérarchie du système sanitaire du pays en particulier en matière de soins obstétricaux et du fait du caractère à risque que représente l'accouchement gémellaire.

La maternité Saint Camille a été le deuxième pôle d'enregistrement des accouchements gémellaires avec 32% de la série. Ceci s'explique par l'affluence particulière que connaît cette structure privée à but non lucratif presque entièrement financée par les Camelliens et dont les coûts de prestations sont à la portée de la majorité des bourses.

Notre taux est similaire à celui de L. KOUAM [25] qui observait à Yaoundé au Cameroun une fréquence de 1,8%.

La littérature relève surtout des taux hospitaliers d'accouchements gémellaires. A ce propos, le taux de 4,01% que nous avons observé pour les accouchements gémellaires à la Maternité du CHN-YO est proche de celui de E.B. AKPA [3] en Côte d'Ivoire au CHU de Treichville en 1982 qui était de 4,5% . Nous présentons dans le tableau XV quelques taux hospitaliers relevés à travers la littérature.

**Tableau XV :** Quelques taux hospitaliers d'accouchements gémellaires relevés à travers la littérature.

<b>Auteurs</b>	<b>Pays</b>	<b>Périodes</b>	<b>Fréquences (%)</b>
J.A. UNUIGBE [55]	<i>Nigéria</i>	1978 - 1985	2,04
R. RACHDI [48]	<i>Tunisie</i>	1987 - 1990	1,6
D. AUSSEL [7]	<i>France</i>	1982 - 1988	1,26
P.H. PERSSON [42]	<i>Suède</i>	1973 - 1993	0,9
E.B. AKPA [3]	<i>Côte d'Ivoire</i>	1981 - 1982	4,5
Notre étude	<i>Burkina Faso</i>	1997	4,1

## **6. 2. 2. LE PROFIL DES GESTANTES**

### **6. 2. 2. 1. L'âge**

Les âges extrêmes que nous avons observés (17 et 46 ans) sont proches de ceux retrouvés par

A. DOLO [17] au Mali (16 et 42 ans) et de ceux observés par N. SAADI [51] au Maroc (19 et 44 ans).

De nombreux travaux ont établi qu'à mesure qu'avancait l'âge maternel, la fréquence des grossesses gémellaires en particulier dizygotes s'élevait et ce, alors même que le nombre de follicules en croissance (ceux porteurs d'ovocytes candidats potentiels à l'ovulation) ne cesse de décroître. [10, 17, 21, 30, 51]. Cette notion n'a pas été vérifiée dans notre étude, étant donné que la tranche d'âge la plus représentée était celle de 25

de 25 à 29 ans qui correspond à la tranche qui a le taux de fécondité le plus élevé ( 205 pour 1000) au Burkina Faso [15] et celle de 30 à 34 ans.

#### **6. 2. 2. 2. Les antécédents obstétricaux**

Nous avons observé que les patientes étaient des paucigestes (1 à 3) dans plus de la moitié des cas (53,6%) , des multigestes ( 4 à 6) dans 34,1% des cas.

La parité moyenne de nos patientes avant l'accouchement était de 2,7 ; les paucipares étaient les plus représentées ( 38,81%), suivies des multipares (36,21%). Nous observons par ailleurs, 12,97% de nullipares et 11,89% de grandes multipares.

Parmi nos patientes, nous retrouvons une notion d'accouchement gémellaire antérieur chez 13,5% d'entre elles ; le nombre variant de 1 à 3, celles ayant eu une seule gémellité étant les plus représentées avec 18 cas (9,72%). Cette notion est relevée par N. SAADI [51] au Maroc qui observait dans sa série un taux de 3% (bien inférieur à nos constatations) de gestantes ayant un antécédent d'accouchement gémellaire.

#### **6. 2. 2. 3. L'usage des médications hormonales et des méthodes contraceptives**

Les traitements hormonaux, notamment les inducteurs de l'ovulation et les œstroprogestatifs sont cités par les auteurs comme étant des facteurs favorisant la survenue d'une grossesse gémellaire [30, 36, 47, 51].

Au cours de cette étude, nous n'avons noté aucune notion de prise d'inducteurs de l'ovulation type clomifène chez nos patientes ; une notion de contraception avec des pilules œstroprogestatives n'a été retrouvée que chez 12,9% de la série. Une étude antérieure dans la ville sur la mortalité maternelle grave menée par TESTA J. et coll [ 54] montrait que le taux d'utilisation des méthodes contraceptives œstroprogestatives était de 13,03% chez l'ensemble des femmes enceintes. En outre, une étude menée par KEITA [ 22] toujours dans la même ville et portant sur la tolérance et l'acceptabilité des méthodes contraceptives relevait que le taux d'utilisation des méthodes œstroprogestatives était de 29,3% dans la population féminine.

On constate donc que le taux d'utilisation des œstroprogestatifs retrouvé dans notre étude est sensiblement le même que celui de l'ensemble des femmes enceintes de la ville et qu'il est bien en deçà du taux relevé dans la population générale. Aussi pouvons nous affirmer que l'influence des médicaments hormonaux semble nulle dans la survenue de la gémellité dans notre contexte.

Par contre, N. SAADI [51] au Maroc retrouvait dans son étude que 40% des patientes ayant accouché d'une grossesse gémellaire avaient utilisé une contraception œstroprogestative.

#### **6. 2. 2. 4. L'hérédité familiale**

Dans notre étude, nous observons qu'une hérédité familiale était retrouvée chez 43,78% des mères ( sans notion d'hérédité chez le conjoint) contre 22,16% chez les pères (sans notion d'hérédité chez la conjointe). La différence entre ces deux taux était significative. Ce constat nous fait dire à l'instar de la littérature [ 21, 45, 47] que l'hérédité maternelle constitue un facteur favorisant de la gémellité.

Les patientes présentant une hérédité familiale représentaient 64,32% de l'ensemble ; ce taux est inférieur à celui qu'observait A. DOLO [17] au Mali qui était de 71,4%. Par contre, N. SAADI [51] au Maroc ne retrouvait une notion de gémellité familiale que dans 1% des cas.

L'hérédité familiale est reconnue par les auteurs comme facteur important de gémellité [10, 17, 21, 30, 36, 47, 51]

plus particulièrement en ce qui concerne les jumeaux dizygotiques pour lesquels il est même affirmé que cette hérédité est certaine et liée au génotype féminin [30, 47] ; les jumelles ont deux (2) fois plus de jumeaux que la population générale [10, 47]. Il a par ailleurs été relevé une plus grande fréquence de dizygotisme, particulièrement dans les populations noires qui présentent les taux de gémellité les plus élevés [21, 47].

## 6. 3. L'HISTOIRE DES GROSSESSES

### 6. 3. 1. LE DIAGNOSTIC

Les limites de l'examen clinique font que les grossesses gémellaires sont difficilement diagnostiquées au cours des consultations prénatales et c'est seulement au cours du travail, et mieux après l'expulsion du premier jumeau que le diagnostic de gémellité est posé.

Ce sont là des réalités que nous avons pu observer au cours de cette étude ; en effet, seulement 83 cas ( 44,86%) avaient pu être diagnostiqués avant l'entrée en salle de travail, 29 cas (15,67%) avant l'accouchement dès l'entrée en salle de travail par l'examen clinique et la radiographie du contenu utérin (un cas). Le diagnostic de gémellité n'a été fait qu'une fois l'accouchement du J1 terminé dans 73 cas, soit 39,45% ( ces cas comprennent tous les cas d'accouchement à domicile).

Le diagnostic avait été posé au premier trimestre dans 19,3% des cas ; c'est au troisième trimestre que la plupart des diagnostics avaient pu être établis (60,2%). Ceci se conçoit du fait que la discordance évidente à cette période entre l'âge de la grossesse et le volume utérin fait évoquer le diagnostic et fait demander une échographie dans la mesure du possible pour étayer la suspicion clinique.

Ces difficultés diagnostiques sont aussi retrouvées dans l'étude de A. DOLO [17] au Mali qui notait que seulement 19,5% des cas de gémellité étaient diagnostiqués pendant la grossesse. En comparaison, notre situation paraît bien meilleure ( 44,86% contre 19,5%).

A l'inverse, dans les études occidentales, on relève que la majorité des diagnostics interviennent pendant la grossesse. A ce propos, nous citons K. RUSSEL [50] en Californie aux USA qui observait que seulement 12,6% des cas de sa série n'avaient pas été diagnostiqués avant l'entrée en salle de travail. Mieux, une étude française menée par J. TAFFOREAU [53] sur la mise en route d'une politique de prévention de la prématurité relevait que le terme moyen du diagnostic de gémellité était de 5,3 semaines d'aménorrhée.

Quant aux modalités du diagnostic (pour les cas intervenus pendant la grossesse) , nous observons que l'échographie était le premier moyen diagnostique. Elle a été utilisée dans 84,33% des cas.

C'est également l'échographie qui occupe la première place (avec 34,6% des cas) dans le diagnostic de gémellité dans l'étude de A. DOLO au Mali [17].

La radiographie a occupé la dernière place parmi nos moyens diagnostiques ; elle n'a été utilisée qu'une seule fois. Bien qu'occupant la même place dans l'étude de A. DOLO [17] elle était utilisée pour 26,4% des patientes.

Dans les pays développés, la radiographie est devenue caduque pour ce qui est des moyens de diagnostic de gémellité. Dans notre contexte, elle pourrait (à terme) être utilisée dans le but de faire le diagnostic et de préciser les présentations fœtales, ce qui va aider à la prise de décision concernant les modalités de l'accouchement.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que de la précocité du diagnostic de gémellité dépend le pronostic final d'une grossesse gémellaire [10, 38, 42, 45, 47, 53]. Il s'agit de mettre en place la plus tôt possible un protocole de surveillance de cette grossesse à risque, la finalité étant d'espérer réduire le risque de prématurité et d'hypotrophie fœtales grandes pourvoyeuses de morbidité et de mortalité périnatales.

