

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE A L'HOPITAL DE ZONE DE KANDI AU BENIN  
PROGNOSIS OF THE TWIN CHILDBIRTH IN THE REGIONAL HOSPITAL OF KANDI (BENIN)

<sup>1</sup> OBOSSOU A. A. A., <sup>1</sup> HOUNKPONOU A. F., <sup>1</sup> SIDI I. R., <sup>1</sup> SALIFOU K., <sup>2</sup> HOUNKPATIN B., <sup>2</sup> PERRIN R. X.

<sup>1</sup>Département Mère Enfant, Faculté de Médecine, Université de Parakou

<sup>2</sup>Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-calavi

Correspondance : OBOSSOU A. A. Achille ; awadefr2000@yahoo.fr

RESUME

**Objectif :** L'objectif de cette étude était décrire le pronostic de l'accouchement gémellaire dans un hôpital de district. **Méthodologie :** Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 juin 2012. Elle a été menée à la maternité de niveau 1 de l'hôpital de zone de Kandi au Bénin. L'échantillonnage a été systématique incluant toutes les gestantes qui avaient fait un accouchement gémellaire. Les variables étudiées étaient : la parité, le terme, la consultation prénatale, Le mode d'admission, le mode de découverte de la gémellité, les présentations des jumeaux et les modalités de l'accouchement. **Résultats :** Nous avons colligé 76 cas (3,4%) de gémellité pour 2031 accouchements. L'âge moyen des patientes était de 28,5 ans ± 5,26. Les ménagères représentaient 77,6% des gestantes. La parité moyenne était de 3,2 ± 2,5. La découverte de la gémellité a été fortuite en salle d'accouchement pour 37 patientes (49%). Les premiers jumeaux étaient en présentation céphalique dans 60,6%, en présentation de siège dans 35,2% et 4,2% en présentation transversale. Cinquante et une gestantes soit 67% ont accouché par voie basse. Le premier jumeau (J1) en présentation de siège était l'indication principale de la césarienne (36%). Cent vingt-huit (128) nouveau-nés (85%) sur les 147 enregistrés avaient un poids de naissance inférieur à 2500g. La mortalité néonatale était de 10,2% et celle maternelle de 1,3%.

**Mots clés :** Pronostic, gémellaire, accouchement

SUMMARY

**Objective:** The objective of this study was to describe the prognosis of twin birth in a district hospital. **Methodology:** He acted in a descriptive retrospective study covering the period from 1 January 2011 to 30 June 2012. It was conducted at the level of maternity 1 of Kandi area hospital in Benin. Sampling was systematic, including all patients who had a twin birth. The variables were studied: parity, term, prenatal consultation, the admission mode, the mode of discovery of twins, twins presentations and terms of delivery. **Results:** We collected 76 cases (3.4%) of twinning for 2031 deliveries. The average age of patients was 28.5 ± 5.26 years. Household represented 77.6% of pregnant. The mean parity was 3.2 ± 2.5. La discovery of twins was fortuitous in the delivery room for 37 patients (49%). The first twin in cephalic presentation were 60.6% in breech presentation in 35.2% and 4.2% cross-presentation. Fifty one patients 67% were delivered vaginally. Our cesarean indications were dominated by the first twin (J1) in breech presentation was the main indication for caesarean section (36%). One hundred and twenty eight (128) infants (85%) of the 147 had registered a weight of less than 2500g birth. Neonatal mortality was 10.2% and 1.3% native.

**Keywords:** Prognosis, twin, childbirth

INTRODUCTION

La grossesse gémellaire est le développement simultané de deux fœtus dans la cavité utérine [1]. Elle présente des complications qui peuvent émailler tant son déroulement que son accouchement. Elle est considérée comme une grossesse à risque élevé [2]. Si dans les pays développés, le suivi et surtout l'accouchement gémellaire respectent un minimum de conditions [3], l'insuffisance de ressources matérielles et humaines dans les pays en voie de développement demeurent un handicap et la grossesse gémellaire pose un réel problème obstétrical aux praticiens [4]. L'objectif de notre travail a été de décrire le pronostic de l'accouchement gémellaire dans un hôpital régional au nord du BENIN

PATIENTES ET METHODE

**Cadre :** Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive et analytique réalisée à la maternité de niveau 1 de l'hôpital de zone de Kandi au nord du Bénin. C'est une maternité de 24 lits dotée d'un bloc opératoire qui réalise en moyenne 1000 accouchements par an avec un gynécologue et un pédiatre. Elle a couvert la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 juin 2012.

