

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

MINISTRE NATIONAL DE L'EDUCATION SUPERIEURE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Année : 2003 - 2004

N°

100

THEME

**ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO
A PROPOS DE 200 CAS**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 2004
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie*

Par

Monsieur Moussa Diani COULIBALY

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

Jury :

Président :
Membres de Jury

Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Docteur Salif DIAKITE
Docteur Bouraïma MAIGA
Docteur SY Aïda SOW

Directeur de Thèse :

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2003 - 2004

N°

100

THEME

**ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO
A PROPOS DE 200 CAS**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 2004
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie*

Par

Monsieur Moussa Diani COULIBALY

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

Jury :

Président :

Membres de Jury

Directeur de Thèse :

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Docteur Salif DIAKITE

Docteur Bouraïma MAIGA

Docteur SY Aïda SOW

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2003 - 2004

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **MASSA SANOGO** - MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Djénèba DOUMBIA
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA

Stomatologie
Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Anesthésie/Réanimation
Odontologie
Odontologie
ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Biologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie – Mycologie **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr. Flabou Bougoudogo

Chimie Organique
Immunologie
Histoembryologie
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahmane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE
Mr.Massa SANOGO

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Abdourahmane TOUNKARA
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Bactériologie - Virologie
Biophysique
Parasitologie
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Diankiné KAYENTAO †	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

Mr Souleymane COULIBALY
Mr Daouda K. MINTA
Mr Soungalo DAO

Psychologie
Maladies Infectieuses
Maladies Infectieuses

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE

Toxicologie
Chimie analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA †
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE
Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAIGA
Mr Yaya KANE

Chimie Analytique
Matières Médicales
Galénique
Toxicologie
Galénique

5. ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA

Pharmacognosie
Législation
Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

6. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

7. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP
Mr Seydou DOUMBIA

Anthropologie Médicale
Epidémiologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Oumar THIERO	Biostatistique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

Dédicaces

**Bénits soit DIEU le tout puissant qui,
par sa grâce, m'a accompagné pendant
ces longues années d'études**

Je dédie ce travail :

- **A mon père Diani COULIBALY dit Danaya**

Aujourd'hui plus que jamais, nous apprécions la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils, homme de vertu tu es resté pour moi un exemple à suivre.

Homme de principe et de rigueur, tu as presque tout fait, en nous inscrivant à l'école, car de nos jours, inscrire un enfant c'est de lui donner, je dirai mille et une chance de réussite dans la vie.

Cet humble travail est le tien, que DIEU te donne longue vie et bonne santé.

- **A ma mère feu Marta BOIRE**

Femme courageuse, dynamique, attentive, tu as éduqué tes enfants dans le sens de l'amour et le respect pour le prochain. Suivre un enfant dans son développement n'est pas chose facile. Tu t'es toujours battue, sacrifiée pour nous tes enfants. Je suis fier d'être ton enfant.

Trouve ici le faible témoignage de mon affectueux attachement.

- **A mon Oncle Abdoul COULIBALY (In memorium)**

J'aurai aimé que tu sois aujourd'hui en face de moi pour me donner plus de tonus à chaque fois que nos yeux se croisent. Mais le bon DIEU qui est le maître de nous tous a décidé autrement.

- **A ma tante Christine COULIBALY**

Ce travail a été réalisé grâce à tes sages conseils et aux sacrifices que tu as consenti, pour moi. Je te serai reconnaissant. Je profite ici pour te témoigner toute mon affection à ton égard.

- **A mon feu grand père Zana COULIBALY**

C'est l'occasion pour moi de me prosterner devant ta tombe et te dire merci pour ce que tu as fait pour moi.

Que ton âme repose en paix.

- **A toute la famille COULIBALY à Gnomiyirambougou**

Remerciements

- **A mes amis (es)**

- Aly OUATTARA ; Issa SAMAKE ; Assimou DIALLO ; Brenima COULIBALY ;

Chaka SOUNTOURA. Noël COULIBALY.

- A mes collègues et internes du service

En souvenir de durs moments passés ensemble, recevez à travers ce travail ma sincère reconnaissance

- Aux docteurs du centre de santé de référence de la commune V

Je vous remercie des sages conseils et de votre entière disponibilité dont j'ai bénéficié.

- A toutes les sages femmes du C.S.Ref. CV.

Votre gaieté, votre sérieux, votre disponibilité et surtout votre compétence, nous resteront un souvenir vivace..

- Au personnel du bloc opératoire

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

Je vous remercie tous.

**REMERCIEMENTS
PARTICULIERS
AUX**

**HONORABLES
MEMBRES DU
JURY**

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de santé publique,

Chef du D.E.R. de Santé publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ,

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé du Mali

Cher Maître et père

C'est un honneur considérable et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Au delà de l'éminent professeur que vous êtes, nous avons toujours admiré votre simplicité, et votre humanisme.

Votre souci constant d'une bonne formation, au sein de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie, fait de vous un Maître respectable et respecté.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Qu'ALLAH le tout puissant vous garde encore longtemps auprès de nous .

A notre Maître et Co-directeur de Thèse

Docteur Bouraïma MAIGA

Gynécologue Obstétricien

Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le Ministère de la Femme de la Famille et de l'Enfant pour votre combat en faveur de la femme et de l'enfant.

Responsable de la filière sage-femme à l'ESS.

Chef du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital National du Point G

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher Maître, nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce travail. Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Nous avons été touchés par votre courtoisie, votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre patriotisme, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme.

Nous avons bénéficié de votre savoir en Gynécologie et en Obstétrique surtout lors des staffs quotidiens et des E.P.U bimensuels ; nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves. Les mots nous manquent pour exprimer les sentiments, qui nous animent aujourd'hui après toutes ces années passées ensemble.

Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail. Que Dieu vous accorde encore longue vie.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Docteur SY AÏDA SOW

Maître de conférence en gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef du service de l'unité Gynécologique au C.S.Ref.C.II.

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité, et surtout votre abnégation, associés à vos qualités de mère et de formatrice nous ont séduit.

Vous demeurez un modèle de simplicité, de courtoisie en un mot d'humanisme.

Veillez recevoir ici, cher Maître, l'expression véritable de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Docteur Salif DIAKITE

Spécialiste en Gynécologie et en Obstétrique,

Maître de conférence à la faculté de Médecine, de

pharmacie et d'odontostomatologie

Honorable maître, c'est aujourd'hui une fierté pour nous d'avoir séjourné

à vos côtés et de profiter de votre immense expérience ; votre rigueur

dans le travail bien fait et votre souci de bien former sont constants.

Nous vous prions d'accepter nos hommages.

ABREVIATIONS

- ATCD** : Antécédent
- CPN** : Consultation prénatale
- DR** : Dernière règle
- DDR** : Date des dernières règles
- DFP** : Disproportion foeto-pelvienne
- DZ** : Dizygotie
- FSH** : Follicule stimulin hormone
- G** : Gramme
- GEU** : Grossesse extra-utérine
- GES** : Grande extraction du siège
- HTA** : Hypertension artérielle
- J1** : Premier jumeau
- J2** : Deuxième jumeau
- LH** : luseinizing hormone
- MZ** : Monozygote
- ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie
- SA** : Semaine d'aménorrhée
- VMI** : Version par manœuvre interne

sommaire

I-	Introduction.....	2
II-	Objectif.....	3
III-	Généralités.....	4
IV-	Notre étude.....	27
V-	Résultats.....	32
VI-	Commentaires et Discussions.....	50
VII-	Conclusion et Recommandation.....	62
VIII-	Références bibliographiques.....	64<

annexes

Localisation et Résumé de la Thèse

Serment d'Hippocrate

I- INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La grossesse multiple est le développement simultané de plusieurs fœtus dans l'utérus (50).

L'étude de la grossesse multiple est très importante en Afrique à cause non seulement de sa plus grande fréquence, mais aussi des problèmes rencontrés dans son diagnostic et la surveillance des femmes enceintes (16).

La plupart de ces femmes appartiennent à un milieu socio-économique et médical faible. Elles consultent très souvent à un âge gestationnel avancé.

La prévalence des naissances multiples dans le monde varie d'une région à une autre, d'un pays à un autre : elle varie d'un taux bas de 2 à 7% au Hawaii, Japon et Taiwan à un taux intermédiaire de 2 à 20% en Europe et beaucoup de pays africains, américains et asiatiques (1).

Le taux est particulièrement élevé dans certaines parties d'Afrique surtout le Nigeria, les Seychelles, le Transvaal et le Zimbabwe (1).

Il semblerait qu'une grossesse sur quatorze est multiple chez les Yorouba au Nigeria.

La fréquence de la grossesse multiple n'a pas été étudiée dans les pays arabes sauf à Benghazi en Libye où elle a été estimée à $9,8^0/00$ (1).

Suite au développement des méthodes de reproduction médicalement assistée, l'emploi actuel des inducteurs d'ovulation, le clinicien est confronté à un nombre croissant de grossesses multiples (22,29,35,46) ; raison pour laquelle la règle de Hellin n'est même plus applicable (48). D'après cette règle l'incidence des jumeaux dans la population serait de $1/89$ naissances, celle des triplés $1/89^2$; quadruplés $1/89^3$; quintuplés $1/89^4$; ainsi de suite jusqu'à un chiffre supérieur.

Les grossesses multiples ne vont pas le plus souvent à terme, l'avortement tardif et l'accouchement prématuré représentent les principaux problèmes.

L'accouchement en cas de grossesse multiple demande une prise en charge rigoureuse.

Il présente un certain nombre de caractéristiques toutes susceptibles de retentir sur le déroulement du travail et de l'état du fœtus à la naissance, et aussi de la mère qui en font un accouchement à haut risque.

Très peu d'études ont été consacrées jusqu'à présent à ce sujet au Mali (16,50); et le présent travail vise les objectifs suivants.

II- OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1- Objectif Général

Étudier la grossesse et l'accouchement gémellaire sous une approche épidémiologique et clinique au centre de santé de référence de la commune V à propos de 200 cas.

2- Objectifs Spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'accouchement gémellaire par rapport à l'ensemble des accouchements pendant la même période .
- Étudier le profil épidémiologique des gestantes porteuses de grossesses gémellaires
- Définir les modalités de prise en charge de l'accouchement gémellaire
- Évaluer le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement gémellaire.

III- GENERALITES

III- GENERALITES

D'après une des lois zoologiques ayant trait au développement des mammifères, le nombre de petits que porte normalement chaque femelle, équivaut au nombre de ses paires de mamelles. La normale dans l'espèce humaine est donc qu'il y ait un fœtus par gestation. A titre d'anomalie, on observe des grossesses multiples, l'utérus pouvant contenir 2.3 fœtus et même d'avantage (21,31).