Il est établi que le diagnostic précoce de gémellité passe par la réalisation d'échographies systématiques précoces à même de faire le diagnostic dès la cinquième (5<sup>ème</sup>) ou la sixième (6<sup>ème</sup>) semaine selon que l'on utilise une sonde vaginale ou une sonde abdominale [ 47]. Si ceci est réalisable dans les pays développés disposant d'équipements conséquents, il paraît difficile de concevoir les choses dans les mêmes proportions dans notre contexte qui se singularise par la précarité des équipements, qui même lorsqu'ils sont disponibles ne sont pas à la portée du grand nombre. En effet, le coût d'une échographie obstétricale est en moyenne de 10 000 F CFA et l'on conçoit qu'il ne soit pas possible de la réaliser pour une population dont 44,5% vit en dessous du seuil de la pauvreté avec 41.099 F CFA par an et par adulte ; dans la ville de Ouagadougou, cadre de ce travail, ce taux est de 27,8% pour le seuil critique, le revenu minimum du pauvre étant de 106.249 F CFA [ 44].

L'acquisition récente d'un appareil d'échographie par la maternité du CHN-YO grâce à la coopération du FNUAP améliorera certainement la prise en charge des grossesses.

Il n'est pas rare de rencontrer des parturientes qui ne sont qu'à leur premier contact avec une structure sanitaire fusse - t-il pour une grossesse gémellaire.

### 6. 3. 2. LA PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES GEMELLAIRES

Au cours de notre étude, nous observions que le nombre moyen de CPN était de 3 avec des extrêmes allant de 0 ( 5 cas) à 8 ( 1 cas). Si l'on s'en tient aux recommandations théoriques, seules 2 patientes repondaient aux principes de la surveillance d'une grossesse gémellaire : en effet, nous observions 7 CPN chez une seule patiente et 8 chez une autre.

Les difficultés à réaliser des CPN adéquates pourraient s'expliquer par la faible fréquentation des structures de santé par nos populations du fait de la précarité des conditions socio-économiques.

La moyenne de 3 CPN que nous avons observée est celle qui est habituelle pour les grossesses monofœtales ( 1 CPN par trimestre). Par ailleurs, si l'on tient compte du fait que le diagnostic de gémellité n'avait été établi que pour 44,86% des patientes et que 60,2% des diagnostics n'étaient intervenus qu'au troisième trimestre, l'on comprend alors que nos grossesses gémellaires n'ont globalement pas fait l'objet d'un suivi particulier.

Cette moyenne de 3 CPN est aussi celle relevée par N. SAADI au Maroc [51].

Si dans notre étude, les patientes n'ayant bénéficié d'aucun suivi ne représentent que 2,7% des cas, il n'en est pas de même dans celle de A. DOLO [47] au Mali qui relevait que 55,9% des patientes n'avaient bénéficié d'aucune CPN.

Bien que n'étant pas une pathologie en elle même, la gémellité représente un risque du fait de la grande fréquence des complications. A ce titre, elle impose une prise en charge particulière qui a fait l'objet de plusieurs travaux [ 10, 45, 47, 53].

Les auteurs s'accordent sur le fait que la réduction de la mortalité et de la morbidité périnatales passe par le respect d'un certain nombre de principes au cours du suivi d'une grossesse gémellaire ; il s'agit :

- de dépister précocement la gémellité , ceci passe par la réalisation systématique d'échographies précoces,

- de faire des consultations prénatales mensuelles, chacune étant précédée par un examen échographique,
- de réduire précocement l'activité physique maternelle.

La visite hebdomadaire à domicile par une sage femme pourrait améliorer la prise en charge de la gémellité.

Par contre, certains aspects sont plus discutés, notamment :

- le cerclage systématique,
- l'hospitalisation systématique,
- la tocolyse systématique.

La surveillance obstétricale porte sur les mêmes paramètres que lors de la grossesse monofoetale, mais elle se fera avec une plus grande vigilance eu égard à la spécificité de la grossesse gémellaire.

En outre, la supplémentation en fer devra commencer le plus tôt possible ; ceci est particulièrement vrai dans notre contexte où les états de sous alimentation sont très fréquents.

### **6. 3. 3. LES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE GEMELLAIRE**

Le déroulement de la grossesse gémellaire est fréquemment émaillé de complications, ce qui la classe parmi les grossesses à risque [10, 13, 38, 42, 45, 47, 48, 50, 51, 53]

#### **6. 3. 3. 1. La menace d'accouchement prématuré**

Au cours de notre étude, nous avons observé que 17,3% des patientes avaient présenté un tableau de menace d'accouchement prématuré qui a fait l'objet d'une hospitalisation. La prise en charge a consisté à la mise au repos et à la tocolyse par l'usage des  $\beta$  mimétiques.

#### **6. 3. 3. 2. La prématurité**

Nous enregistrons 56 cas d'accouchement prématuré (34,35%). Ce taux est inférieur à celui observé par A. DOLO [17] au Mali (41,7%), N. KHROUF [23] en Tunisie (45,92%). Notre taux de prématurité est aussi inférieur à certains relevés dans des travaux occidentaux : nous citons K. RUSSEL [50] en Californie aux USA (58,8%) , J. TAFOREAU [53] en France (45%).

Par contre, dans une autre étude tunisienne menée par R. RACHDI [48], le taux de prématurité était de 28,1%, bien inférieur au notre.

Compte tenu de l'absence d'une prise en charge spécifique de la gémellité dans notre contexte ; les raisons principales tenant au manque de moyens diagnostiques, à l'insuffisance de fréquentation des formations sanitaires, au bas niveau socio-économique, le taux de prématurité que nous avons observé pourrait , comparé aux données de la littérature, être considéré comme acceptable pour ces grossesses à haut risque.

Par contre, du fait de l'absence d'équipements pour l'élevage des prématurés, le pronostic de ces nouveaux-nés reste très réservé.

La prématurité représente la complication la plus couramment relevée par les auteurs ; ses conséquences sont avant tout fœtales du fait qu'elle donne naissance à un nouveau-né qui n'est pas suffisamment préparé pour la vie extra-utérine. Généralement, les dispositions particulières prises au cours des grossesses gémellaires visent à réduire le risque de prématurité : on cite à ce propos la réduction de l'activité physique

La réduction de l'activité physique maternelle et le repos prolongé ont fait la preuve de leur efficacité sur la prévention de la prématurité. En effet, les conclusions de plusieurs travaux vont dans ce sens. Nous citons des auteurs comme Y. MICHIELS [38], J. TAFFOREAU [53] en France et P.H. PERSON en Suède [42].

### **6. 3. 3. 2. L'hypotrophie fœtale**

Au cours de notre étude, nous n'avons enregistré qu'un seul cas de RCIU avec mort *in utero* découverte à l'échographie.

Toutefois, la mesure du poids à la naissance nous a permis d'observer que la moyenne des poids pour J1 était de 2239 grammes et de 2223 grammes pour J2. En 1996, l'étude de J. TESTA et coll. [54] sur la mortalité maternelle grave montrait que le poids moyen à la naissance dans la ville de Ouagadougou était de  $2932,8 \pm 915$  grammes. Ainsi, si l'on admet que le poids moyen minimum est de 2000 grammes, nous observons 22,69% d'hypotrophes pour les J1 et 27,55% pour les J2, soit un total de 25,13% de jumeaux hypotrophes sur l'ensemble des naissances.

Ce taux est nettement supérieur à celui observé par N. KHROUF [23] en Tunisie (9,84%).

Deuxième préoccupation en cas de grossesse gémellaire, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) constitue un important facteur de morbidité périnatale [10, 45, 47]. Elle est très fréquente : entre 20 et 50% des cas [45, 47]. Les principaux facteurs étiologiques sont représentés par le syndrome de transfusion interfœtale, certaines pathologies malformatives et les syndromes vasculo-rénaux [10, 47]. Le diagnostic anténatal repose sur la biométrie ultrasonique qui compare les données à des courbes pré-établies qui ne sont pas par ailleurs spécifiques : en effet, on admet classiquement que la croissance des jumeaux est sensiblement superposable à celle d'un fœtus unique, ce jusqu'à 30 semaines d'aménorrhée.

Dans notre contexte de travail où il n'est pas possible de réaliser des examens échographiques chez toutes les gestantes, il est difficile de faire le diagnostic de RCIU pendant la grossesse ; la mesure de la hauteur utérine n'apportant aucun argument décisif ; encore faut-il avoir posé le diagnostic de gémellité.

### **6. 3. 3. 3. Autres complications**

Outre la prématurité et le RCIU, la grossesse gémellaire entraîne de nombreuses autres complications de gravité variable :

#### ***- Le placenta praevia***

Il complique souvent la grossesse gémellaire du fait du volume du placenta. Dans cette étude, nous en avons observé dans 4 cas (2,1%).

#### ***- Les malformations fœtales, les pathologies géniques ou chromosomiques***

Elles ont une prévalence élevée au cours de la gémellité, particulièrement en ce qui concerne les grossesses monozygotes [10, 30, 45, 47]. Certaines d'entre elles sont spécifiques à la monozygotie et sont représentées par les monstres doubles ( siamois), les monstres acardiaques, les fœtus *in fœtu*. Pour notre part, les malformations fœtales rencontrées étaient représentées par des siamois ( 2 cas), des hydrocéphalies (2 cas), des malformations des membres inférieurs.

Du fait des difficultés du dépistage anténatal de ces malformations dans notre contexte de travail, les diagnostics n'ont été faits qu'une fois les fœtus nés. Parmi les cas observés, seuls les siamois constituent une spécificité de la gémellité. Les malformations des membres inférieurs observées sont en fait des déformations (à type de pied bot varus équin) dont la survenue tient aux contraintes d'espace à l'intérieur de l'utérus.

#### ***- L'évanescence (involution) d'un jumeau***

Il peut s'observer et peut évoluer au maximum vers le fœtus papyrus qui correspond selon les auteurs aux formes extrêmes du syndrome de transfuseur transfusé, complication de la grossesse monozygote en particulier [ 10, 45, 47]. La description sémiologique classique de ce syndrome associe un jumeau "transfuseur" pale hypotrophe, anémique né dans un contexte d'oligoamnios et un jumeau "receveur" pléthorique, œdématisé associé à un hydramnios [47].