**Méthode :** Toutes les gestantes ayant effectué un accouchement gémellaire après un terme de 32SA durant la période ont été systématiquement incluses. Les variables étudiées étaient : la parité, le terme, la consultation prénatale, Le mode d'admission, le mode de découverte de la gémellité, les présentations des jumeaux et les modalités de l'accouchement. Les données ont été saisies dans le logiciel Word et analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 3.5.3

RESULTATS

Durant notre étude, 2031 accouchements ont été effectués. Parmi ces accouchements, 76 (3,4%) étaient gémellaires. L'âge moyen des gestantes était 28,5 ± 5,26 ans avec des extrêmes de 18 ans et de 40 ans. La tranche d'âge de 25 à 35 ans représentait 65%. La parité moyenne était de 3,2 ± 2,5. (Tableau 1). Cinquante-huit gestantes (76,3%) ont effectué au moins une consultation prénatale ; la moyenne de CPN était de 3,7 et 60,7% ont effectué au moins 4 CPN. Dix-huit patientes (24%) n'avaient effectué aucune CPN.

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques des gestantes.

	n	%
<b>Âges (ans)</b>		
<20 ans	06	7,8
20 à 25 ans	17	22,4
25 à 30 ans	26	34,2
30 à 35 ans	23	30,4
>35 ans	04	5,2
<b>Profession</b>		
Artisan	03	3,9
Commerçantes	11	14,5
Ménagères	59	77,6
Autre	03	3,9
<b>Parité</b>		
Primipare	24	31,6
Paucipare	08	10,5
Multipare	28	36,8
Grande multipare	16	21

Trente-cinq patientes (46%) avaient réalisé une échographie avant leur admission. En considérant le mode d'admission ; 39,4% des gestantes ont été évacuées des formations sanitaires périphériques.

**Caractéristiques cliniques :** Trente-trois gestantes (43%) avaient un terme entre 32 et 36 SA et 43 (57%) un terme variant entre 36SA et 40 SA. La découverte de la gémellité a été fortuite en salle d'accouchement pour 37 gestantes (49%). 47% étaient connues antérieurement et le personnel qui fait les références a diagnostiqué la gémellité seulement chez 3 patientes (4%). Les motifs de référence des gestantes étaient :

- meilleure prise en charge : 30%
- rétention du 2<sup>ème</sup> jumeau : 17%
- Hauteur utérine excessive : 13%
- présentation vicieuse 13%
- travail sur grossesse gémellaire : 10%

En considérant la présentation des premiers jumeaux, 43 (60,6%) étaient en présentation céphalique, 35,2% en présentation de siège et 4,2% en présentation transversale. La présentation du 2<sup>ème</sup> jumeau était céphalique dans 59% des cas, siège dans 33% des cas et transverse dans 8% des cas.

**Accouchement :** Cinquante-une gestantes (67%) ont accouché par voie basse parmi lesquelles, 03 versions par manœuvre interne suivi de grande extraction de siège et 04 manœuvres sur le premier jumeau à type d'extraction à la ventouse. On a dénombré parmi les 33 % de césarienne, deux césariennes pour rétention du second jumeau. Nos indications de césarienne étaient :

- le premier jumeau en siège : 36%
- la souffrance fœtale aigue : 20%
- utérus cicatriciel : 8%
- le 1er jumeau transversal : 8%
- la rétention du 2<sup>ème</sup> jumeau 8% l'éclampsie (4%)
- les autres : (16%)

L'intervalle de temps entre l'accouchement des jumeaux du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> jumeau était de 3 minutes dans 55cas (77%). Cet intervalle a été de 3 à 15 minutes, 15 à 30 min puis Supérieur à 30 min respectivement dans 13%, 6% et 4%.

**Pronostic maternel et néonatal :** Parmi les nouveaux nés, 128 (85%) avaient un poids de naissance inférieur à 2500g (tableau 2).

**Tableau II :** poids de naissance des nouveau-nés

Poids ( gr )	J <sub>1</sub>		J <sub>2</sub>	
	n	%	n	%
<2000	06	8,5	08	10,5
2000-2500	39	54,9	45	59,2
2500-3000	24	33,8	20	26,3
>3000	2	2,8	2	2,6

La mortalité néonatale était de 10,2% (n=15). Elle a concerné 4% des 1<sup>ers</sup> jumeaux (n=6) et 6% des 2<sup>èmes</sup> jumeaux (n=9). La mortalité maternelle était de 1,3% (n=1). Le décès était dû à une crise éclamptique. Le devenir du 2<sup>ème</sup> jumeau en fonction de son mode d'entré est représenté dans le tableau 3.