1- Fréquence

La fréquence de survenue des grossesses gémellaire dans l'espèce humaine est d'environ 1% chez la plupart des auteurs (4,16,17,25,32).

La grossesse gémellaire s'observe environ 1 fois sur 100 accouchements, du moins en France (21, 31).

La classique loi de Hellin donne la fréquence de grossesse gémellaire comme égale à 1 sur 89 (31).

2- Facteurs Étiologiques

Ils sont nombreux

2-1- Facteurs Héritaires

L'hérédité aussi bien maternelle que paternelle, est tout à fait hors de doute. Les jumeaux viennent par famille et peuvent se répéter chez la même femme (21) ; (31).

2-2- La Multiparité

La grossesse gémellaire augmente avec la parité de la femme et cela indépendamment de son âge. Elle est environ deux fois plus fréquente chez les multipares que chez les primipares (17, 31, 38, 52).

2-3- L'Age

L'âge de la mère est directement corrélé au risque de grossesses gémellaires. En Europe le pic de survenue d'une grossesse gémellaire se situe entre 35 et 40 ans (17, 26, 31, 38, 52). L'influence de l'âge maternel s'explique par les taux hormonaux en particulier de gonadotrophine, hypophysaire (FSH) qui s'élève avec l'âge.

2-4- Facteurs hormonaux

Les hormones hypophysaires appelées gonadotrophine FSH et LH sont des hormones qui stimulent les ovaires et sont responsables de l'ovulation. Il est évident que lorsque le taux en FSH de base est élevée, deux ou plusieurs ovules peuvent être libérées ; ce qui engendre la grossesse multiple (17). Nylande cité par Vokaer (51) a démontré que les mères de jumeaux Yorouba présentent à mi cycle des taux sanguins de FSH significativement plus élevés que le restent de la population, et que le taux de LH reste inchangé. Cela nous permet d'affirmer que plus le taux de FSH de base est élevé, plus la femme a de fortes chances de faire une grossesse multiple.

Le taux de grossesse gémellaire est aussi élevé pendant les deux premiers mois après l'arrêt de la contraception orale, suite à la reprise brutale de l'activité des ovaires avec un taux de FSH de base élevé (17).

2-5- Facteurs Nutritionnel

L'état nutritionnel de la population semble avoir une grande influence sur le taux des grossesses multiples. Au Nigeria les femmes d'une ethnie vivant dans le milieu rural et se nourrissant de patates douces, ont un taux de gémellité plus élevé de l'ordre (de 62 pour 1000), que celle de la même ethnie vivant en milieu urbain et ayant un régime alimentaire différent, (taux de gémellité est de 15 pour 1000). Ce qui montre que la patate douce contient une substance qui aurait les mêmes effets que les hormones oestrogeniques (38). Pendant la deuxième Guerre Mondiale, la fréquence de la grossesse multiples a baissé dans les zones qui étaient occupées car les conditions nutritionnelles étaient défavorables.

Le taux de gémellité varie d'une région à l'autre, du fait de leur degré de développement agricole (52).

2-6- La Stimulation Ovarienne

L'utilisation d'induction d'ovulation entraîne la survenue de grossesses gémellaire ce facteur représente 50% des causes de gémellité dans certaines régions (2, 17, 19, 38, 41).

Il est donc conseillé de faire un examen échographique pour surveiller de près la croissance folliculaire. Cette surveillance échographique s'accompagne du dosage journalier des oestrogènes. Si le taux d'oestrogène dépasse 300 pg/ml et le diamètre de follicule 18 mm, il faut arrêter le traitement hormonal, pour ne pas induire une grossesse multiple à haut risque (52).

2-7- La Fécondation In Vitro

Les enfants issus de cette fécondation sont appelés « Bébés Éprouvettes ». On a plus de chance lorsqu'on transfère un grand nombre d'embryons dans l'utérus. Ainsi en plaçant quatre embryons, on a plus de chance d'avoir une grossesse qu'avec trois embryons, ainsi de suite. Des auteurs pensent que la réduction embryonnaire peut être un moyen d'éviter la survenue de grossesse multiple dans cette technique (19, 38).

Les premières jumelles éprouvettes sont nées le 07 Octobre 1983 à l'Hôpital Antoine Beclère à Clamant (Haut de Seine).

2- Pathogénie

2-1- La grossesse Uni ovulaire ou Monozygote

C'est une grossesse qui survient à la suite de la fécondation d'un ovule par un seul spermatozoïde ou deux ovules par deux spermatozoïdes différents. Elle représente 30% des cas de grossesses gémellaires (15).

Un seul œuf se clive plus ou moins précocement donnant naissance à deux ou plusieurs êtres identiques jusqu'au psychisme (polyembryonie). Dans cette variété il existe presque toujours des anastomoses entre les deux circulations placentaires.

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

2-1-1- Au Stade des deux Premiers Blastomères :

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

Les embryons sont alors dichoriaux et diaminiotiques.

Les placentas sont distincts, ils peuvent être rapprochés ou éloignés les uns des autres.

2-1-2- Au Stade de Morula

A ce stade l'œuf mesure 150 microns de diamètre et présente à l'intérieur un amas cellulaire appelé bouton embryonnaire, à la périphérie on a une couche de cellule superficielle. La division de l'œuf se fait entre le 3^{ème} et le 8^{ème} jour après conception

(15, 16, 37, 39). Cette division aboutit à la formation de plusieurs embryons avec un seul chorion, plusieurs amnios et plus tard un seul placenta. Cette variété est la plus fréquente.

2-1-3- Après la Gastrulation

Cette division se fait vers la fin de la 2^{ème} semaine de développement embryonnaire. En ce moment la vésicule amniotique est déjà formée. Elle se fait par dédoublement de la plaque embryonnaire.

Les embryons sont alors mono choriaux, mono amniotiques et ne sont séparés par aucune membrane. Le placenta est unique, les cordons ont une insertion variable, soit sont au centre, côte à côte soit au niveau des extrémités, ou ils sont en Y donc ont la même localisation placentaire. Cette variété de grossesse monozygote est rare (15, 20, 37, 39).

2-1-4- Plus Tardivement

On à la formation d'un monstre, ces fœtus sont soudés les uns aux autres et sont du domaine de la tératologie (37).

Les siamois sont des jumeaux monozygotes soudés l'un à l'autre, leur séparation incomplète est la conséquence d'une division embryonnaire trop tardive d'un œuf.

Le nom vient de deux frères Eng et Chang, nés au Siam en 1811 qui ont été présentés au cours des tournées du cirque Barnum sous le nom de « frères siamois » (38).

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

On distingue :

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

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

2-1-5- Réseaux Vasculaires Placentaires

Il existe des anastomoses vasculaires entre les territoires placentaires des jumeaux.

Ce phénomène de communication entre les deux circulations des jumeaux au niveau de leur placenta est pratiquement constant dans les grossesses monochoriales (38).

Il existe deux sortes :

- les anastomoses vasculaires superficielles,

- les anastomoses vasculaires profondes.

Les anastomoses vasculaires superficielles sont invisibles sur la face fœtale du placenta, elles sont inconstantes et se font entre les vaisseaux du même nom, elles sont artério artérielles ou veino veineuses.

Les anastomoses vasculaires profonde sont visibles, intéressent les petits vaisseaux terminaux des villosités et sont artério veineuses.

Les anastomoses artério veineuses sont responsables de ce qu'on appelle le syndrome transfuseur transfusé. L'artère du 1^{er} jumeau est en communication avec la veine du second et du fait des pression de passage de sang s'effectue de l'un vers l'autre, le jumeau transfuseur paraît hypotrophique, le jumeau transfusé présente une biométrie souvent supérieure au 90^{ème} percentile.

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

2-2- Grossesse Biovulaire ou Dizygote (15, 51) :

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

Les fœtus auront chacun son placenta, son liquide amniotique, son chorion.

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

2-2-1- Superfécondation :

C'est la fécondation rapprochée de deux ou plusieurs ovocytes par des spermatozoïdes de pères différents. Cette forme est rare.

2-2-2- Superfoetation :

C'est la fécondation de deux ou plusieurs ovocytes issus de deux cycles successifs. Elle n'était pas reconnue comme possible dans l'espèce humaine, mais un cas clinique a été rapporté (6).

La fécondation à partir des follicules bi ou polyovocytaires peut être vraisemblable.

3- Diagnostic

3-1- Cliniques :

Le Diagnostic des grossesses multiples doit être précoce afin de permettre un bon suivi médical. Il n'est pas toujours aisé, l'obstétricien peut se tromper une fois sur quatre 48,60% des cas sont diagnostiqués à la première consultation prénatale et le reste par l'imagerie médicale (37).

Au début de la grossesse le diagnostic peut être évoqué dans trois circonstances :

- l'existence d'un facteur héréditaire (famille maternelle) ou racial (noire africain),
- une stimulation des ovaires par citrate de clomiphène ou gonadotrophines humaines,
- la constatation d'une hauteur utérine trop importante pour l'âge de la grossesse (dès 14 à 16 semaines).

Dans la deuxième moitié de la grossesse : le diagnostic clinique est fait sur la perception de trois pôles ou de deux pôles de même nom (deux têtes) ou de nom contraire mais trop rapprochés ou trop éloignés. On note également l'existence de deux foyers de bruits du cœur fœtal (14).

3-2- Radiographie

Fait le diagnostic à partir du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Elle est rarement utilisée comme moyen de diagnostic systématique (33,51).

De nos jours la radiographie est abandonnée au profit de l'échographie.

3-3- Électrocardiographie fœtale

Est de moins en moins utilisée, car beaucoup de praticiens pensent que c'est un élément de diagnostic peu fiable (51).

3-4- Échographie

Le diagnostic précoce est possible grâce à l'échographie :

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

Dans la deuxième moitié de la grossesse elle permet de dépister un éventuel retard de croissance de l'un ou des deux fœtus (15).

L'échographie permet une bonne surveillance de la grossesse au cours des consultations prénatales (27, 37, 51).

3-5- Dosages hormonaux (51)

Selon VOKAER l'association du dosage de la gonadotrophine chorionique, avec celui de l'hormone lactogène placentaire permet de dépister 96% des grossesses multiples au cours du premier trimestre, mais confirmé par l'échographie.

4- Modifications Physiologiques au Cours de la Grossesse multiple

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

- Sur le plan cardio-vasculaire : on note une augmentation du volume plasmatique environ 67% contre 32% dans les grossesses uniques (51). On note également une augmentation du volume de globule

rouge d'environ 2 litres contre 1,8 litres dans les grossesses simples. Le débit cardiaque est plus élevé également.