Dans notre étude, cette pathologie était fortement suspectée dans 5 cas dont 1 cas de fœtus papyraceae sur J2 né en état de momie quand J1 naissait avec un poids de 3500 grammes. Dans les 4 autres cas, le tableau était constamment constitué d'une

Dans notre étude, cette pathologie était fortement suspectée dans 5 cas dont 1 cas de fœtus papyracae sur J2 né en état de momie quand J1 naissait avec un poids de 3500 grammes. Dans les 4 autres cas, le tableau était constamment constitué d'une différence importante entre les poids de naissance des deux fœtus, d'un hydramnios sur le plus gros et des annexes de type monochorial biamniotique et la mort constante du fœtus de petit poids.

#### **- L'Hydramnios**

La grossesse gémellaire constitue également une circonstance où on rencontre fréquemment un hydramnios [10, 45, 47] ; au cours de notre étude, nous en avons rencontré dans 5,4% des grossesses.

#### **- La rupture prématurée des membranes :**

C'est une complication fréquente de la grossesse gémellaire ; sa survenue s'explique, outre les causes classiques, par la surdistention de l'œuf, particulièrement lorsqu'il s'y associe un hydramnios. Cet évènement a été observé dans 1,62% des cas (3 patientes) dans notre étude.

#### **- Les complications maternelles de la grossesse gémellaire :**

Elles sont principalement représentées par les syndromes vasculo-rénaux et l'anémie ; ces derniers seront traités dans les aspects pronostiques maternels.

## **6. 3. 4. L'ACCOUCHEMENT**

### **6. 3. 4. 1. Le lieu de l'accouchement**

Dans notre contexte où les accouchements à domicile ont toujours cours, nous en avons enregistré 15 ( 8,1%). L'accouchement s'est entièrement déroulé à domicile dans 11 cas, et a concerné seulement le J1 dans les autres cas. Les raisons avancées tiennent essentiellement à la rapidité du travail et aux difficultés des moyens de transport pour rejoindre les maternités. Ce constat est semblable à celui fait par A. DOLO au Mali [17] qui observait dans son étude que 6,9% des accouchements avaient eu lieu à domicile et que 7,8% avaient commencé hors d'une maternité.

L'accouchement de la grossesse gémellaire est un accouchement à risque qui devrait se dérouler dans une structure sanitaire adéquate, mieux dans un centre spécialisé, en présence d'un obstétricien, d'un anesthésiste et de pédiatres [10, 46].

### **6. 3. 4. 2. Le terme des grossesses à l'accouchement**

Le terme optimal à l'accouchement pour les jumeaux n'est habituellement pas le même que pour les singletons [23, 46, 53]. Plusieurs études font état d'une avance maturative des jumeaux : il existerait une maturité pulmonaire très précoce ( mise en évidence par la mesure du rapport lécithine/sphingomyéline) et une avance de maturation du placenta ( en échographie) [46].

Le terme moyen des grossesses gémellaires est donc abaissé selon les auteurs [ 36, 46, 51] et il se situe autour de 37 semaines d'aménorrhée.

Le terme moyen à l'accouchement ( pour les grossesses dont le terme a pu être estimé) que nous avons observé dans cette étude était de 37 semaines, donc conforme aux données de la littérature. Par ailleurs, l'accouchement est survenu à terme ( au delà des 37 semaines) dans près des deux tiers des cas ( 65,6%).

### **6.3.4.3. Le mode d'accouchement**

Dans notre étude, nous avons observé un taux de césarienne de 7,03% sur J1 et 10,8% sur J2, soit un taux de césarienne sur l'ensemble des naissances de 8,9%. Ce taux est supérieur à celui relevé par J. TESTA [ 54] pour l'ensemble des grossesses dans la même ville en 1996 qui était de 2,6%.

Dans le tableau XVI, nous comparons notre taux de césariennes à ceux relevés à travers la littérature.

**Tableau XVI : Quelques taux de césarienne à travers la littérature**

<b>Auteurs</b>	<b>Pays</b>	<b>Périodes</b>	<b>Fréquences (%)</b>
J. A. UNUIGBE [55]	<i>Nigéria</i>	1978 – 1985	15,7
L. KOUAM [25]	<i>Cameroun</i>	1982 – 1993	10
A. DOLO [17]	<i>Mali</i>	1987 – 1988	7
N. SAADI [51]	<i>Maroc</i>	1996 – 1998	10
R. RACHDI [48]	<i>Tunisie</i>	1987 – 1990	13,2
G. MEILLIER [34]	<i>France</i>	1983 – 1987	38,6
D. ALFRED [20]	<i>USA</i>	1986 – 1987	52,1
Notre étude	<i>Burkina Faso</i>	1997	8,9

Par ailleurs, nous n'observons qu'un seul cas de césarienne avant travail indiquée pour une cicatrice utérine antérieure.

A l'analyse des indications des césariennes pratiquées dans notre étude, on constate qu'il s'agit dans tous les cas d'indications de nécessité. C'est dire que les indications ne faisant pas l'objet de consensus comme énoncées plus haut n'ont pas été de mise. Ceci est encourageant compte tenu de notre contexte de travail qui impose que les indications de la voie haute soient bien pesées, qu'elles soient de nécessité absolue. En effet, à l'orée du 3<sup>ème</sup> millénaire, les risques liés à cette opération ont toujours cours avec une morbidité significative : une étude récente menée par Y. Sawadogo [ 52 ] relevait une morbidité post opératoire de 50,1% à la maternité du CHN-YO dont 90,4% de type infectieux ; la morbidité post césarienne était évaluée à 42,8%..

Il persiste des controverses quant à la meilleure voie d'accoucher une grossesse gémellaire ; les arguments des uns et des autres [ 10, 46, 56] tenant :

- d'une part à la particularité de la mécanique obstétricale lors de l'accouchement gémellaire au cours duquel les phénomènes d'accommodation sont complexes ; chaque fœtus doit non seulement s'accommoder à l'utérus et au bassin, mais aussi à l'autre jumeau. Par ailleurs, l'utérus surdistendu présente souvent des anomalies de contraction et de rétraction.
- d'autre part à la grande fréquence des présentations dystociques.

En outre, les impératifs pour préserver le meilleur pronostic périnatal possible au cours d'une grossesse où la prématurité est fréquente, ont parfois justifié des attitudes obstétricales particulières telles les césariennes systématiques en cas de prématurité.

Néanmoins, un consensus se dégage en ce qui concerne le plus grand nombre des grossesses gémellaires [ 1, 10, 16, 46, 50, 56, 57]. Ainsi, de façon générale, lorsque J1 est en présentation céphalique, la voie basse est la plus usitée quand aucune autre complication ne s'y associe. La voie d'accouchement de J2 dépendra alors de sa présentation : verticale sans aucune autre anomalie, la voie basse sera de mise avec au besoin des manœuvres obstétricales ; celles-ci requérant la présence d'un obstétricien entraîné [ 1, 50, 57].

Les indications des césariennes avant travail sont en général les mêmes que pour les singletons [ 10, 25, 46, 55]. Le consensus est fait pour les indications suivantes :

- la dystocie osseuse,
- le placenta et l'obstacle praevia,
- l'utérus cicatriciel,
- la présentation transversale de J1,
- la grossesse monochoriale monoamniotique à cause des risques d'accrochage des présentations, des accidents funiculaires.

Certaines autres indications sont plus discutées :

- la présentation du siège de J1,
- la prématurité : entre 32 et 34 semaines et/ou un poids fœtal estimé inférieur à 1500 grammes,
- les pathologies maternelles associées.

Sommes toutes, les taux de césariennes sont plus élevés en cas de gémellité et atteignent 40% voire plus dans certaines séries notamment occidentales [ 10, 20, 46].

#### **6.3.4.4. Les présentations fœtales**

Les présentations prises par les jumeaux au cours de notre étude sont représentées à la figure 14 et au tableau IV. Les présentations céphaliques sont les plus fréquentes ; les présentations transversales sont deux (2) fois plus fréquentes sur J2 (6,9% contre 3,52%) ; et J2 se présente également plus souvent en siège que J1 (34,5% contre 24,7%). Notons que la présentation du siège bien que n'étant pas une présentation dystocique en elle même pose tout de même beaucoup plus de difficultés à l'accouchement.

Nous comparons dans le tableau XVII les fréquences des types de présentations avec celles relevées dans trois études.

**Tableau XVII : Fréquences des modalités de présentations fœtales à travers la littérature.**

<b>Présentations</b>		<b>Auteurs</b>			
<b>J1</b>	<b>J2</b>	N. SAADI[51]	L.KOUAM[25]	K.RUSSEL[50]	Notre étude
<i>Céphalique</i>	<i>Céphalique</i>	<b>41%</b>	<b>44,9%</b>	<b>42,9%</b>	<b>43,52%</b>
<i>Céphalique</i>	<i>Siège</i>	30%	29,43%	24,1%	22,94%
<i>Siège</i>	<i>Céphalique</i>	13%	12,07%	6,7%	13,52%
<i>Siège</i>	<i>Siège</i>	8%	10,94%	8%	11,17%
<i>Céphalique</i>	<i>Transverse</i>	5%	2,64%	9,4%	5,29%
<i>Transverse</i>	<i>Transverse</i>	1%	-	0,4	1,17%
<i>Transverse</i>	<i>Siège</i>	-	-	-	0,58%
<i>Transverse</i>	<i>Céphalique</i>	2%	-	1,8	1,76%

Les présentations dystociques sont plus fréquentes au cours des grossesses gémellaires. Ces présentations anormales sont à la base de la plupart des incidents et

accidents habituellement rencontrés au cours des accouchements gémellaires, en particulier la dystocie dynamique et la procidence du cordon.

Ces évènements se potentialisent sur le J2, ce qui le rend beaucoup plus vulnérable. En effet, c'est sur le J2 que l'on observe le plus de présentations anormales et c'est pourquoi il est sujet aux manœuvres obstétricales. En pratique, une fois l'accouchement de J1 terminé, un toucher vaginal apprécie la présentation de J2 et une manœuvre de verticalisation est tout de suite tentée lorsque J2 est en transverse.