**Tableau III :** Mode d'entrée et devenir du 2<sup>ème</sup> jumeau à la naissance

Mode d'entrée	Devenir du 2 <sup>ème</sup> jumeau à la naissance		Total
	Décès	Vivant	
	Référées	7	
Non référées	2	44	46
Total	9	67	76

$$\text{Chi}^2 = 6,27 \quad \text{P} = 0,01 \quad \text{Fisher} \quad 0,016$$

## DISCUSSION

La fréquence de la grossesse gémellaire reste variable dans la littérature. Notre fréquence de 3,4% est proche de celle de Buambo-Bamanga et al. [5], 3,76% au CHU de Brazzaville et de Nayama et al. [4], 4,5% à la maternité Issaka Gazobi de Niamey

(Niger). Tout comme ces deux centres hospitaliers qui étaient des centres de référence qui recevaient beaucoup d'évacuations, notre établissement sanitaire est le plus grand hôpital de zone des trois hôpitaux de zone que compte le département ; ce qui explique le caractère élevé de notre taux. Toutefois, notre fréquence reste élevée par rapport à certaines données de la littérature : 1,67% pour Mabiala-Babela et al. [6] ; 1,3% pour Kazadi-Buanga [2] ; 1,5% pour Dolo [7]. L'âge moyen de nos gestantes était de 28,5 ans avec la tranche d'âge de 20 à 30 ans majoritaire, 57%. Plusieurs études corroborent cette tendance [4, 2, 5, 6]. Alors que dans les pays développés, le suivi de la grossesse et l'accouchement gémellaire sont bien codifiés [3], les difficultés économiques et l'analphabétisme obligent les populations à adopter des comportements similaires aux attitudes de surveillance des grossesses uniques. Dix-huit gestantes (23,7%) n'avaient effectué aucune consultation prénatale avant leur entrée en travail. Le diagnostic de la grossesse gémellaire est suspecté devant une hauteur utérine excessive, la palpation de deux pôles fœtaux de même nature et l'existence de deux foyers cardiaques mais c'est l'échographie qui confirme le diagnostic [1]. Au cours notre étude, un seul appareil d'échographie était disponible dans la zone sanitaire et la réalisation des échographies se faisait par le seul gynécologue deux matinées par semaine. Les problèmes socio-économiques couplés au manque d'équipement et de personnel limitent l'accès des gestantes à cet examen paraclinique. En dehors des gestantes qui ont réalisé au moins une fois l'échographie, le diagnostic de la gémellité a été rarement suspecté par le personnel paramédical qui fait les consultations prénatales et les références. Parmi les patientes qui ont réalisé les consultations prénatales, 34 (60,7%) avaient effectué au moins 4 CPN. L'étude des motifs de référence traduit la méconnaissance de la gémellité : meilleure prise en charge (30%), Présentation vicieuse (13%), hauteur utérine excessive (13%). Seulement 3 patientes (4%) ont été référées pour ce diagnostic. Plusieurs accouchements gémellaires sont même effectués dans les formations sanitaires périphériques car nous avons enregistré 5 patientes évacuées pour rétention du second jumeau.

Les difficultés spécifiques à l'accouchement gémellaire (dystocie dynamique ou mécanique, procidence du cordon, problèmes mécaniques, hémorragie de la délivrance) imposent tout accouchement gémellaire dans une maternité niveau II et III avec la présence d'une équipe complète (obstétricien, anesthésiste, pédiatre) [4, 1,3]. La plus part de nos accouchements gémellaires ont été effectués par la sagefemme seule le plus souvent après vérification des présentations des jumeaux par le gynécologue. Les présentations du premier jumeau influencent beaucoup la voie d'accouchement. Lorsque le premier jumeau est en présentation céphalique, la voie basse est autorisée avec pour certains auteurs, une attitude interventionniste sur le second jumeau ; la césarienne sur le second jumeau devant rester une solution de dernier recours réservée à la rétraction cervicale avec souffrance fœtal, la procidence du cordon et l'échec des manœuvres intra utérines [8]. En cas de présentation du siège du premier jumeau les attitudes sont controversées mais une tendance est à la césarienne systématique. Cette attitude a influencé notre pratique car nos indications de césarienne sont dominées par les premiers jumeaux en présentation de siège (36%). Notre taux de césarienne était de 33%. Pour Lucereau et al. [9], le taux de césarienne en France dépasse 50% et 70% dans certains pays industrialisés à cause du risque augmenté de dystocie et de morbidité en particulier pour le second jumeau. Toute fois le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français ne recommande pas une voie d'accouchement qu'une autre quel que soit le terme et les présentations du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>ème</sup> jumeau [10]. Tout réside dans l'application d'une pratique homogène et bien codifiée. C'est ce que démontrent Bats et al.[11] dans leur étude sur l'acceptation de l'accouchement par les voies naturelles des grossesses gémellaires avec siège du premier jumeau après