- La fonction respiratoire : on assiste à un accroissement du volume respiratoire dans les grossesses multiples.
- La fonction rénale : il y a une augmentation beaucoup plus importante du flux de filtration glomérulaire dans les grossesses multiples.
- La fonction digestives : il y a un accroissement des échanges entre le plasma et le parenchyme hépatique.
- Métabolisme hydrocarboné : la recherche de diabète gestationnel latent est plus fréquente en cas de grossesses multiples que dans les grossesses simples (51).

5- Complications au Cours de la Grossesse Multiple

5-1- Hypertension Artérielle (5, 37)

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

Les HTA peuvent être responsables de complications maternelles graves (éclampsie) ou de complications fœtales sérieuses (HRP, RCIU).

5-2- Anémie

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

5-3- Retard de la Croissance Intra-Utérin (38)

Il s'agit du deuxième grand risque après la prématurité en cas de grossesse multiple. Environ un jumeau sur deux est hypotrophié car son poids de naissance est situé au dessous du 10^{ème} percentile. Le RCIU est la deuxième cause de mortalité périnatale des jumeaux.

5-4- Syndrome Transfuseur Transfusé (38)

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

5-5- Malformation d'un Jumeau

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

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

La découverte d'une anomalie grave qui justifierait en cas de grossesse unique, la décision d'interruption de grossesse pour motif thérapeutique pose en cas de gémellite, des problèmes pratiques psychologiques et éthiques complexes.

L'alternative est de réaliser une interruption dite sélective de grossesse qui porte sur le jumeau malformé.

5-6- Mort In Utero d'un Jumeau

La fréquence de la mort in utero d'un jumeau est très élevée comprise entre 2 et 7% selon les publications. Elle est supérieure au risque de mort in utero en cas de grossesse unique qui est de 6%. Les causes peuvent être les mêmes qu'en cas de grossesse unique : hypertension artérielle maternelle, anomalies placentaires.

Il existe des causes spécifiques à la gémellité : syndrome transfuseur transfusé, enroulement des cordons en cas de grossesse mono amniotique.

5-7- Prématurité

La prématurité représente le premier grand risque des grossesses multiples (11). Environ 50% des patients accouchent avant 37 semaines d'aménorrhée (4).

La gravité de cette prématurité en cas de grossesse gémellaire vient du fait que les naissances entre 26 et 30 semaines sont 10 fois plus fréquentes qu'en cas de grossesse unique. De la même façon la fréquence des naissances entre 31 et 34 semaines est 7 fois plus élevée qu'en cas de grossesse unique (36).

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

5-8- Siamois

Les siamois sont des jumeaux monozygotes soudés l'un à l'autre, le plus souvent les deux individus sont complets et réunis par une zone précise (38). L'étiologie des jumeaux conjoints est inconnue, trois mécanismes sont actuellement discutés (12, 28) : les mêmes facteurs que ceux à l'origine de la gémellité monozygote, les anomalies de développement embryonnaire et les

déformation résultant d'un contenant utérin trop restreint pour une grossesse multiple.

Les monstres doubles représentent 0,1% à 0,5% des grossesses gémellaires monozygotiques dont l'incidence propre est de 0,37% (6,9). Plus de 70% des jumeaux conjoints sont des thoracopages, viennent ensuite les omphalopages, les pygopages, les ischiopages et les craniopages (29).

6- Suivi Médical de la Grossesse Multiple (38)

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

Le diagnostic précoce (échographie du premier trimestre) réduction d'activité maternelle au 2^{ème} trimestre.

Pas d'hospitalisation systématique.

Le cerclage en cas de nécessité.

Le suivi clinique et échographique au moins mensuel.

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

L'hospitalisation seulement en cas de menace d'accouchement prématuré ou d'autres complications.

La supplémentation en fer.

Pas de médicament tocolytiques systématique.

Corticoïde en cas de menace d'accouchement prématuré avant 34 semaines d'aménorrhée.

7- Accouchement Multiple

7-1- Le Terme Optimal de Naissance

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

Le terme moyen oscille entre 33-35 semaines dans les grossesses triplés (38).

Le terme moyen de la grossesse quadruple est de 32 semaines d'aménorrhée (18). Plus l'âge de la grossesse multiple s'approche à celui d'une grossesse unique, plus le risque de mortalité précoce est élevé (29).

7-2- Mécanique Obstétricale (4, 10, 42)

La fréquence des présentations dystociques est importante, intéressante aussi bien le premier que le second jumeau. Dans 80% des cas les fœtus sont placés longitudinalement dans la cavité utérine avec plus de 20% de présentation du siège.

Ces situations sont résumés par Chamberlin.

Ces anomalies de présentation génèrent un nombre élevé de manœuvres d'extraction.

Il s'agit souvent d'un accouchement normal mais les phénomènes d'accommodation fœtale sont plus complexes. De plus l'utérus sur distendu est sujet aux anomalies de la contraction et de la rétraction utérine.

Schéma : Présentation des jumeaux au début du travail (d'après Chamberlain10) :

- Présentation sommet et siège ;
- Présentation sommet et sommet ;
- Présentation siège et siège;
- Présentation siège et transversale ;
- Présentation transversale et transversale.

7-3- Complications de l'accouchement gémellaire :

7-3-1- Complications non spécifiques :

- **Dystocie dynamique**

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

- **Placenta bas inséré :**

Il est plus fréquemment rencontré en raison des contraintes d'espace engendrées par la présence de deux fœtus dans la cavité utérine et de l'importance même du volume placentaire qui explique son débord sur le segment inférieur.

- **Anomalies d'insertion du cordon :**

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

- **Hémorragies de la délivrance**

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

7-3-2- Complications spécifiques

- **Dystocie gémellaire**

Accident rare mais grave, il est généralement dû à l'accrochage de la tête du 1^{er} jumeau en siège avec celle du second jumeau en présentation céphalique. Elle est à évoquer devant un arrêt de la progression du premier pôle fœtal.

Le pronostic fœtal est très sombre puisque la mortalité atteint 40%. La césarienne doit être préférée à toute tentative de manœuvre d'extraction par voie basse. Du côté maternel, le risque est la rupture utérine.

- **Accident funiculaire par enroulement du cordon** . Ils sont le propre des grossesses mono amniotiques. L'accouchement par voie haute est obligatoire.

- **Jumeau conjoint :**

La plupart des auteurs ont pu proposer la réalisation d'une césarienne dans ces cas particuliers en raison du risque de dystocie (17,18,43,44,50).

7-4- Césarienne prophylactique : (8,13,23,24,43)

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

Les indications admises par tous sont :

- Dystocie osseuse ;
- Placenta et obstacle praevia ;

- Utérus cicatriciel ;
- Présentation transverse du premier jumeaux ;
- Hypotrophie sévère d'un ou des deux jumeaux ;
- Grossesse gémellaire monochoriale, mono amniotique (risque d'accrochage des présentations, d'accidents funiculaires et de souffrance fœtale aiguë du deuxième jumeau).

D'autres sont plus discutés :

- Présentation en siège du 1^{er} jumeau ;
- Prématurité avant 32 ou 34 semaines d'aménorrhée et / ou poids estimé inférieur à 1 500 grammes ;
- Pathologies maternelles associées.

7-5- Déclenchement du travail (42)

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

En ce qui concerne les contre-indications, qu'elles soient de nature obstétrical ou technique, temporaire ou définitive, elles ne comportent aucune particularité par rapport au grossesses mono fœtales.

Il faut y ajouter certaines contre-indications propres à la gémellité en rapport avec l'agencement des présentations ou le type anatomique, et insister sur les règles de prudence imposées à la surdistension utérine.

En ce qui concerne la technique du déclenchement, elle fait appel à deux méthodes :

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

L'utilisation des prostaglandines locales est susceptible d'entraîner une hypertonie et/ou une hypercinésie difficiles à contrôler.

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

7-6- Conduite de l'accouchement gémellaire

7-6-1- Surveillance du travail :

Comme en cas de grossesse monofoetale, la mise en place d'une voie veineuse périphérique doit être systématique. Le monitoring du rythme cardiaque fœtal et de l'activité utérine est systématique pendant toute la durée du travail.

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

7-6-2- L'accouchement du premier jumeau (33,42) :

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

L'accouchement du premier jumeau très souvent n'a aucun caractère spécial. Toutefois la surdistension utérine peut être cause de lenteur et d'irrégularité dans la dilatation du col, en rapport avec l'irrégularité et le manque d'ampleur de la contraction qui peuvent être corrigées par une perfusion d'ocytocine.

La rupture prématurée ou précoce des membranes est assez fréquente.

Lorsque le fœtus se présente par le sommet en occipito-postérieure, la tête, relativement petite, se dégage assez souvent en occipito-sacrée, le voisinage de l'autre fœtus gênant sa rotation intra pelvienne.

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

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

7-6-3- Temps de repos (33) :

Une rémission clinique de la contractilité utérine suit le premier accouchement, comme elle précède la délivrance dans l'accouchement d'un fœtus unique. Ce temps de repos dure de 5 à 45 minutes. Au delà, on entrerait dans l'anomalie. A notre sens, ce temps de repos doit être respecté, mais l'état du second fœtus doit être soumis au contrôle instrumental attentif. C'est en effet à ce stade qu'une souffrance fœtale pourrait passer inaperçue, d'où la nécessité de leur replacer immédiatement le capteur dès la sortie du premier enfant.

Une intervention immédiate se justifie par une souffrance fœtale ou une anomalie de la présentation du deuxième jumeau. C'est pourquoi, la vérification de la deuxième présentation doit être faite après le premier accouchement.

7-6-4- Accouchement du deuxième jumeau (33) :

Après l'accouchement du premier jumeau, on étudie la position du deuxième fœtus, si elle est longitudinale on se borne, si l'état du fœtus le permet, à attendre la reprise des contractions suivies d'un accouchement spontané, en général facile. On a parfois d'abord à rompre une deuxième poche des eaux.

L'engagement est donc bref et aisé. La tête fœtale première se dégage en position variable : en occipito-pubienne le plus souvent, mais en occipito-sacrée avec une grande fréquence, ou même en oblique ou en transverse.

Mais après l'accouchement du premier enfant, le deuxième jumeau se trouvant au large dans la cavité utérine insuffisamment rétractée, l'accommodation est parfois défectueuse. Le fœtus a tendance à s'étaler, à prendre des présentations irrégulières, surtout à se présenter par l'épaule. C'est là, la marque de la dystocie du deuxième jumeau, mais c'est une présentation de l'épaule dont la réduction est facile. La conduite à tenir doit être la suivante : une verticalisation du fœtus est d'abord tentée par manœuvres externes. Si elle échoue, on pratique alors une version par manœuvres internes, suivie d'une grande extraction de siège dont les conditions sont idéalement remplies : dilatation complète, utérus souple, rupture extemporanée des membranes constituant le premier temps de l'intervention, fœtus petit.