Toutefois, les présentations céphaliques sont fréquentes et l'éventualité des deux fœtus en présentation céphalique est la plus fréquente [ 20, 25, 48, 50, 51]. Avec le développement de l'échographie obstétricale, il est possible de déterminer les présentations fœtales avant l'entrée en travail, ce qui a pour avantage de permettre la planification du déroulement de l'accouchement. Dans notre contexte, la radiographie pratiquée à terme pourrait être d'un apport fort appréciable dans le diagnostic des présentations.

#### **6.3.4.5. La délivrance**

Au cours de l'accouchement gémellaire, la délivrance est marquée par un risque hémorragique accru. C'est à l'effet de prévenir cette éventualité qu'il est préconisé une délivrance dirigée et le maintien d'une éventuelle perfusion d'ocytociques ainsi que la prolongation de la surveillance en salle de travail [26, 46, 51].

Dans notre étude, la délivrance était spontanée dans la plupart des cas (77,3%) et dans les autres cas, il s'est agi d'une délivrance artificielle, pratiquée en cas de retard au décollement du placenta ou en cas d'hémorragie estimée trop importante. Attitude pourtant très salubre, la délivrance dirigée n'a pas été pratiquée au cours de nos accouchements gémellaires.

Peu de travaux abordent la phase de délivrance au cours des accouchements gémellaires ; N. SAADI [51] l'a fait dans son étude et il observait un taux de délivrance spontanée sensiblement proche du notre (80%).

L'examen du délivre a été fait pour les accouchements qui se sont déroulés dans les maternités et dans un cas où les annexes ont été apportés après accouchement hors d'une maternité. Cet examen a permis de préciser le type de gémellité ; nous

comparons dans le tableau XVIII, nos résultats avec ceux observés par N. SAADI [51] et D. RIETHMULLER [49].

**Tableau XVIII:** Types de placenta relevés dans notre étude et dans celles de N. SAADI [51] et D. RIETHMULLER [49].

Types de placenta	Auteurs		
	N. SAADI	D. RIETHMULLER	Notre étude
<i>Bichoriale Biamniotique</i>	59%	75%	52,57%
<i>Monochoriale Biamniotique</i>	37%	23%	44,57%
<i>Monochoriale Monoamniotique</i>	4%	2%	2,85%

#### **6. 3. 4. 6. Les complications de l'accouchement gémellaire**

Du fait de la surdistention utérine et de la fréquence des présentations dystociques, l'accouchement de la grossesse gémellaire est souvent émaillé de complications. Le taux élevé des césariennes et des manœuvres obstétricales tient son explication de ces faits. En outre, les indications des césariennes pendant le travail rendent compte des difficultés de l'accouchement gémellaire.

Au cours de cette étude, les complications rencontrées pendant les accouchements étaient représentées par les dystocies dynamiques (9 cas), la procidence du cordon (7 pour J1 et 4 pour J2), la rétention du deuxième jumeau (13 cas).

Il a donc été nécessaire de pratiquer une version par manœuvres internes dans un cas, une grande extraction du siège du J2 dans 11 cas et associer ces deux manœuvres dans 3 autres cas.

Une hémorragie de la délivrance a compliqué 11 accouchements.

## 6. 4. LE PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE

### 6. 4. 1. LE PRONOSTIC FŒTAL

Le taux de mortalité périnatale élevé est la conjonction d'une forte mortinatalité et d'une mortalité néonatale particulièrement élevée [21, 23, 25, 45].

#### 6. 4. 1. 1. L'état à la naissance

##### *- La mortinatalité*

Le taux de mortinatalité relevé dans notre étude a été de 4,4% pour J1 et de 14,6% pour J2, soit un taux de mortinatalité pour l'ensemble des naissances de 10%.

La différence entre les taux de mortinatalité des deux jumeaux est significative: J2 meurt trois fois plus que J1. Ces constatations sont en accord avec les données de la littérature [ 17, 21, 25, 30, 47]. En effet, c'est le deuxième fœtus qui est le plus menacé du fait que la rétraction utérine consécutive à l'accouchement du J1 crée une hémostasie défavorable au second. A cela, il faut ajouter comme précédemment montré, la plus grande fréquence des présentations dystociques sur le J2, imposant des manœuvres obstétricales.

La conjugaison de ces facteurs, associée dans certains cas à la longueur de l'intervalle de temps séparant les deux naissances explique que le pronostic de J2 soit plus péjoratif que celui de J1.

Le taux de mortinatalité que nous avons observé est élevé. Ce taux est supérieur à ceux observés en Tunisie par R. RACHDI [48] : 7,2% ; en France par G. MELLIER [34] : 4,2% ; au Cameroun par L. KOUAM [25] : 6,9% . Notre taux est proche de celui observé au Mali par A. DOLO [ 17] : 9,8%. Signalons que la comparaison de ces différents taux doit se faire sous certaines réserves : en effet mis à part l'étude de A. DOLO [17], les autres études sont des travaux hospitaliers qu'il est difficile d'extrapoler à l'ensemble des naissances ; par ailleurs, comparer nos taux avec ceux retrouvés en France et dans une certaine mesure en Tunisie n'est pas très réaliste car les conditions de travail sont différentes.

Notons aussi que le taux de mortalité relevé chez les jumeaux est supérieur à celui retrouvé pour l'ensemble des grossesses dans la même ville : 3,12% dans l'étude de J. TESTA et coll. [54]. Ce fait est conforme aux données de la littérature.

### **- Le score d'APGAR**

Le coefficient d'APGAR a été apprécié à 1 minute et à 5 minutes lorsque l'accouchement avait eu lieu dans une maternité. Un score d'APGAR inférieur à 7 est le signe d'une anomalie de l'état fœtal.

A une (1) minute :

- un plus grand nombre de J2 avait un score compris entre 1 et 3 (6,12% contre 3,12%),
- il en est de même pour les scores compris entre 4 et 7 (49,65% contre 30,62%).

A cinq (5) minutes :

- aucun nouveau né n'avait un score inférieur à 3,
- une plus grande proportion de J2 avait un score compris entre 4 et 7 (14,28% contre 11,87%).

Dans l'ensemble, J1 présente un meilleur état que J2.

Nos observations sont opposées à celles de N. SAADI et coll. [51] qui n'observaient aucune différence entre les scores des deux jumeaux à une (1) et cinq (5) minutes. Nos constatations rejoignent en partie celles de R. RACHDI [48] pour qui la différence entre les scores était significative à 1 minute, mais ne l'était plus après 5 minutes.

Ces contradictions sont-elles dues aux modalités d'accouchement ? En effet, dans les deux travaux précités, le taux de césarienne était plus élevé que le notre (respectivement 10% et 13,2% contre 8,9% pour notre série).

L'étude menée par J. TESTA et coll. [54] sur la mortalité maternelle grave dans la ville relevait que dans l'ensemble, les nouveaux nés avaient un score supérieur à 7 à 1 minute dans 93% des cas et dans 97% des cas à 5 minutes. La comparaison avec les résultats observés chez les jumeaux permet de noter que les jumeaux ont plus souvent un score inférieur à 7 par rapport à l'ensemble des naissances.

### **6. 4. 1. 2. Etude de quelques facteurs du pronostic fœtal à la naissance**

#### ***- Age gestationnel et pronostic fœtal***

Dans notre étude, nous observions ( pour les grossesses dont l'âge gestationnel a pu être évalué) 21 prématurés parmi les morts nés, soit 63,63% et 12 fœtus à terme. La différence entre ces deux taux est significative : les prématurés meurent plus que les fœtus nés à terme.

A l'instar des données de la littérature [ 21, 25, 45, 46] nous relevons que la prématurité est un important facteur de mortalité périnatale.

L'état de naissance des fœtus est conditionné par leur terme à la naissance ; les prématurés ont une plus grande fragilité due en grande partie au déficit de la maturation pulmonaire responsable par la suite de la maladie des membranes hyalines. Toutefois, les jumeaux présentent une avance maturative par rapport aux singletons, si bien que le minimum de mortalité périnatale des jumeaux se situe vers 37-38 semaines alors qu'il est de 38-39 semaines pour les singletons [46].

#### ***- Poids fœtal et pronostic fœtal***

Quand on analyse les données du tableau XI donnant l'état de naissance des jumeaux en fonction du poids, on constate que :

- d'une part, la majorité de nos morts fœtaux se recrutent parmi les fœtus dont le poids de naissance est inférieur à 1500 grammes (50% pour J1 et 40,74% pour J2,
- d'autre part, les fœtus ayant un score d'APGAR < 7 se recrutent préférentiellement parmi les nouveaux nés de petit poids.

Ces observations corroborent la thèse que le faible poids de naissance est un facteur de mauvais pronostic [3, 25, 26, 30, 36, 45, 47].

Nos observations sont semblables à celles de L. KOUAM et coll. [25] qui observaient au Cameroun que 40,1% des jumeaux de moins de 1500 grammes étaient morts nés.

En Tunisie, N. KRHOUF [ 23] quant à lui observait que 61,5% des décès néonataux se recrutaient parmi les fœtus de moins de 1500 grammes.

### ***- Mode d'accouchement et pronostic fœtal***

Dans cette étude, il est difficile de faire un corollaire entre la voie d'accouchement et l'état des fœtus pour la raison que nous n'avons relevé aucune indication d'extraction par la voie haute dont les motivations allaient prioritairement dans le sens de l'amélioration de l'état fœtal, en particulier les indications de césarienne pour prématurité. Dans ces conditions, il est bien difficile de dire, comme cela a été fait dans certaines

études [17, 20, 25, 34, 42, 48, 50, 55, 46] que la voie d'accouchement avait un impact sur le pronostic fœtal. Les avis divergent sur le sujet et cela est soutenu par les conclusions divergentes des différents travaux. Pendant que certains auteurs affirment que la voie haute améliorerait l'état du fœtus en lui évitant les traumatismes de la voie basse, d'autres au contraire estiment qu'il n'y a aucune différence entre ces deux modes d'accouchement quant à l'amélioration du pronostic fœtal. Mieux, certains auteurs estiment que la traversée de la filière génitale par le fœtus accélérerait la maturation pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, aux vues de nos conditions de travail et de la modicité des moyens des ménages, il nous paraît judicieux de restreindre les césariennes aux strictes indications de nécessité comme cela a été de mise dans cette étude.

Mais devant un taux de mortalité périnatale aussi élevé, il apparaît nécessaire d'approfondir la réflexion sur le sujet et de ne pas mettre tout de suite en avant les causes classiques relevées dans la littérature ( la prématurité et l'hypotrophie) comme cela a pu être observé dans notre étude.

### ***- Présentations fœtales et pronostic fœtal.***

L'évaluation de la mortalité selon les présentations fœtales fait ressortir une surmortalité dans les présentations du siège et dans les présentations transversales (respectivement 48,64% et 24,52%). Tous les décès fœtaux en présentation du siège sont survenus au cours d'accouchement par voie basse. Faudrait-il voir par ce fait la nécessité d'élargir les indications de césarienne dans les présentations du siège afin d'éviter aux fœtus les manœuvres obstétricales dont ils sont l'objet dans ces circonstances ?

Dans les présentations transversales, l'explication de cette surmortalité tient à la dystocie qu'engendre cette présentation. En effet, tous les décès survenus dans cette circonstance sont consécutifs à une rétention du deuxième jumeau retrouvée uniquement chez les patientes évacuées d'autres provinces que le Kadiogo. Les difficultés des évacuations sanitaires, qui se manifestent par la longue durée de temps qui sépare le moment de la prise de la décision et l'arrivée de la patiente dans la structure de référence, font que l'intervalle de temps entre les deux naissances s'en trouve proportionnellement augmenté ; or, les conditions d'existence de J2 après l'accouchement de J1 sont précaires du fait de l'anoxie consécutive à la rétraction utérine [ 25, 38].

### ***- Intervalle de naissance et pronostic de J2***

Il est classiquement admis que l'intervalle de temps séparant les deux naissances conditionne le pronostic de J2 ; moins cet intervalle est long, mieux l'état de J2 est [ 1, 3, 10, 25, 34, 38, 48, 49, 51]. L'explication tient au fait qu'après l'accouchement de J1, il s'en suit une rétraction utérine qui crée des conditions d'hypoxie pour J2 par un phénomène dit de ligature vivante d'autant plus préjudiciable au fœtus que ce temps est évidemment plus long. Quel délai peut-il être toléré sans compromettre l'état de J2 ? Les auteurs sont partagés sur la question : certains fixent ce délai à 15 minutes, d'autres à 20 minutes ; et au delà, il faudrait agir. Par contre, certains autres estiment qu'un délai de 30 minutes peut être toléré ; ce qui va permettre à l'utérus de reprendre son activité contractile sans pour autant créer de dommages importants au fœtus. Pour notre part, nous avons retenu ce seuil de 30 minutes, ce qui nous permettait de ne pas être trop interventionniste. En outre, la proportion des J2 nés entre 15 et 30 minutes est faible ( 11,02% ) ; ce qui ne permettait pas de tirer des conclusions formelles.

Considérant ces états de fait, les données relatives à l'intervalle de naissance et le pronostic de J2 traitées permettent de dire à l'instar de ceux de la littérature [3, 10, 25, 34, 38, 48] que plus l'intervalle de temps séparant les deux naissances est long, moins bon est le pronostic de J2.

Les délais extrêmes de 14 heures et 28 minutes que nous avons observés sont le fait des difficultés d'évacuations que connaissent nos populations. L'amélioration de la

prise en charge des évacuations sanitaires pourrait contribuer à améliorer le pronostic fœtal des grossesses gémellaires et plus généralement le pronostic des grossesses dans le pays.

### **6. 4. 1. 3. La période néonatale**

#### ***- Le mode d'alimentation des jumeaux***

L'allaitement maternel a été le mode d'alimentation des jumeaux. Il a été le plus souvent exclusif ; en effet, 78,94% des mères en période néonatale précoce et 77,55% en période néonatale tardive déclaraient le pratiquer ainsi. Les autres pratiquaient un allaitement mixte par adjonction de laits industriels pour des raisons d'insuffisance du lait maternel pour subvenir aux besoins des deux nouveaux nés.

Il faut noter qu'en matière d'allaitement maternel, un accent particulier est mis sur sa promotion dans toutes les maternités, ses avantages étant indiscutables dans notre contexte.

#### ***- La survie néonatale***

Il ne nous a pas été possible de documenter tous les nouveaux nés à cette période ; seulement 61,62% des mères se sont déplacées au 7<sup>ème</sup> jour et 52,97% au 28<sup>ème</sup> jour, ce qui engendre incontestablement des biais dans les résultats auxquels nous parvenons.

A l'issue de la période néonatale précoce, le taux de survie des jumeaux était de 89,47%, très certainement surestimé étant donné que les mères dont les enfants étaient décédés ne trouvaient pas de raisons de faire le déplacement.

A l'issue de la période néonatale tardive, notre taux de survie des jumeaux était de 85,2%, là aussi certainement surestimé pour les mêmes raisons précédemment évoquées.

La littérature abordant la période néonatale spécifique des jumeaux n'abonde pas ; l'étude de L. KOUAM [25] aborde la période néonatale précoce et relève 35,1% de taux de mortalité à cette période. Signalons qu'il s'agit d'une étude hospitalière et le taux retrouvé est supérieur à celui que nous avons observé (10,52%) ; taux, rappelons le très certainement sous estimé.

## 6. 4 2. LE PRONOSTIC MATERNEL

Dans cette étude, nous avons observé que plus de la moitié de nos patientes (54,05%) avaient présenté des signes sympathiques à des degrés et associations variables. Mais il s'agit là de signes subjectifs dont l'appréciation se heurte aux susceptibilités individuelles.

Les syndromes vasculo-rénaux plus fréquents au cours des grossesses gémellaires ont été observés chez un peu plus de la moitié de nos patientes (51,82%). Les différentes manifestations cliniques et biologiques étaient diversement associées

Faute d'avoir pu suivre ces femmes tout au long de leur grossesse, ce qui aurait permis un bilan plus exhaustif, nous nous sommes référés aux données des carnets de CPN.

En tenant compte des limites qu'impose cet état de fait, nous pouvons affirmer à l'instar des données de la littérature que les syndromes vasculo-rénaux sont plus fréquents en cas de grossesse gémellaire.

L'hémorragie de la délivrance, autre facteur de morbidité maternelle pouvant mettre en jeu le pronostic vital dans notre contexte a été observée dans 5,94% des cas ; ce taux est nettement inférieur à celui observé par A.DOLO [17] au Mali (25,9%).

Dans notre contexte, la césarienne constitue également un facteur non négligeable de morbidité maternelle ; elle a été plus souvent pratiquée dans les grossesses gémellaires.

Une anémie a été observée dans 24,39% des cas. L'évaluation de ce facteur est discutable dans ce travail ; le seul critère utilisé étant l'état de coloration des muqueuses laissée à la seule appréciation de la personne effectuant la CPN.

Le seul décès que nous avons observé est survenu dans un contexte poly symptomatique associant un ictère franc et un tableau d'éclampsie du post partum. Le délai de survenue du décès ( moins de 24 heures) ne nous a pas permis d'approfondir les investigations. L'autopsie verbale pratiquée retrouvait tout de même la survenue de l'ictère une dizaine de jours avant l'entrée en travail.

La gestante porteuse d'une grossesse gémellaire présente une morbidité plus élevée en rapport avec la présence de deux fœtus . La physiologie maternelle est particulière par :

- une plus grande utilisation des réserves maternelles particulièrement en fer et en folates,
- des besoins énergétiques plus importants,
- des modifications cardio-vasculaires plus précoces et plus importantes.

En conséquence, les complications sont plus fréquentes que lors d'une grossesse monofœtale.

Les signes sympathiques de grossesse sont en général plus marqués, faisant parfois suspecter le diagnostic.

# 7 : CONCLUSION & SUGGESTIONS

## 7.1. CONCLUSION

L'accouchement gémellaire pose des difficultés variables qui tiennent à la complexité de la mécanique obstétricale et à la fréquence des présentations dystociques. Le taux de césarienne est plus élevé. En général, l'accouchement du premier jumeau ne diffère pas de celui d'un fœtus unique ; les difficultés sont plus souvent observées sur le deuxième jumeau, ce qui le rend plus vulnérable. La grossesse gémellaire arrive rarement à terme, les accouchements prématurés sont plus fréquents de même que les faibles poids de naissance ; ceci conditionnant pour une grande part le pronostic fœtal, comme cela a été constaté dans cette étude . Comme relevé dans ce travail, la mortalité et la morbidité périnatales sont très élevées.

Les problèmes posés par la gémellité peuvent être minimisés par un certain nombre de dispositions qui sont entre autres la précocité du diagnostic , la réduction des activités physiques, un suivi plus rigoureux avec des consultations prénatales plus rapprochées et par la planification des modalités d'accouchement par un diagnostic des présentations fœtales en début de travail : à cet effet, la radiographie du contenu utérin pourrait dans notre contexte être d'un apport significatif..

C'est à ce prix que nous pourrions améliorer le pronostic des accouchements gémellaires.

## 7.2. SUGGESTIONS

Au terme de ce travail et au regard des résultats obtenus , nous nous permettrons les suggestions suivantes :

### **Au personnel médical :**

1. Améliorer la prise en charge des gestantes porteuses de grossesse gémellaire en :
  - reconnaissant le plus précocement possible la gémellité,
  - sensibilisant les patientes du caractère à risque de cette grossesse,
  - préconisant la réduction des activités physiques,
  - adoptant la supplémentation systématique en fer et en acide folique,
  - mettant en œuvre la stratégie de prise en charge que nous proposons.
2. Promouvoir les relations pédiatres-obstétriciens pour la prise en charge des prématurés et des hypotrophes.