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

7-6-5- Délivrance (42) :

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

7-6-6- Indications des césariennes au cours du travail :

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

IV-NOTRE ETUDE

IV METHOLOGIE

1- Cadre d'Étude :

L'étude a été menée au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

La Commune V est l'une des 6 Communes urbaines du district de Bamako avec une superficie de 41,59 Km² pour 267.392 habitants. Elle est située à la rive droite du fleuve Niger.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été créé en 1982, avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité comme Centre de Référence à partir de 1993 .

En 1997, le prix « CIWARA D'EXCELLENCE » a été décerné au centre pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le Médecin Chef du centre a reçu le diplôme honorifique du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille pour son combat en faveur de la femme et de l'enfant. En son temps le Centre jouissait d'une très forte affluence et avait une envergure nationale sur le plan de la référence.

1-1- organisation du Centre :

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V comprenait plusieurs unités :

- Service de Médecine (médecine générale, pédiatrique dermato) ;
- Unité dentisterie ;

- Unité Ophtalmologie ;
- Unité Imagerie médicale ;
- Service de Gynéco-Obstétrique ;
 - * Unité Chirurgicale
 - * Unité Accouchement
 - * Unité PEV (Programme Élargie de Vaccination) ;
 - * Unité Néonatalogie ;
 - * Unité CPN (Consultation Prénatal) ;
 - * Unité PF/Post natale (Planing Familial) ;
- Unité Recherche et Formation (Bibliothèque, Salle d'Information, salle de staff, salle d'archives) ;
- Unité de soins (pansement et injection);
- Comptabilité ;
- Unité d'analyse médicale ;
- Pharmacie ;
- Morgue.

1-2- Personnel

Le centre de santé de référence de la commune V comptait

142 agents dont :

- **5 Médecins Spécialistes** à savoir :
 - * 1 Gynécologue obstétricien, chef de service ;
 - * 1 Odontostomatologue ;
 - * 1 Pédiatre ;
 - * 1 Dermatologue ;
 - * 1 ophtalmologue

- 4 Médecins Généralistes ;
- 34 techniciens de santé dont 24 Sage-Femmes et 10 infirmiers ;
- 11 infirmiers du 1^{er} cycle ;
- 4 Techniciens supérieurs (2 ophtalmologue, 1 Stomatologue, 1 Anesthésiste);
- 3 Chauffeurs ;
- 2 Instrumentistes, (une aide soignante et une infirmière d'état) ;
- 25 aides soignantes ;
- 1 Secrétaire (niveau CAP) ;
- 1 Informaticien (niveau IUG) ;
- 1 Contrôleur des Finances ;
- 1 Comptable (niveau CAP) ;
- 2 Caissières (aide soignantes) ;
- 1 Gérant de pharmacie (infirmier d'État) ;
- 1 Manipulatrice de Radio ;
- 2 Techniciens de laboratoire (infirmier 1^{er} cycle).
- 10 Manceuvres ;
- 7 Gardiens ;
- 3 Lingères ;

Les travailleurs sont des fonctionnaires, des conventionnaires de l'État, des contractuels, des agents de la municipalité et des agents de l'INPS.

1-3 – Activités

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 H 15 réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service.

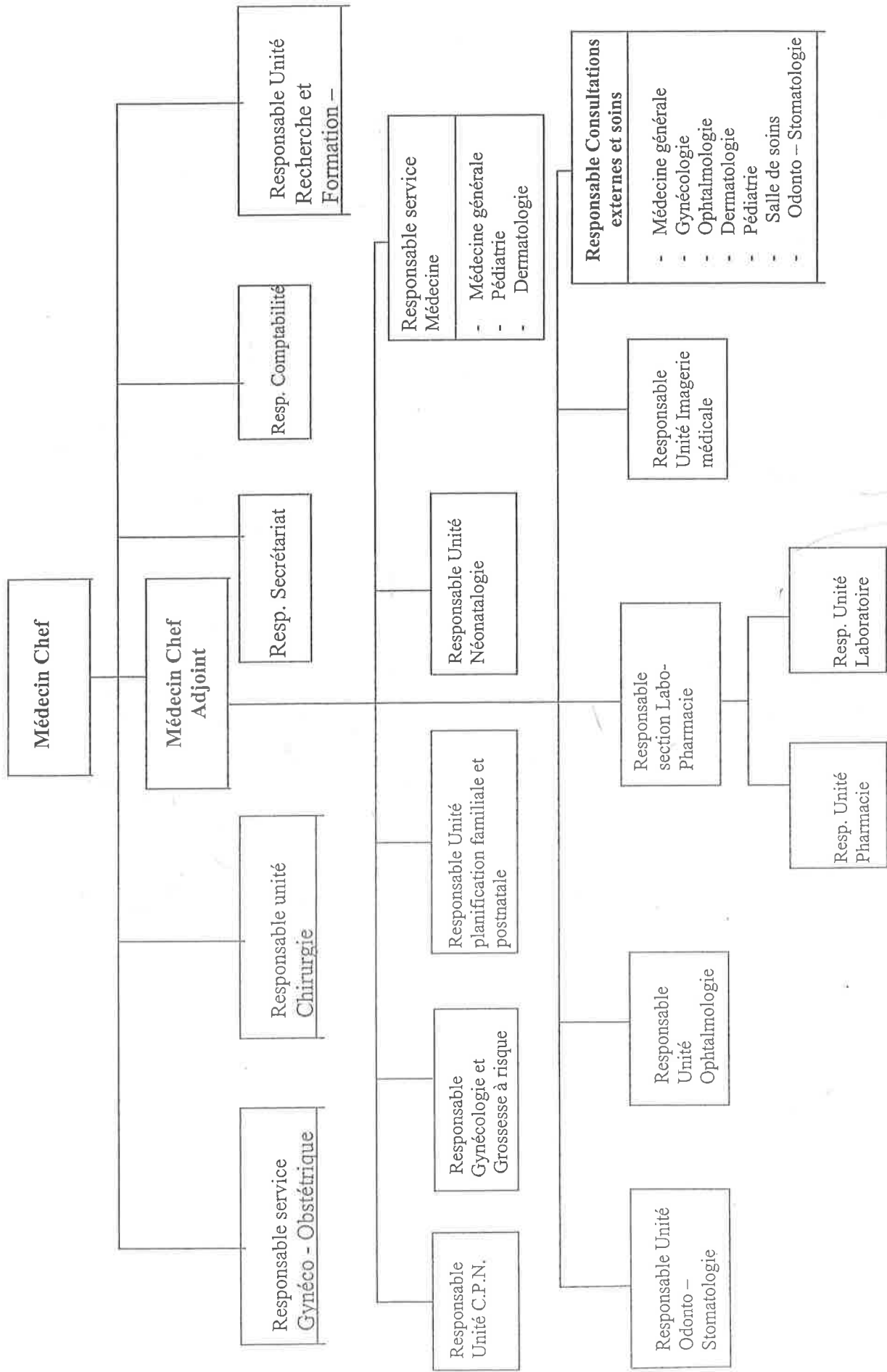
Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un médecin chirurgien, d'une sage-femme, de 2 étudiants faisant fonction d'internes, d'une infirmière, d'une aide soignante, d'un anesthésiste d'un manœuvre et d'un chauffeur.

Elle dispose de 2 tables d'accouchement, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments créé sur fonds propres du centre est remboursable par les parturientes après l'intervention.

Le service assure un jour de consultation externe et une journée opératoire programmé durant la semaine, assurée par 2 médecins en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale (la grande visite) chaque lundi après le staff.



2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective.

3- Période d'étude :

Notre étude s'est étendue du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2002.

4-Population d'étude :

L'étude a porté sur un échantillon de parturientes admises dans le service pour une grossesse gémellaire.:

5- Échantillonnage :

- Critère d'inclusion.

Parturiente ayant accouché de jumeaux dans le service pendant la période de l'étude.

- Critère de non inclusion :

Parturientes ayant accouché de jumeaux en dehors du service,

Parturientes admises pour d'autres raisons dans le post partum à la même période.

Ainsi nous avons retenu 200 parturientes.

6- Collecte des données :

Les données ont été collectées en utilisant :

- les partogrammes ;
- les registres d'accouchement ;
- les dossiers d'hospitalisation ;
- les protocoles opératoires ;
- les dossiers de la Néonatalogie

7- traitement et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Épi Info Version 6.

V- RESULTATS

V- Résultats

1-Fréquence

Pendant la période de notre étude du 1^{er} Janvier 2001 au 31 décembre 2002, nous avons dénombré 200 accouchements gémellaires sur un total de 15031 accouchements soit une fréquence de 1,33 %.

2- caractéristiques socio-démographiques

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

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	74	37
Malinké	32	16
Peuhl	30	15
Soniké	22	11
Sonrhaï	11	5,5
Sénoufo/ Miniaka	9	4,5
Dogon	8	4
Bobo	7	3,5
Bozo	7	3,5
Total	200	100

47 parturientes soit, 37% sont d'ethnie Bamana .

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariée	165	85,5
Célibataire	33	16,5
Veuve	1	0,5
Divorcée	1	0,5
Total	200	100

Dans notre étude 160 parturientes étaient mariées, soit 85,5%.

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction des tranches d'âge .

Tranche d'âge (année)	Effectif absolu	Pourcentage
15 – 18	43	21,5
19 - 22	54	27,0
23 – 30	46	23
31 – 35	36	18
36 – 40	15	7,5
41 – 45	6	3,0
Total	200	100

La tranche d'âge la plus représentée est de 19 à 22 ans avec 43 parturientes, soit une fréquence de 27%.

Tableau IV : répartition des parturientes en fonction de leur gestité

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Multigeste	90	45
Paucigeste	65	40
Primigeste	45	15
Total	200	100

90 parturientes, soit 45% étaient des multigestes.

Tableau V_: Répartition des parturientes en fonction de leur Parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
≥ 6	89	44,5
1-6	69	34,5
0	42	21
Total	200	100

Dans notre étude 89 parturientes, soit 44,5% avaient une parité ≥ 6 .

Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle Inter génésique

Intervalle Inter génésique	Effectif absolu	Pourcentage
Supérieur à 2 ans	98	49
1 ans – 2 ans	76	38
Inférieur à 1 an	26	13
Total	200	100

Dans notre série 98 parturientes, soit 49% avaient un intervalle inter génésique supérieur à 2 ans.

Tableau VII : Répartition des parturientes ayant un antécédent médical en fonction du type

Type d'antécédents médicaux	Effectif absolu	Pourcentage
Absence d'antécédents médicaux	79	39,5
HTA	15	70
Cardiopathie	4	20
Drépanocytose	2	10
Total	21	100

21 parturientes avaient un antécédent médical soit une fréquence de 10,5%.

Tableau IV : répartition des parturientes en fonction de leur gestité

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Multigeste	90	45
Paucigeste	65	40
Primigeste	45	15
Total	200	100

90 parturientes, soit 45% étaient des multigestes.

Tableau V_: Répartition des parturientes en fonction de leur Parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
≥ 6	89	44,5
1-6	69	34,5
0	42	21
Total	200	100

Dans notre étude 89 parturientes, soit 44,5% avaient une parité ≥ 6 .

Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle Inter génésique

Intervalle Inter génésique	Effectif absolu	Pourcentage
Supérieur à 2 ans	98	49
1 ans – 2 ans	76	38
Inférieur à 1 an	26	13
Total	200	100

Dans notre série 98 parturientes, soit 49% avaient un intervalle inter génésique supérieur à 2 ans.

Tableau VII : Répartition des parturientes ayant un antécédent médical en fonction du type

Type d'antécédents médicaux	Effectif absolu	Pourcentage
Absence d'antécédents médicaux	79	39,5
HTA	15	7,0
Cardiopathie	4	2,0
Drépanocytose	2	1,0
Total	21	10,5

21 parturientes avaient un antécédent médical soit une fréquence de 10,5%.

Tableau VIII : Répartition des parturientes ayant un antécédent chirurgical en fonction du type.

Type d'antécédents	Effectif absolu	Pourcentage
Chirurgicaux		
Absence d'antécédents chirurgicaux	75	37,5
Césarienne	14	56
Myomectomie	4	16
Salpingectomie ou GEU	3	12
Kystectomie	3	12
Cure de prolapsus	1	4
Total	25	100

Dans notre série 25 parturientes concernées par l'étude, avaient fait une césarienne, soit une fréquence de 12,5%.

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction de l'existence d'antécédents Familiaux de Gémellité

Antécédents de Gémellité	Effectif absolu	Pourcentage
Absence de notion de gémellité	60	30
Couple de jumeaux	59	29,5
Famille de la femme	47	23,5
Famille du conjoint	23	11,5
Conjoint jumeau	6	3
Femme Jumelle	5	2,5
Total	200	100

Dans notre série 170 parturientes, soit 70% avaient un antécédent de gémellité familiale.

3- clinique

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

Nombre de CPN effectuées	Effectif absolu	Pourcentage
CPN < 4	128	64
CPN ≥ 4	49	24,5
Absence de CPN	23	11,5
Total	200	100

Dans notre étude 128 parturientes, soit 64% avaient fait moins de 4 CPN.

Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction de la circonstance de découverte

Circonstance de découverte	Effectif absolu	Pourcentage
Au cours du travail	94	47
Echographique	79	39,5
Pendant les CPN	27	13,5
Total	200	100

Dans notre étude 94 cas de gémellité, soit 47% ont été découverts au cours du travail.

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

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Venues d'elles-mêmes	140	70
Référées	60	30
Total	200	100

Dans notre série 140 parturientes, soit 70% étaient venues d'elles-mêmes.

Tableau XIII: Répartition des parturientes en fonction de la période de la 1^{ère} CPN

Période de la 1 ^{ère} CPN	Effectif absolu	Pourcentage
1 ^{er} Trimestre	41	20,5
2 ^{ème} Trimestre	106	53
3 ^{ème} Trimestre	40	20
Absence de CPN	23	11,5
Total	200	100

Dans notre étude 41 parturientes, soit 20,5% avaient commencé la CPN au 1^{er} trimestre

Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine au moment de l'accouchement

Hauteur utérine (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
HU > 36	113	56,5
33-36	54	27
HU < 33	34	17
Total	200	100

Dans notre série parturientes, soit 56,5% avaient une HU supérieure à 36 cm.

Tableau XV : Répartition des parturientes en fonction d'utilisation de Tocolytique

Prise de Tocolytique	Effectif absolu	Pourcentage
Non	165	82,5
Oui	35	17,5
Total	200	100

Dans notre série 165 parturientes, soit 82,5% avaient reçu un traitement tocolytique.

Tableau XVI : Répartition des parturientes en fonction de l'existence de cerclage sur la grossesse actuelle;

Cerclage	Effectif absolu	Pourcentage
Non	194	97
Oui	6	3
Total	200	100

Dans notre étude 194 parturientes, soit 97% n'ont pas eu de cerclage.

Tableau XVII : Répartition des parturientes en fonction du terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage
Terme \geq 37 SA	140	70
34SA \leq terme > 37 SA	35	17,5
Terme < 34 SA	25	12,5
Total	200	100

Dans notre série 140 parturientes, soit 70% avaient un terme \geq à 37 SA. Nous n'avons pas eu un cas de post terme.

Tableau XVIII: Répartition des parturientes en fonction du niveau de dilatation du col à l'entrée

Niveau de dilatation du col (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
Phase de latence	7	3,5
Phase active	180	90
Phase expulsive	13	6,5
Total	200	100

Dans notre série 180 parturientes 90% étaient venues dans la phase active.

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

Poche des eaux	Effectif absolu	Pourcentage
Rompues	125	62,5
Intactes	75	37,5
Total	200	100

Dans notre étude 125 parturientes, soit 62,5% avaient des membranes rompues à l'entrée.

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

Aspect du liquide amniotique	Effectif absolu	Pourcentage
Liquide clair	135	67,5
Liquide teinté	29	14,5
Liquide méconial	23	11,5
Liquide sanguinolent	13	6,5
Total	200	100

La proportion des parturientes qui avaient le liquide clair était plus importante avec 135 cas, soit une fréquence de 67,5%.

Tableau XXI : Répartition en fonction de la présentation des fœtus

Présentation		Effectif absolu	Pourcentage
J1	J2		
Sommet	siège	80	40
Sommet	Sommet	80	40
Siège	Siège	20	10
Sommet	transverse	10	5
Siege	Transverse	8	4
Siege	sommet	2	1
Total		200	100

Dans notre série la présentation sommet pour J1 et siège pour J2 domine avec un taux de 40% ; de même que la présentation sommet pour J1 et sommet pour J2.

Nous n'avons pas enregistré un cas où les deux jumeaux sont en présentation transverse .

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

Voie d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Basse	165	82,5
Haute	35	17,5
Total	200	100

Dans notre étude nous avons enregistré 35 cas (soit 17,5%) d'accouchement par voie haute, dont 25 cas (12,5%) de césariennes sur les 2 fœtus et 10 cas (5%) de césariennes sur le 2^{ème} jumeau.

Tableau XXIII : Répartition des jumeaux en fonction de la manœuvre utilisée pour leur extraction

Manœuvres	J1		J2	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
Manœuvre de Bracht	28	14	78	39
Manœuvre de Mauriceau	12	6	10	5
Forceps			7	3,5
Version par manœuvre interne	-		5	2,5
Grande Extraction du siège			4	2
Total	40	20	104	52

Dans notre étude la manœuvre de Bracht domine avec 14% pour le 1^{er} jumeau et 39% pour le second jumeau.

4- césarienne

Dans notre étude 35 parturientes, soit 17,5% ont subi une césarienne pour les indications suivantes portées dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXIV : Répartition en fonction de l'indication de césarienne dans la grossesse gémellaire

Indication de Césarienne	Effectif absolu	Pourcentage
Dilatation stationnaire	10	28,5
Souffrance fœtale aiguë	7	20
PP hémorragique	4	11,4
J2 en transverse	3	8,5
J1 en siège	2	5,7
J1 en transverse	2	5,7
Syndrome de pré rupture	2	5,7
Utérus cicatriciel	2	5,7
Procidence du cordon	1	2,8
Primipare âgée	1	2,8
Cure de prolapsus	1	2,8
Total	35	100

Dans notre étude, sur 35 cas de césariennes, 28,5% des parturientes avaient une dilatation stationnaire.

Tableau XXV: Répartition en fonction de l'existence de la SFA

SFA	J1		J2	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
Non	193	96,5	179	89,5
Oui	7	3,5	21	10,5
Total	200	100	200	100

Dans notre étude chez 193 parturientes, soit 96,5%, le 1^{er} jumeau n'avait pas de SFA et chez 179 parturientes, soit 89,5%, le 2^{ème} jumeau n'avait pas de SFA.

Tableau XXVI : Répartition des enfants en fonction de la mort in utero

Mort in utero	J1		J2	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
Non	195	97,5	190	95
Oui	5	2,5	10	5
Total	200	100	200	100

Dans notre étude chez 195 parturientes, soit 97,5%, le 1^{er} jumeau était vivant et chez 190 parturientes, soit 95%, le second jumeau était vivant.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes en fonction du temps d'expulsion entre les 2 fœtus

Temps d'expulsion entre les deux fœtus (minute)	Effectif absolu	Pourcentage
1 mn à 5 mn	82	41
6 mn – 10 mn	48	24
11 mn – 45 mn	70	35
Total	200	100

Dans notre étude 82 fœtus, soit 41% avaient un délai d'expulsion inférieur à 5 mn. Dans notre étude la durée maximale entre les deux fœtus étaient de 45 mn.

Tableau XXVIII : Répartition des jumeaux en fonction de leur Apgar

Apgar	J1		J2	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
Apgar = 0	22	11	28	14
Apgar < 7	21	10,5	19	9,5
Apgar ≥ 7	157	78,5	153	76,5
Total	200	100	200	100

Dans notre étude chez 157 parturientes, soit 78,5%, le 1^{er} jumeau avait un apgar ≥ 7 et chez 153 parturientes, soit 76,5% le second jumeau avait un ≥ 7.

Tableau XXIX_ : Répartition des jumeaux en fonction de leur poids de naissance

Poids de naissance en gramme	J1		J2	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
1300 poids < 2 500	110	55	120	60
2500 poids < 2800	79	39,5	70	35
Poids ≥ 2800	11	5,5	10	5
Total	200	100	200	100

Dans notre étude, le plus petit poids de naissance a été 1 300 g et le poids de naissance le plus élevé est de 2 800 g

5- Délivrance

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

Type de délivrance	Effectif absolu	Pourcentage
Naturelle	162	81
Artificielle	38	19
Total	200	100

Dans notre étude, chez 160 parturientes, soit 81% avaient eu lieu la délivrance artificielle.