**Aux autorités :**

- 1- Améliorer les moyens diagnostiques notamment faciliter l'accès à l'échographie,
- 2- Améliorer les moyens d'élevage des prématurés,
- 3- Assurer la formation continue du personnel,
- 4- Améliorer la prise en charge des évacuations sanitaires, ce qui peut contribuer à réduire le temps mis pour la prise en charge des complications de l'accouchement gémellaire.

**7.3 . PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

En tenant compte de notre contexte de travail , nous proposons un protocole de prise en charge des grossesses gémellaires qui s'articule comme suit :

**Au cours d'un premier contact avec une femme enceinte :**



***Examen clinique minutieux pour rechercher :***

- des antécédents familiaux de gémellité,
- une exagération des signes sympathiques de grossesse,
- une discordance entre la taille de l'utérus et l'âge supposé de la grossesse.



***Suspicion de gémellité :***



Echographie du contenu utérin



Grossesse gémellaire confirmée



***Pas d'élément en faveur de la gémellité***



Surveillance ordinaire

Counseling (Grossesse à risque)

- Prescription : Fer + Acide Folique
- CPN mensuelles ou bimensuelles

### A partir du troisième trimestre

- Réduction des activités physiques.
- Echographie ou Radiographie du contenu utérin → diagnostic des présentations

### A l'entrée en salle de travail :

↓

Suspicion de gémellité → Radiographie du contenu utérin.

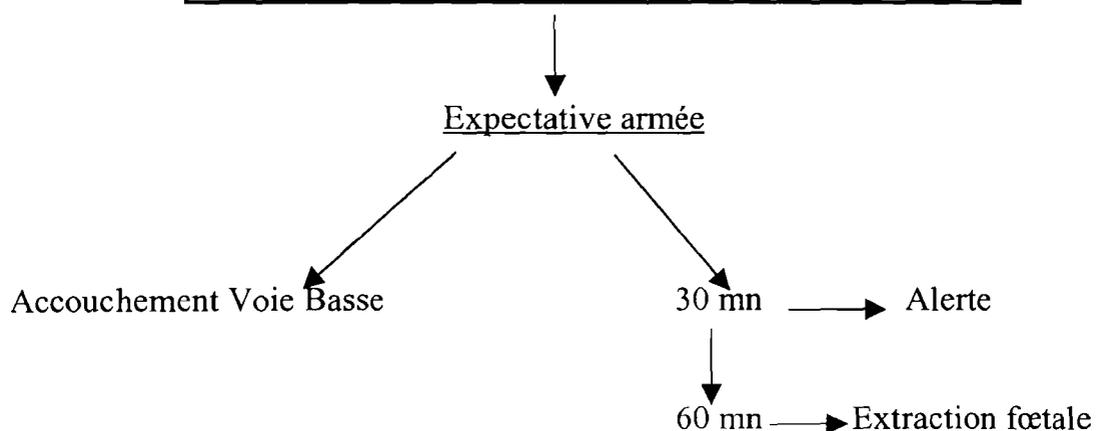
### L'accouchement :

Celui de J1 n'est pas différent de celui d'un singleton  
Les indications de la voie haute ne seront pas différentes.

### *\* Accouchement de J2*

1

J2 est en présentation céphalique  
Le col est à dilatation complète  
Le rythme cardiaque fœtal est normal  
Les contractions utérines sont efficaces



**2**

J2 est en présentation céphalique,  
le col est partiellement rétracté,  
le rythme cardiaque foetal est normal,  
les contractions utérines sont inefficaces.

5 UI de syntocinon dans 500 cc de SGI

60 minutes

Evolution favorable

Evolution défavorable

Accouchement Voie Basse

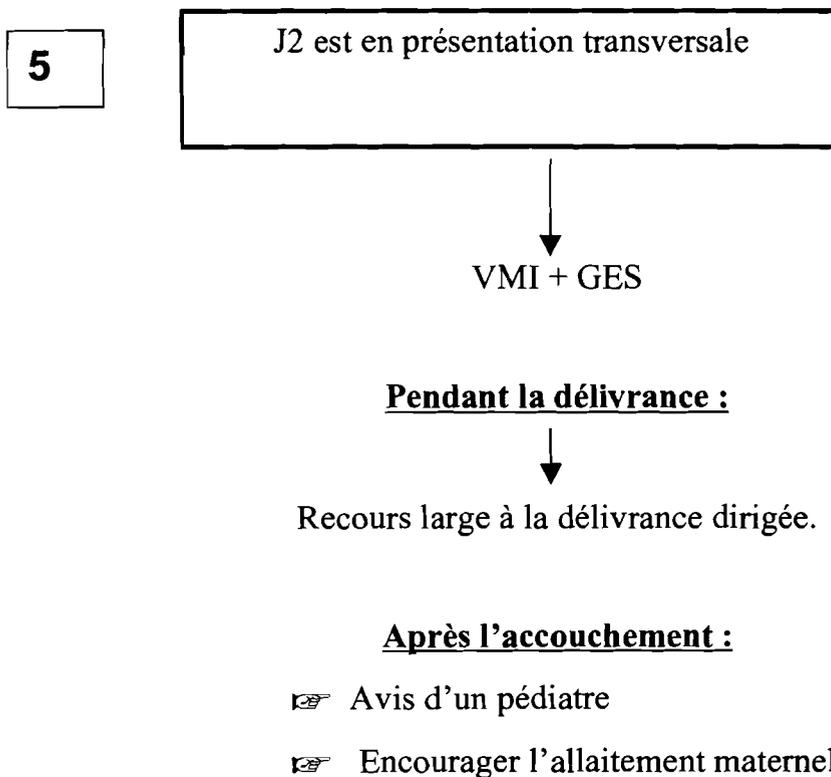
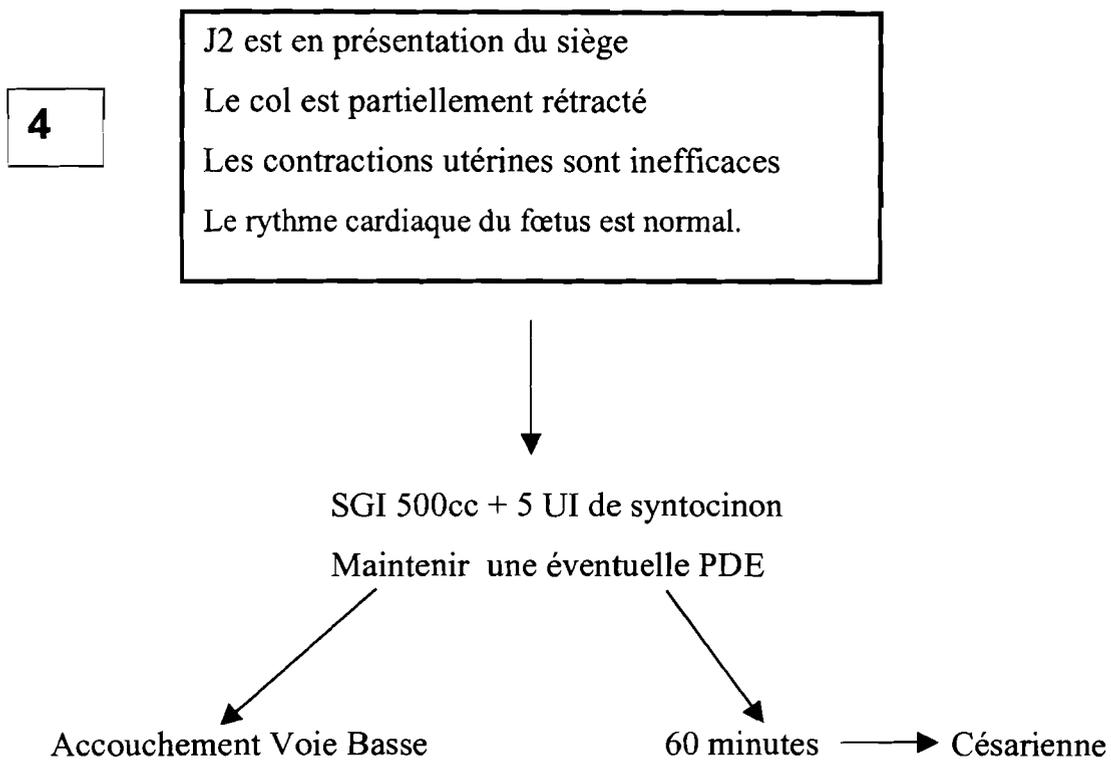
Césarienne

**3**

J2 est en présentation du siège  
le col est à dilatation complète  
le rythme cardiaque du fœtus est normal

Soit RAM éventuellement  
Puis 500cc SGI + 5UI de syntocinon

Soit RAM éventuellement  
Puis GES ( recommandée)



## § . BIBLIOGRAPHIE

**1. ADAM C., ALLEN C.A., BASKETT T.F.**

Twin delivery : Influence of the presentation and method of delivery on the second twin. Am J Obstet Gynecol , 1991;165(1):23-7.

**2. AGBERE A.D., BAYILABOU K., TATAGAN K., ASSIMADI K., KESSIE K.**

Mortalité néonatale précoce dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Kara au Nord Togo. Pub Méd Afr,1990;126:9-14.

**3. AKPA BEDI E.**

Contribution à l'étude pour l'amélioration du pronostic du 2<sup>ème</sup> jumeau à sa naissance. A propos de 332 cas du 1<sup>er</sup> janvier au 30 décembre 1982 au C.H.U. de Cocody ( Abidjan).

Thèse de Médecine , Abidjan,1984:92.

**4. ALIHONOU E., DAN V., SOSSOU E.C., GANDAHO T., KOUMAKPAI S.**

Mortalité néonatale au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou : Incidences, Causes et Moyens de lutte. Méd Afr Noire,1991;38(11):745-51.

**5. ANNE L., WAETANIAN R., BOUDERLIQUE CL., ROSENAU L., LE LIRZIN L., GROSIEUX P.**

Grossesses gémellaires : Pronostic fœtal. A propos de 100 observations. Rev Fr Gynécol Obstét,1999;19(4):508.