Tableau XXXI : Répartition des parturientes en fonction de la variété de gémeilité

Variété de gémeilité	Effectif absolu	Pourcentage
Bichoriale bi amniotique	130	65
Monochoriale bi amniotique	50	25
Monochoriale mono amniotique	20	10
Total	200	100

Dans notre série 130 parturientes, soit 65% avaient une variété bichoriale bi amniotique.

Tableau XXXII : Répartition des parturientes en fonction de l'existence d'hémorragie de la délivrance

Existence d'hémorragie de la délivrance	Effectif absolu	Pourcentage
Non	149	74,5
Oui	51	25,5
Total	200	100

Dans notre étude 149 parturientes, soit 74,5% n'ont pas fait d'hémorragies de la délivrance.

Tableau XXXIII : Répartition des parturientes en fonction du pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif absolu	Pourcentage
Bon pronostic	140	70
Pronostic réservé	59	29,5
Mauvais pronostic	1	0,5
Total	200	100

140 de nos parturientes , soit 70% avaient un bon pronostic malgré l'hémorragie de la délivrance

**VI-COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS**

VI- Commentaires et Discussions

1- Fréquence

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

Sur 15031 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du 01-01-2000 au 31-12-2002. Les accouchements gémellaires sont au nombre de 200 cas soit une fréquence de 1,33%. Cela est dû au nombre élevé d'accouchements gémellaires à domicile.

Ce taux est inférieur aux taux des études antérieures effectuées au Mali. DIALL (16) a trouvé 1,5%, KONE (31) 1,92, TRAORE (50) 1,44%.

2- Les Antécédents Personnels de la Femme

2-1- Antécédents Gynéco-Obstétricaux

La parité : nos taux sont de :

44,5% pour les grandes multipares

34,5% pour les paucipares et multipares

21% pour les nullipares

Ce taux nous permet d'affirmer que la multiparité peut être un facteur favorisant de la survenue de grossesse gémellaire comme l'attestent la plupart des auteurs dans la littérature (15, 21, 31, 50).

KONE (31) a rapporté :

- 35,2% pour les multipares,
- 29,7% pour les paucipares,
- 19,6% pour les primipares,
- 15,5% pour les nullipares.

TRAORE (50) a rapporte :

- 30,91% pour les multipares,
- 36,37% pour les paucipares,
- 16,36% pour les nullipares et pour primipares.

2-2- Antécédents Médicaux

Dans notre étude l'HTA prédomine avec une fréquence de 7,5% des ATCD médicaux d'où l'intérêt de l'interrogatoire car pouvant évoluer vers l'éclampsie. Cependant nous avons recensé 21 cas soit 10,5% d'antécédents médicaux dans le groupe des grossesses gémellaires .

14 cas soit 9,46% dans l'étude de KONE.

2- 3 Antécédents chirurgicaux

Dans notre étude 25 cas d'antécédents chirurgicaux ont été recensés parmi les cas de grossesses gémellaires avec 14 cas de césariennes; soit 7% ; la myomectomie occupe le second rang avec 2% ; d'où l'intérêt de rechercher un utérus cicatriciel chez toute parturiente en travail.

Chez KONE (31) 15 cas d'antécédents chirurgicaux observés avec 60% de césarienne.

2-4- Antécédents Familiaux

Dans notre étude 70% des couples avaient des antécédents familiaux de grossesses gémellaire Ce taux affirme que le facteur héréditaire reconnu par tous les auteurs est prédominant dans la survenue de grossesse gémellaire.

La proportion de femme ayant des antécédents familiaux de grossesses gémellaires est forte par rapport au taux de KONE (31) 45,3% par contre notre proportion est faible par rapport aux taux suivants :

- dans l'étude de TRAORE (50) 74,55% des couples avaient un antécédent de grossesse gémellaire
- dans l'étude de DIALL (16) 71,2% avaient un antécédent de grossesse gémellaire dans leur famille.

3- Histoire de la Grossesse

3-1- Diagnostic de la Grossesse

Dans notre étude 53% des grossesses gémellaires ont été détectées pendant la grossesse contre 47% au cours de l'accouchement.

Parmi les 106 grossesses diagnostiquées, l'échographie prédomine avec 79 cas soit 39,5%, pendant les consultations prénatales 27 cas soit 13,5% ont été décelées cliniquement.

Evidemment l'échographie est l'examen de choix du diagnostic de la grossesse multiple là où il en existe.

Dans l'étude de KONE (31) 39,2% des grossesses multiples ont été détectées à l'échographie, et 23,6% par la clinique.

Dans l'étude de DIALL (16) 39,1% ont été diagnostiquées à l'échographie 34,8% à la clinique et 26,1% à la radiographie.

3-2- Suivi de la Grossesse

3-2-1- Période de la Première Consultation Prénatale

Sur 106 cas de grossesses gémellaires soit 53% sont venues en consultation au deuxième trimestre Ce résultat confirme que plus de la moitié de nos femmes ne viennent pas tôt en consultation.

75 cas soit 61,5% dans l'étude de KONE

3-2-2- La Prise de Tocolytique

Dans notre étude 17,5% des grossesses gémellaires ont pris des tocolytiques Ainsi nous pouvons confirmer de plus que la grossesse gémellaire est plus fréquemment compliquée de menace d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Chez KONE 20,3% des parturientes avaient pris de tocolytiques.

4- Accouchement

4-1- Notion d'Evacuation

Dans notre étude 30% de grossesses gémellaires sont évacuées. La majorité des femmes étaient venues d'elles-mêmes. Notre taux élevé s'explique par le fait que l'accouchement gémellaire est un accouchement dont la prise en charge se fait en milieu spécialisé à cause de ses multiples risques qui sont : la rupture utérine, l'accrochage des mentons si J1 en siège, la prématurité et l'hémorragie de la délivrance.

Dans l'étude de KONE (31) 20,3% des parturientes ont été évacuées d'une maternité périphérique de Bamako.

4-2- Terme de la Grossesse

Nous avons trouvé :

27% d'accouchement prématuré

73% d'accouchement à terme

Ces taux confirment que l'accouchement prématuré est un risque principale dans les grossesses multiples.

KONE (31) avait trouvé

41,2% d'accouchement non terme

23% d'accouchement à terme

A Riyadh en 1994 (1) on a trouvé les résultats suivants :

	Grossesse Multiple	Grossesse Unique
< 34 SA	18,2%	4,2%
35 – 37 SA	32,8%	7,8%
> 37 SA	49%	88%

4-3- Niveau de Dilatation du Col à l'Entrée

Dans notre étude 90% des patientes sont venues au cours de la phase active et 3,5% à la phase de latence. Les résultats ont montré que nos parturientes venaient tardivement faute de moyen de transport.

Dans l'étude de KONE (31) 19,5% des parturientes sont venues à la phase de latence et 80,5% dans la phase active.

4-4- Etat de la Poche des Eaux

Dans notre étude 62,5% des parturientes sont venues avec leurs poches des eaux rompues contre 37,5% intactes. Ces résultats ont montré que la gémellité est un facteur principal de la rupture prématurée de la poche des eaux.

Chez KONE (31), il n'y a pas de différence statistiquement significative ($P = 0,24$) entre les deux groupes par rapport à cette variable.

4-5- Présentation des Fœtus l'un par Rapport à l'Autre au début du travail

Dans notre étude nous avons 80% de présentation du sommet pour les deux jumeaux de même 80% de présentation du sommet pour J1 et siège pour J2. Nous n'avons pas enregistré un cas où les deux jumeaux sont en présentation transverse. Ces données confirment les taux observés par Chamberlain (10). Dans l'étude de KONE (13) 51 cas soit 34,45% de présentation céphalique des deux fœtus et 50 cas soit 33,78% de présentation sommet / siège. Par contre TRAORE (50) rapporte 34% de présentation céphalique des deux fœtus et 30% de sommet / transverse.

4-6- Souffrance Fœtale Aiguë

Elle a représenté 3,5% pour le 1^{er} jumeau et 10,5% pour le 2^{ème} jumeau. Ceci nous montre que les 2^{ème} jumeaux sont plus exposés à la souffrance fœtale aiguë.

4-7- Mode d'Accouchement

4-7-1- Césarienne

La césarienne dans notre étude a représenté 17,5% de grossesses gémellaires.

Dans les études des auteurs suivants le taux de césarienne dans la grossesse gémellaire est de :

- 43,6% chez TRAORE (50)
- 13% chez CRISTALLI et Al (14)

- 8,7% chez DIALL (16)

4-7-2 Indication de Césarienne

Dans notre étude la dilatation stationnaire a été l'indication la plus fréquente avec 28,5%, suivent la souffrance fœtale aiguë avec 20%, le placenta praevia hémorragique avec 11,4% , la présentation transverse du 2^{ème} jumeau 8,5% ; la présentation transverse du 1^{er} jumeau 5,7%. Ces multiples indications de césarienne font que l'accouchement se termine le plus souvent par une césarienne car les parturientes présentent les indications citées si dessus.

Dans l'étude de KONE (31), la présentation du siège du premier fœtus a été la plus fréquente indication avec 12,5%. Suivent le bassin dystocique 10%, la souffrance fœtale aiguë 10% l'utérus cicatriciel 10% et la présentation transversale du premier fœtus 10%.

Dans l'étude de TRAORE (50), la fréquence de la présentation du siège du premier fœtus est plus portante avec 20,83%.

Les indications de césarienne dans notre étude sont identiques à celles de la série chez KONE (31).

5- Pronostic Foetal

5-1- Apgar

78,5% des premiers jumeaux avaient un apgar ≥ 7 et 76,5% des seconds jumeaux avaient un apgar ≥ 7 . Le pronostic du premier jumeau est toujours meilleur au second car ce dernier subit deux fois le travail d'accochement.

Dans l'étude de KONE (31) 89,2% des premiers jumeaux avaient un apgar ≥ 7 .

Dans l'étude de TRAORE (50) 89,10% des premiers jumeaux avaient un apgar ≥ 7 .

Pour le second jumeau :

- KONE (31) rapporte que 87,2% des seconds jumeaux avaient un apgar ≥ 7 .
- TRAORE (50) rapporte que 61,81% des seconds jumeaux avaient un apgar ≥ 7 .

6- Variété de gémellité

Dans notre étude nous avons :

- 20 cas de grossesse mono chorale mono amniotique soit 10% contre 8,8% pour KONE (31) et 16,4% pour TRAORE (50).
- 50 cas de variété mono chorale bi amniotique soit 25% contre 17,5% pour KONE (31) et 30,9% pour TRAORE (50).
- 130 cas de variété bi chorale bi amniotique soit 65% contre 70,9% pour KONE (31) et 52,7% pour TRAORE (50).
- La variété bi chorale bi amniotique est la plus fréquente avec 65%.

7- Poids des Nouveau-Nés

Dans notre études le poids moyen pour le premier jumeau était 2 100 g contre 2 301 g dans l'étude de CRISTALLI et al (14). Pour le second jumeau, le poids moyen était de

2 000 g contre 2 222 g dans l'étude de KONE (31), 2 178 g dans l'étude de TRAORE (50), 1 333 g dans celle de CRISTALLI et al (14).

Par ailleurs il y a une corrélation entre la taille et le poids des nouveau-nés. Ceci nous permet de dégager un taux de petit poids de naissances 55% pour le premier jumeau, ; 60% pour le second jumeau.

Dans l'étude de KONE (31) le petit poids de naissance est de 65,54% pour le premier jumeau ; 67,66% pour le second jumeau.

8- Délivrance

8-1- Type de Délivrance

Dans notre étude 81% de grossesses gémellaires ont eu une délivrance naturelle et 19% de délivrances artificielles.

Chez KONE 66,2% des grossesses multiples ont eu une délivrance naturelle et 33,1% de délivrances artificielles.

8-3- Hémorragie de la Délivrance

Dans notre étude l'hémorragie de la délivrance représente 25,5% .Ce taux confirme que l'accouchement gémellaire est un risque principale d'hémorragie de la délivrance et cela par atonie utérine.

33,1% des parturientes dans l'étude de KONE. Ont fait une hémorragie de la délivrance.

9- Pronostic Maternel

- **Pronostic réservé** : Dans notre étude, l'état morbide est défini par l'hémorragie de la délivrance (25,5%) et la toxémie gravidique (4%).

Dans l'étude de KONE (31%) l'état morbide est dominé par l'utérus cicatriciel et les femmes ayant terminé l'accouchement par un périnée cicatriciel ; 33,8% de ces cas avaient un état morbide contre 37,1% dans le groupe témoin .

- **Mauvais pronostic** : dans notre étude on a enregistré un cas de décès par suite d'hémorragie de la délivrance soit un taux de 0,5% contre un cas de décès chez KONE (31) soit un taux de 0,7%. Dans notre étude et celle de KONE (31) on remarque un meilleur pronostic maternel, bien que

**VII- CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

l'hémorragie reste la première cause de décès maternel dans notre étude contre la crise d'éclampsie dans l'étude de KONE (31).

VII- Conclusion - Recommandations

1- Conclusion

Au terme de notre étude, qui s'est déroulée au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V , du 1^{er} Janvier 2001 au 31 décembre 2002 soit une durée de deux ans, nous pouvons retenir que :

- une fréquence de gémellité égale à 1,33%
- la tranche d'âge des parturientes la plus représentée était comprise entre 19-22 ans avec une fréquence de 27%
- l'échographie a beaucoup servi à poser le diagnostic de grossesse gémellaire avec une fréquence d'utilisation de 39,5%
- 88,5% de nos parturientes ont fait correctement leur CPN
- 35 cas d'accouchement par césarienne soit 17,5% dont la principale indication était la dilatation stationnaire soit 28,5%
- 60 cas d'accouchement prématuré soit 30%
- un cas de décès maternel par suite d'hémorragie de la délivrance.

2- Recommandations

les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

Aux parturientes

- 1- Faire correctement les CPN
- 2- Venir accoucher dans un centre de santé chaque fois que le diagnostic de gémellité a été posée.

Aux prestataires (gynécologues obstétriciens, sages femme)

- 1- éduquer, sensibiliser et l'informer les femmes enceintes pour la fréquentation des centres de santé ou les maternités.
- 2- Demander l'échographie chaque fois qu'il y a un antécédent de gémellité chez la gestante.
- 3- Faire l'échographie chez toutes les femmes dès le premier trimestre de la grossesse.
- 4- Assurer la formation continue du personnel sanitaire (sages femmes, matrones) pour la prise en charge des grossesses gémellaires et des nouveau-nés qui en sont issus.
- 5- Utiliser de l'analgésie péridurale en cas d'accouchement gémellaire
- 6- Perfuser d'ocytocique après la délivrance pour prévenir une éventuelle hémorragie.

Au ministère de la santé

1-Doter tous les centres de santé de référence d'un appareil d'échographie à un prix raisonnable, après formation de l'agent à cette technique.

2-Effectuer les accouchements gémellaires dans des structures bien équipées, en présence d'un obstétricien , d'un anesthésiste et d'un néonatalogiste.

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

3-Rendre le cytotec disponible au niveau des centres de santé de référence

VIII- REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

VIII- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- BABY Z A, ADDAR M H, ABDUL AZIZ A M.

Multiple pregnancy management.

The King Hald University Hospital Experience 1994; 4: 108-12

2- BELAISCH-ALLART J, MAYENGA J.M.

Les effets secondaires des PMA.

Reprod Humaine et Hormones 1995 ; 5 : 305-10.

3- BLANC B, MERCIER Ch, RUF H.

Accouchement de la grossesse gémellaire.

Mise à jour en gynécologie obstétrique. CNGOF, (Paris), Vigot. 1981.

4- BLONDEL B, KAMINISKI M.

L'accouchement multiple en France.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1988 ; 17 : 1106-07.

5- BOULOT P, HEDON B, PELLICIA G & al.

Grossesses triples et plus, interruptions sélectives de grossesses.

Paris. Vigot. Gynecologie Obstétrique 1992.

6- BOURGOIN P, MARC J, MERGER Ch, DELATTE J N.

A propos d'un cas de grossesse gémellaire dizygotique où la superfoetation paraît peu contestable.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995

7- BUREAU OF REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH

Determinants of preter birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994.

New England Med 1998 ; 339 : 1434-9.

8- CETRULO J.

The controversy of mode of delivery in twins : the intrapartum management of twin gestation.

Semin perinat 1986 ; 10 : 39-43.

9- CHAIN W, FRASER D, MAZOR M, LERBERMAN J.R.

Hypertensives disorders in twin.

Medical at gemellologue 1995 ; 44 : 31-9.

10- CHAMBERLAIN G.

Multiple pregnancy.

Br Med J 1991 ; 303 : 111-5.

11- CHARASSON T, PESSONNIER A, LENOIR S, AYOUB J, FOURNIE A.

Prise en charge obstétricale des grossesses triples : à propos d'une série de 45 cas.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996;6: 104-07

12- CHERVENAKI F.A, JOHNSON R.E, BERKOWITZ R.L, BORRINS J.C.

Intrapartum external vision of the second twin.

Gynécol Obstet 1983 ; 62 : 160-5.

**13- CHERVENAK F A, JOHNSONRE, YOUCHAS, HOBBS J.C,
BERKOWITZ R.L.**

Intrapartum management of twin gestation.

Obstet Gynecol 1985 ; 65 : 119-24.

14- CRISTALLI B, STELLA V, HEID M, IZARD V, LEVARDON M.

La grande extration de siège du deuxième jumeau avec ou sans version par manoeuvres internes.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992 ; 21 : 705-7.

15- DE TOURRIS H, HENRION R, DELECOUR M.

Grossesses gémellaire et multiple.

Abrégé Gynécologie Obstétrique 6^{ème} édit (Paris). Masson. 1994.

16- DIALL N G

Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement gémellaire dans les maternités du District de Bamako.

Thèse, Méd, Bamako. 1996 ; 19 :708-13

17- DIARRA S

Accouchement gémellaire. Revue de la littérature et étude analytique de 123 cas au CHU de saison.1998 ;12 :605-24

18- DIAZ Z. M, FURMANE D.

Perioperative management of conjoined twins.

Aesthesiology 1987 ; 67 : 965-73.

**19- DOMMERGUE M, AKNIN J, OULO Z, INBAN D, LEWIN F,
POURY J, HERLICOVIEZ M, DUMEZ Y, EVANS M.I.**

Pour le club francophone de médecine foetale. Réduction embryonnaire dans le cas d'une grossesse quadruple.

J Gynécol Obstet Biol Reprod 1994 ; 23 : 415-18.

**20- DUBECQ-PRINCETEAU F, DUFOUR Ph, THIBAUT D,
LEFEBVRE C, MONNIER J.C.**

Accouchement par voie basse d'une grossesse monochoriale monoamniotique.

Service de Gynécologie Obstétrique. Maternité du Pavillon Victor-Olivier.

Edit Lilie-Cedex (Paris, France). Masson 1995 ; 27 : 450-80

21- DUBRISAY L, CYRILLE J

Précis d'accouchement.

13^{ème} édit (Paris). Lamare-Poinat;1998; 13: 567-90

22- EDWARDS R.G , STEPTOEP P C.

Current status of in vitro fertilisation and implantation of human embryos.

Lancet 1993; 15:178-80.

23- ESKEST K, TIMMER H, KOLLE L A, JONGSMA H.W.

The second twin.

Europe J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995 ; 19 : 159-66

24- EVRARD J.M, EDWIN M D, GOLD M.

Cesarean section for delivery of the second twin.

Obstet Gynecol 1981 ; 5-7 : 581-83.

25- FABRICE P, BERTRAND J.

Surveillance d'une grossesse multiple.

Memento obstet malienne 1994 ;364-70

26- FIVNAT

Facteurs de risque de grossesse multiple en procréation médicalement assistée.

Contracept Fertil Sex 1993 ; 21 : 362-6.

27- GARBA H, DIAKITE S, DICKO E, PLEAH T.

Les siamois : une curiosité scientifique à propos d'un cas rapporté à l'hôpital Gabriel Touré Bamako.

Point méd 1996 ; 1 : 6-10.

28- GODACCIONIX, RIGOSTA SV, SUBTIL D, VAAST P, PUECH F.

Jumeaux, triplés, quadruplés. Les problèmes de prise en charge pratique des grossesses multiples. Point de vue de l'obstétricien.1998 ;24 :267-80

29- HOULIHAN C, MUPPEL R A.

Intrapartum management of multiples gestations.

Clin Perinat 1996 ; 23 : 91-116.

30- KAMIH M, SATO I.

Reestimating date of delivery in multifoetal pregnancies.

JAMA 1996 ; 275 : 1432-4.

31- KONE A.

Grossesses et accouchements multiples dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point « G ».

Thèse, Méd, Bamako 2001 ;01M 12

32- LANSAC J, BODY G.

L'accouchement des grossesses multiples.

Pratique de l'accouchement (Paris, France). 1988 : 25.

33- MAGNING

Versions obstétricales.

EMC, Edition technique (Paris) ; Obstétrique ; 5-098-10 ; 1994. 7.

34- MERGE R.

Les grossesses multiples.