**6. ASSIMADI K., ZONGO P., GRANDA D., KESSIE K., DEGBOE L.A., HODONOU K., VOVOR M.**

Morbidité et mortalité à l'unité des prématurés au C.H.U. de Lomé ; bilan d'un an d'activité de soins. Rev Méd Côte d'Ivoire,1990;70:31-41.

Thèse de Médecine  
 - Morbidité et mortalité des prématurés  
 - Thèse de médecine Obstétrique  
 - Rev Méd Côte d'Ivoire

**7. AUSSEL D., POULAIN P., PALARIC J.C., BARATASI S., GIRAUD J.R., GRALL J.Y.**

Accouchements des grossesses gémellaires. Résultats d'une étude de 322 accouchements réalisés de 1982 à 1988 sur les 2 services de maternité de Rennes. Rev Fr Gynécol Obstét, 1990;19(14):506.

**8. BERGTRÖM S., HÖJER B., LILJESTRAND J., TUNELL R.**

Perinatal health care . With limited resources. Londres,MACMILLAN, 1994:186.

**9. BODIAGINA V.**

Précis d'Obstétrique. Moscou:MIR, 1986:435.

**10. BOUBLI L. OLIVIER S. THOULON J. M. PUECH F. BOOG G.**

Obstétrique. Paris:Ellipses,AUPELF/UREF, 1995:992.

**11. COULIBALY-ZERBO F., AMORISSANI-FOLQUET M., KACOU-KAKOU A., SYLLA M., NOUA F., KRAMO E. et coll.**

Etude épidémiologique des malformations congénitales. Med Afr Noire, 1997;44(7): 409-14.

**12. CRISTALLI B., STELLA V., HEID M., IZARD V., LEVARDON M.**

La grande extraction du deuxième jumeau avec ou sans version par manœuvres internes. J Gynécol Obstét Biol Reprod, 1992;21:705-7.

**13. CROWTHER C.A., NEILSON J.P., VERKUYL D. A., BANNERMAN C., ASHURST H.M.**

Preterm labour in twin pregnancies : can it be prevented by hospital admission ? British J Obst Gynecol, 1989;96:850-3.

**14. DANIELLE M. B., MILTON I. L.**

Twin pregnancy in adolescents. *Obst Gynecol*,1990;75(2):172-4.

**15. MINISTERE DE LA SANTE**

Statistiques Sanitaires Nationales 1996.

Ouagadougou:DEP, Juin 1997:98

**16. DJANHAN Y., ANONGBA S., KONE N., BOHOUSOU M.K., SANGARET M.A.**

Les facteurs de morbidité du 2<sup>ème</sup> jumeau. *J Gyn Obst Biol Repr*,1985;14:123.

**17. DOLO A., DIAL N.G., DIABATE F. S.**

A propos de 507 grossesses et accouchements gémeillaires dans le district de Bamako.

*Pub Méd Afr*,1990;109:28-32.

**18. DRIESSEN F.**

*Obstetric Problems. A Pratical Manual.* Nairobi:African Medical and Research

Foundation, 1991:275.

**19. DUBECQ-PRINCETEAU F., DUFOUR PH., THIBAUT D., LEFEBVRE C., MONNIER J.-C.**

Accouchement par voie basse d'une grossesse monochoriale monoamniotique. Cas clinique. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*,1995;24:634-5.

**20. FLEMING A., RAYBURN W.F., MANDSAER N. T., HILL W.C., LEVINE M.G., LAWLER R.**

Perinatal outcomes in twin pregnancies at term. *J Reprod Med*,1990;35(9):881-5.

**21. FREZAL J.**

Problèmes pathologiques particuliers aux jumeaux. *Conc Méd*, 198;4(4):103-14.

**22. IVO S. épouse KEITA.**

Profil épidémiologique, Tolérance et Acceptabilité en Planification Familiale à Ouagadougou ( Burkina Faso). A propos de 4 Méthodes Contraceptives.  
Thèse de Médecine: Ouagadougou, FSS, 1998;531:120.

**23. KHROUF N., BARKALLAH N., BEN MILED S., BEN BECHR S., GASTLI H.**

Les grossesses gémellaires : fréquence, développement fœtal et mortalité périnatale.  
*J Gyn Obst Biol Repr*, 1983;12:619-23.

**24. KISOKA R.**

Naissance différée de trente jours après un accouchement prématuré sur une grossesse gémellaire. A propos d'un cas. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*, 1994;23:719-20.

**25. KOUAM L., KAMDOM-MOYO J.**

Les facteurs de risque fœtal dans les accouchements gémellaires. Une analyse critique de 265 cas. *Rev Fr Gynécol Obstét*, 1995;90(3):155-63.

**26. LANSAC J., BODY G., BERGER C., BERLAND M., FOURNIE A., GOLD F. et coll.**

Pratique de l'Accouchement. Paris:SIMEP, 1988:339.

**27. LANTZ E.M., CHEZ A.R., RODRIGUEZ A., PORTER B.K.**

Maternal Weigth Gain Patterns and Birth Weigth Outcome in Twin Gestation. *Obst Gynecol*, 1996;87(4):551-5.

**28. LEPOUTRE R.-**

Age maternel et conceptions gémellaires. *Lettre Gynecol*, 1997;224:11-3.

**29. LIVNAT E.J., BURD L., CADKIN F.A., KEH P., WARD A.B.**

Fetus Papyraceus in Twin Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1978;51(1):41-5.

**30. MARTIN C., BILLEAUD C.**

Les Grossesses Multiples. *Rev Prat*, 1988;38(13):832-7.

**31. MAYANDA H.F., BETHO V.M.F., MALONGA H., DJOUOB S., SENG P.**

Morbidité et Mortalité néo-natales au CHU de Brazzaville. *Med Afr Noire*, 1989;36(7):582-7.

**32. MAYANDA H.F., BODOSSI G., MALONGA H., DJOUOB S., SENG P., NZINGOULA S. et coll.**

Malformations congénitales observées dans le service de néonatalogie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. *Med Afr Noire*, 1991;38(1):505-9.

**33. MEDA N., TRAORE G., MEDA H., CURTIS V.**

La mortinatalité en milieu hospitalier au Burkina Faso. *Cahier Santé*, 1992;2:45-8.

**34. MELLIER G., LARGUIER F.**

L'accouchement en cas de grossesse gémellaire. *Rev Fr Gynécol Obstét*, 1990;85(2):121-5.

**35. MERCER B. M., CROCKER L. G., PIERCE W. F., SIBAI B. M.**

Clinical characteristics and outcome of twin gestation complicated by preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obst Gynecol*, 1993;168(5):1467-73.

**36. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.**

Précis d'Obstétrique. 5<sup>ème</sup> édition. Paris: Masson, 1993:755.

**37-MESSER J.**

Prématurité et hypotrophie à la naissance. Epidémiologie, causes et prévention. Rev Prat, 1994;44(5):679-82.

**38. MICHIELS Y., MACEL A., JAHIER J., KAMP A., FELDMAN J.P., HALFON D., et coll.**

Amélioration du pronostic foeto-néonatal des grossesses gémellaires. Comparaison de deux séries de 158 grossesses et après établissement d'un protocole thérapeutique. Rev Fr Gynécol Obstét, 1985;80(2):99-102.

**39. MUTOMBO T.**

Mortalité néonatale dans un hôpital rural. Cas de l'Hôpital Protestant de Dabou (Côte d'Ivoire). Med Afr Noire, 1993;40(7):471-6.

**40. NZINGOULA S., SILOU J., SENG P.**

Problèmes posés par l'insuffisance de poids à la naissance dans le service de prématurés de l'Hôpital Général de Brazzaville. Med Afr Noire, 1986;33(10):682-7.

**41. OULAI S.M., PLO K.J., AKA K.F., EHUA AMANGUA E.S., ANDOH J., ESSOH N.P.**

Mortalité néo-natale : réflexions tirées de l'étude de 1258 dossiers. Rev Med Côte d'Ivoire, 1991;79:27-37.

**42. PER- HAKAN PERSSON, GRENNERT L., GENNSER G., KULLANDER S.**

On Improved outcome of twin pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand, 1979;58:3-7.

**43. PESSONNIER A., KO-KIVOK-YUN P., FOURNIE A.**

Grossesses gémellaires monochoriales monoamniotiques : Problèmes diagnostiques. Risques évolutifs. J Gynécol Obstet Biol Reprod, 1994;23:299-302.

**44. PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD)**

Rapport sur le Développement Humain Durable. Burkina Faso, 1998:325.

**45. PONS J.C.**

Grossesses multiples. Rev Prat, 1995;45:1742-7.

**46. PUECH F., CODACCIONI X., HUBERT D., VAAST P.**

Grossesses gémellaires et multiples. Accouchement. Ed Tech Encycl Med Chir (Paris-France), Obstétrique, 5049D45, 1993:5.

**47. PUECH F., VAAST P., CODACCIONI X. et HUBERT D.**

Grossesses gémellaires et multiples. Etude anatomoclinique et prise en charge. Ed Tech Encycl Med Chir (Paris-France), Obstétrique, 5030A10, 1993:16.

**48. RACHDI R., FEKIH M.A., MOUELHI CH., BRAHIM H.**

Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire. Rev Fr Gynécol Obstet, 1992;87(5):295-8.

**49. RIETHMULLER D., KHALIFE H., SCHAAL J.P., MAILLET R., COLETTE C.**

La grande extraction du siège sur 2<sup>ème</sup> jumeau . A propos d'une série de 56 cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996;25:94-8.

**50. RUSSELL K. LAROS, BONNIE J. DATTEL**

Management of twin pregnancy : The vaginal route is still safe. Am J Obstet Gynecol, 1988;158(6):1330-8.

**51. SAADI N., BELGHITI L., OUTIFA M., LAGHZAOUI O., CHEMRY I., BENSAID F.et coll.**

La grossesse gémellaire. Expérience de la Maternité Universitaire des Orangers. A propos de 100 cas. Rev Fr Gynecol Obstet, 1998;93(6):469-74.