Précis d'obstétrique, 6eme édition , Masson, Paris, 1995

35- NATIONAL PERINATAL STATISTICS UNIT

Fertility society of Australia IVE and GIET pregnancy.
Australia and New Zealand 1987 ; NSW 2006.

**36- NEWMAN R B, ELLINGS J M, O'REILLY M M, BROST B C,
MILLER M C I, GATES D J.**

Correlation of ante partum uterine activity and cervical change in twin
gestation.

Acta Geneticae Medicae et Gemellogiae 1987 ; 46 : 1-7.

37- PAPIERNIK E.

Prévention de la prématurité dans les grossesses gémellaires. Problème et
technique.

Edit Doin (Paris). 1991 ; 45 :102-35

38- PAPIERNIK E, ZAZZ R, PONS J.C, ROBIN M.

Jumeaux, triplets et plus.

Edit Nathan (Paris, France). 1992-1995 ; 15 : 150-58

39- PAPIERNIK E, CABROL D, PONS J.C.

Obstétrique.

Méd sciences (Paris, France). Flammarion. 1995 . 15045-7.

40- PESSONNIER A, KO P, KIVOKYU N, FOURNIER A.

Grossesses gémellaires monochoriales, monoamniotiques, problème diagnostic.

Risque évolutif.

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

41- PONS J.C, FRYDMAN R.

Les grossesses quadruples : prise en charge et évolution obstétrico-pédiatrique.

J Gynécol Obstet Biol Reprod 1992 ; 21 : 557-62.

42- PONS J.C, SWARES F, DUYME M, POURADE A, FIOLE M, PAPIERNIKE, FRYDMAN R.

Prévention de la prématurité au cours du suivi de 842 grossesses gémellaires successives.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 319-28.

43- PUECH F, CODACCIONI X, HUBERT D, VAAST P.

Grossesses gémellaire et multiple : accouchement
EMC (Paris, France) ; Obstétrique. 5-049-D-45.

44- RYDBSTROM H.

Prognosis fortwins with birth werght tower 1500 g : the impact of cerasean section in relation to fetal presentation.

An J Obstet Gynecol 1990 ; 163 : 528-33.

45- SALALA E.P.

Obstetric management of conjoined twins.

Obstet Gynecol 1986 ; 67 : 215-55.

46- SCHENKER J.G, YARKONI S, GRANAT M.

Multiple pregnancies following induction of ovulation.

Fertil Steril 1981 ; 35 : 105-23.

47- SILVER R K, HELFAND B T, RUSSEL T L, RAGIN A, SHOLL J S, MAGGREGOR S N.

Multifoetal reduction increases the risk of preterm delivery and fetal growth restriction in twins : a case control study.

Fertility & sterility 1997 ; 67 : 30-33.

48- STRAUSS A, KNITZA R, OTT M, GENZEL-BOROVICZENY O, VERSMOLD H, HEPP H.

Seburts hilfiche besonder heiten höler gradiger mehrlinge : fluch oder mehr facher segen ? (special featur in obstetrics of multifetal gestation : doom or multiple blessing ?)

Angefraz, Deu 1997 ; 9 : 500-9.

49- THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'HGT (à propos de 160 cas).

Thèse, Méd, Bamako. 1995.M 25

50- TRAORE A K Z.

Grossesse et accouchement multiple dans le service de gynéco-obstétrique le l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse, Méd, Bamako 1998 ;98M43

51- VAWGHN T C, POWELL L.C.

The obstetrical management of conjoined twins.

Obstet Gynecol 1979 ; 53-675.

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

Les grossesses multiples.

Traité Obstet, (Paris). Masson ; 1983 ; 27 :407-9

ANNEXES

QUESTIONNAIRE ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES DANS LE SERVICE
GYNECO-OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

IDENTIFICATION

q1 Numéro <idnum>
q2 Année ##
q3 Etude # (1=cas, 2=témoin)
q4 Age ##
q5 Provenance _____
q6 Ethnie _____
q7 Profession conjoint _____
q8 Niveau instruction femme _____
q9 Statut matrimonial _____
q10 Profession de la femme _____

II- ANTECEDENTS FEMME

GYNECOLOGIQUES

q1 Traitement stérilité #
1=médical
2=chirurgical
3=autre

OBSTETRIQUES

q1 Parité #
1=primipare
2=multipare
3=grande multipare
q2 Intervalle intergénérisique #
1=inf à 1an
2=1 à 2ans
3=sup ou 2ans
4=autres
q3 Nombre d'accouchement gémellaire #

MEDICAUX

q1 HTA #
1=oui
2=non
q2 Diabète #
1=oui
2=non
q3 Drépanocytose #
1=oui
2=non
q4 Autre notion de prise de pilule _____
1=oui
2=non

CHIRURGICAUX

q1 Myomectomie #
1=oui
2=non
q2 Cure GEU #
1=oui
2=non
q3 Césarienne #
1=oui
2=non
q4 Cure prolapsus #
1=oui
2=non
q5 Kystectomie #
1=oui

2=non
Autres _____

FAMILIAUX

q22 Gémellité dans la famille de la femme #

1=oui

2=non

Si oui, préciser _____

q23 Gémellité dans la famille du conjoint #

1=oui

2=non

Si oui, préciser _____

II- DIAGNOSTIC (1=oui, 2=non)

q24 Avant le travail #

q25 A l'échographie #

q26 A la clinique #

q27 Au cours du travail #

IV- DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

q28 Hauteur utérine normale #

1=oui

2=non

q29 Hauteur utérine excessive #

1=oui

2=non

q30 CPN #

1=oui

2=non

q31 Nombre de CPN #

1=inf 4

2=sup ou 4

q32 Période de 1ère CPN #

1=1er T

2=2ème Smt

3=3ème Smt

4=autre

V- ACCOUCHEMENT

q33 Mode d'admission #

1=venue d'elle même

2=référée

3=autre

q34 Terme-grossesse #

1=inf 37 SA

2=37 à 42 SA

3=42 SA

q35 Niveau dilatation du col à l'entrée _____

q36 Poche des eaux rompue #

1=oui

2=non

q37 Aspect liquide #

1=clair

2=teinté

3=hémorragique

4=méconial

5=autre

PRESENTATION

q38 Présentation G1 #

1=céphalique

2=siège

3=transverse

4=autre

- q39 Présentation G2 #
1=céphalique
2=siège
3=transverse
4=autre
- q40 Procidence G1 #
1=bras
2=cordon
- q41 Procidence G2 #
1=bras
2=cordon
- q42 SFA G1 #
1=oui
2=non
- q43 SFA G2 #
1=oui
2=non
- q44 Mort in utéro J1 #
1=oui
2=non
- q45 Mort in utéro J2 #
1=oui
2=non

MANOEUVRE ET OU INTERVENTION

- q46 Version par manoeuvre interne G1 #
1=oui
2=non
3=autre
- q47 Manoeuvre de BRACHT G1 #
1=oui
2=non
3=autre
- q48 Manoeuvre de MAURICEAU G1 #
1=oui
2=non
3=autre
- q49 Grande extraction du siège G1 #
1=oui
2=non
3=autre
- q50 Forceps G1 #
1=oui
2=non
3=autre
- q51 Césarienne G1 #
1=oui
2=non
3=autre
- q52 Version par manoeuvre interne G2 #
1=oui
2=non
3=autre
- q53 Manoeuvre de BRACHT G2 #
1=oui
2=non
3=autre
- q54 Manoeuvre de MAURICEAU G2 #
1=oui
2=non
3=autre
- q55 Grande extraction du siège G2 #
1=oui
2=non

3=autre
Forceps G2 #

1=oui

2=non

3=autre

Césarienne G2 #

1=oui

2=non

autre à préciser _____

STATUT DES MANOEUVRES ET OU INTERVENTIONS = INDICATION

SFA #

1=oui

2=non

G2 en présentation de l'épaule #

1=oui

2=non

Placenta praevia hémorragique #

1=oui

2=non

Dilatation stationnaire #

1=oui

2=non

Retard à l'expulsion #

1=oui

2=non

Autre à préciser _____

ETAT DES NOUVEAU-NES A LA NAISSANCE

Pour J1

Apgar=0 #

1=oui

2=non

Apgar inf à 7 #

1=oui

2=non

Apgar sup à 7 #

1=oui

2=non

Pour J2

Apgar=0 #

1=oui

2=non

Apgar inf à 7 #

1=oui

2=non

Apgar sup à 7 #

1=oui

2=non

Intervalle entre J1 et J2 _____ mm

Poids J1 #

1=inf à 250g

2=entre 250 et 3800g

3=sup à 4000g

Poids J2 #

1=inf à 250g

2=entre 250 et 3800g

3=sup à 4000g

Taille J1 #

1=inf à 50cm

2=sup ou =50cm

Taille J2 #

1=inf 47cm

2=sup ou =47cm

- q76 Sexe J1 #
1=masculin
2=féminin
q77 Sexe J2 #
1=masculin
2=féminin
q78 Mort néonatale J1 #
1=oui
2=non
q79 Mort néonatale J2 #
1=oui
2=non
q80 Malformation J1 #
1=oui
2=non
q81 Malformation J2 #
1=oui
2=non
q82 Accident trauma J1 #
1=oui
2=non
q83 Accident trauma J2 #
1=oui
2=non
q84 Si oui, préciser _____

DELIVRANCE

- q85 Type de délivrance #
1=spontané
2=artificielle
q86 Nombre de placenta #
Placenta monochorial monoamniotique # (1=oui, 2=non)
Placenta monochorial biamniotique # (1=oui, 2=non)
Placenta bichorial biamniotique # (1=oui, 2=non)
q87 Pronostic maternel #
1=bon
2=morbidité
3=mort maternelle
q88 Si hémorragie de la délivrance, à préciser _____
q89 Si lésion des parties molles, à préciser _____
q90 Autre à préciser _____

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : COULIBALY

PRENOM : Moussa Diani

TITRE DE LA THESE : Accouchement gémellaire dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V à propos de 200 cas.

Année universitaire : 2003-2004

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteurs d'intérêt : Gynécologie Obstétrique - Santé Publique

Résumé

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 200 accouchements gémellaires de Janvier 2001 à décembre 2002.

La fréquence des accouchements gémellaires a été de 1,33% dans notre étude.

L'âge des femmes est compris entre 15 et 45 ans.

La multiparité favorise la grossesse gémellaire avec une prévalence de 34,5%. Le facteur héréditaire est présent chez 29,5% des couples de grossesses gémellaires.

Mots Clés : accouchement gémellaire, hérédité , césarienne, pronostic materno-foetal , gynécologie obstétrique.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je le jure !