**52. SAWADOGO Y. A.**

Etude de la morbidité et de la Mortalité maternelles post opératoires à la Maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou ; A propos de 583 interventions chirurgicales effectuées en 6 mois.

Thèse de Médecine: Ouagadougou, FSS, 1998;535:57.

**53. TAFFOREAU J., PAPIERNIK E., RICHARD A., PONS J.C.**

Is prevention of preterm births in twin pregnancies possible ? Analysis of the results of a prevention program in France (1989-1991). Europ J Obst Gynecol Reprod Biol, 1995;59:169-74.

**54. TESTA J., OUEDRAOGO C., SONDO B., KONE B.**

Enquête multicentrique sur la morbidité maternelle grave en Afrique de l'Ouest. Résultats de Ouagadougou (Burkina faso). 1997: 53.

**55. UNUIGBE J.A., ORHUE A.A.E., FEYI- WABOSO P.A.**

Outcome of cesarean section in twin pregnancy. Int J Gynecol Obstet, 1988;26:393-7.

**56. WARENSKI J.C., KOCHENOUR, N. K..**

Intrapartum Management of Twin gestation. Clinics in Perinatol, 1989;16(4):889-97.

**57. WELLS R.S., THORP J.M., BOWES W.A.**

Management of the non vertex second twin. Gynecol Obstet, 1991;172:383-5.

# 9 . ANNEXE

**Grossesses et accouchements gémellaires dans les maternités de la ville de Ouagadougou  
(Burkina-Faso)**

Fiche d'enquête

N° de fiche: .....

Maternité:.....

**I) ETAT CIVIL**

Nom:..... Prénoms:..... Age:.....

Profession:..... Profession du conjoint:.....

Situation matrimoniale:..... Religion:.....

Niveau d'instruction:..... Adresse:.....

**II) ANTECEDENTS**

Médicaux: HTA/ / Diabète/ / Hb/ / Asthme / /

Chirurgicaux : néant/ / césarienne/ / date:..... indication:.....

autre intervention:.....date:..... trauma du bassin / /

Familiaux: jumeau chez patiente: parents/ / fratrie / / collatéraux / /

jumeau chez conjoint: lui/ / parents/ / fratrie/ / collatéraux/ /

accouchement gémellaire chez patiente: elle/ / fratrie/ / collatéraux/ /

accouchement gémellaire chez conjoint: fratrie/ / collatéraux / /

grossesse multiple:.....

Personnels: âge des premières règles:.....DDR:..... ATCD de GG/ /

grossesse multiple/ /gestité:.....parité:.....avortements:nb.....termes:.....

contraception:non/ / oui/ /type:.....durée:.....;

traitement hormonal: non/ / oui:/ / type:.....

### III) HISTOIRE DE LA GROSSESSE

Signes sympathiques: nausées: absentes/ / légères/ / modérées/ / intenses/ /

vomissements: absents/ / légers/ / modérés/ / intenses/ /

ptyalisme: absent/ / léger/ / modéré/ / intense/ /

Maladies intercurrentes: néant/ / syndrome palustre/ / infection urinaire / /

autre:.....

CPN : nb.....signes toxémiques: néant/ / présents: OMI/ / date

d'apparition:.....

HTA/ / date d'apparition:.....PU/ / date d'apparition:.....

Anémie: oui/ / non/ / prophylaxie: oui/ / non/ / Prise de

poids:.....

Echographie: non/ / oui/ / normal/ / RCIU/ / malformation/ / hydramnios/ /

autre:.....

Diagnostic de GG: non fait/ / fait/ / date:..... clinique/ / écho/ / radio/ /

Menace d'avortement: non/ / précoce/ / tardif/ /

Menace d'accouchement prématuré: non/ / oui/ / date:.....

### IV) ACCOUCHEMENT

Date et heure d'entrée en salle:..... Terme de la grossesse:..... HU:.....

Premier jumeau: présentation:..... date et heure d'accouchement:.....

voie: basse/ / haute/ / indication:..... vivant/ / mort/ /

apgar:..... malformé: non/ / oui/ / sexe: M/ / F/ / poids:.....

Deuxième jumeau: présentation:..... date et heure d'accouchement:.....

voie: basse/ / manoeuvres: non/ / oui/ / type:.....

haute/ / indication:..... vivant/ / mort/ / apgar:.....

malformé: oui/ / non/ / sexe: M/ / F/ / poids:.....

Complications: dystocie dynamique/ /accrochage/ /collision/ /procidence cordon de J1/ /  
placenta praevia/ /souffrance foetale/ / trauma obstétrical/ / montres doubles/ /  
autres:.....

Type de délivrance :.....

Type de placenta : bichorial biamniotique/ / monochorial biamniotique/ /monochorial  
monoamniotique/ / poids:.....

Suites de couches: simples/ / complications:.....

## **V)PERIODE NEONATALE**

Précoce: *premier jumeau:*vivant/ /poids:.....âge:.....affection morbide:.....

vaccination:.....mort/ / âge:..... cause:.....

*deuxième jumeau:*vivant/ / poids:.....âge:.....affection morbide:.....

vaccination:.....mort/ / âge:.....cause:.....

Tardive:*premier jumeau:*vivant/ / poids:.....âge:.....affection morbide:.....

vaccination:.....mort/ / âge:.....cause:.....

*deuxième jumeau:*vivant/ / poids:.....âge:.....affection morbide:.....

vaccination:.....mort/ / âge :.....cause:.....

La mère: état de santé:.....statut gynéco:.....

contraception:.....allaitement:.....

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

"En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 de salaire au dessus de mon travail.

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 moeurs, ni à favoriser les crimes.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque."

**Auteur**

OUATTARA Tiémoko

S/C 09 BP 666 Ouagadougou 09 Burkina Faso

---

**RESUME**

Le présent travail présente les résultats de la première étude sur les accouchements gémellaires dans la ville de Ouagadougou en y abordant les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques.

La fréquence des accouchements gémellaires a été de 1,75%, l'âge moyen des patientes de 27 ans. La parité moyenne avant l'accouchement était de 2,7 et 13,5% des patientes avaient présenté une gémellité antérieure. L'usage des médicaments hormonales n'a pas été retenu comme facteur favorisant ; par contre, une hérédité familiale se dégage nettement : 43,78% des jumeaux ont une hérédité maternelle.

Au plan clinique, le diagnostic n'a été posé que dans 44,86% des cas pendant la grossesse. L'échographie a été le principal moyen de diagnostic. Le terme moyen à l'accouchement a été de 37 semaines. Le taux de césarienne a été de 8,9%. Les présentations céphaliques étaient les plus fréquentes (71,8% pour J1 et 58,2% pour J2) ; les présentations du siège et de l'épaule étaient plus fréquentes sur J2 ( respectivement 34,48% et 6,98%). L'intervalle de temps entre les deux naissances a été de 25 minutes en moyenne.

Au plan pronostic, la mortinatalité a été de 10%, plus élevée pour les deuxièmes jumeaux et les principaux facteurs classiques ont été retrouvées : 34,35% de prématurité et 25,23% d'hypotrophie foétale. Le taux de survie des jumeaux a été de 89,47% et de 85,8% respectivement à l'issue de la période néonatale précoce et de la période néonatale tardive. L'état maternel a surtout été marqué par la fréquence des syndromes vasculo-rénaux (51,82%).

---

**Mots clés :** *Accouchement gémellaire, Prématurité, Hypotrophie, Pronostic foetal.*

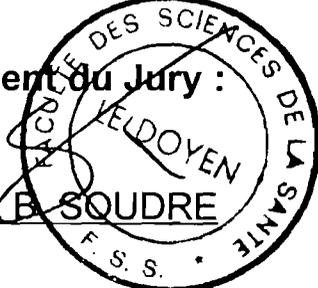
---

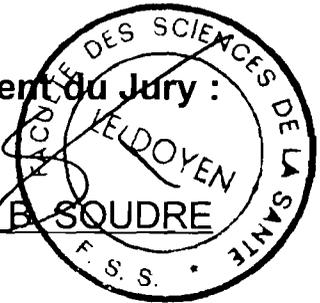
**Lue et Approuvée**

**Le Directeur de thèse :**

  
Pr. Bibiane KONE

**Le Président du Jury :**

  
Pr. Robert B. Soudre



**Auteur**

OUATTARA Tiémoko

S/C 09 BP 666 Ouagadougou 09 Burkina Faso

---

**RESUME**

Le présent travail présente les résultats de la première étude sur les accouchements gémellaires dans la ville de Ouagadougou en y abordant les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques.

La fréquence des accouchements gémellaires a été de 1,75%, l'âge moyen des patientes de 27 ans. La parité moyenne avant l'accouchement était de 2,7 et 13,5% des patientes avaient présenté une gémellité antérieure. L'usage des médications hormonales n'a pas été retenu comme facteur favorisant ; par contre, une hérédité familiale se dégage nettement : 43,78% des jumeaux ont une hérédité maternelle.

Au plan clinique, le diagnostic n'a été posé que dans 44,86% des cas pendant la grossesse. L'échographie a été le principal moyen de diagnostic. Le terme moyen à l'accouchement a été de 37 semaines. Le taux de césarienne a été de 8,9%. Les présentations céphaliques étaient les plus fréquentes (71,8% pour J1 et 58,2% pour J2) ; les présentations du siège et de l'épaule étaient plus fréquentes sur J2 ( respectivement 34,48% et 6,98%). L'intervalle de temps entre les deux naissances a été de 25 minutes en moyenne.

Au plan pronostic, la mortinatalité a été de 10%, plus élevée pour les deuxièmes jumeaux et les principaux facteurs classiques ont été retrouvés : 34,35% de prématurité et 25,23% d'hypotrophie fœtale. Le taux de survie des jumeaux a été de 89,47% et de 85,8% respectivement à l'issue de la période néonatale précoce et de la période néonatale tardive. L'état maternel a surtout été marqué par la fréquence des syndromes vasculo-rénaux (51,82%).

---

**Mots clés :** *Accouchement gémellaire, Prématurité, Hypotrophie, Pronostic fœtal.*

---