élaboration de critères de sélection pour la voie basse incluant la réalisation d'une radiopelvimétrie, la mesure du bi-épineux, la mesure du diamètre bipariétal, l'estimation pondérale du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>ème</sup> jumeau, la vérification d'une bonne flexion de la tête du 1<sup>er</sup> jumeau et les équipes entraînées aux manœuvres obstétricales par voie basse. Ils n'ont pas observé de différence significative concernant un mauvais état néonatal ni une morbidité maternelle entre deux groupes TVB (tentative voie basse) et CP (césarienne programmée). La mise en place de telles pratiques dans nos établissements requière du personnel qualifié suffisant, des équipements de qualité et une formation continue de ce personnel. Des extractions instrumentales sont possibles sur le premier jumeau en raison de la surdistention utérine pouvant gêner les efforts expulsifs maternels. Nous avons réalisé 4 extractions du 1<sup>er</sup> jumeau par ventouse (8%) et 3 versions par manœuvre interne suivi de grande extraction de siège sur le second jumeau. D'autres équipes ont publié des taux plus élevés que le nôtre [4,2]. L'intervalle de naissance entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> jumeau influence le pronostic du 2<sup>ème</sup> jumeau. Pour certains auteurs [3], le risque pour 2<sup>ème</sup> jumeau d'avoir un PH artériel inférieur à 7 s'élève à partir de 30 min après l'accouchement du 1<sup>er</sup> jumeau et ce même deuxième jumeau a un risque 22 fois supérieur d'avoir un PH inférieur à 7 au-delà d'une heure. D'autres auteurs affirment l'intervalle de 30 min acceptable pour l'accouchement du 2<sup>ème</sup> jumeau [4,10]. Dans notre série, l'intervalle entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> jumeau a varié entre 0 min et 15 min pour 64 patients (90%) et 6% entre 15 et 30min. Notre pratique est conforme aux données de la littérature. La prématurité représente la principale complication pour le nouveau-né en cas grossesse gémellaire [1]. Trente-trois patientes (43%) ont accouché entre 32 et 36 SA. La prématurité est corrélée au faible poids de naissance. Cent vingt-huit nouveau-nés (85%) avaient un poids de naissance inférieur à 2500g. Boukerou et al. [12] dans leur série ont trouvé un poids moyen de naissance de  $2243 \pm 561$ g avec un terme moyen de  $35,2 \pm 2,8$ SA. Plusieurs autres études confirment la même tendance [4, 5, 6]. Nous avons enregistré 15 décès de nouveau-nés (10,2%) et 1 décès maternel (1,3%). Dans nos conditions de travail notre taux reste meilleur comparé à certaines données de la littérature : 21,8% de mortalité périnatale contre 2,3% de mortalité maternelle pour Nayama et al. [4] ; 21,4% de décès périnatal contre 1,45% de mortalité maternelle pour Buanbo-Bamanga [5]. Tous ces résultats s'expliquent par l'existence d'une formation médicale continue du personnel paramédical centrée sur les urgences obstétricales à l'occasion de staffs quotidiens et de rencontres mensuelles d'enseignement post universitaire. Enfin nous avons conclu que la référence de l'accouchement gémellaire altérerait significativement le pronostic vital du 2<sup>ème</sup> jumeau. C'est dans ce cadre que Buanbo-Bamanga et al [5] recommandent au terme de leur étude « la réorganisation des services de santé maternelle et infantile, la consultation prénatale de qualité à moindre coût permettant un diagnostic anténatal, l'information, l'éducation de la femme ainsi que les filles en âge de procréer sur l'intérêt de la consultation prénatale devraient permettre une prise en charge plus organisée de la grossesse (système de référence) et la pratique d'accouchements gémellaires réglés ».

## CONCLUSION

L'accouchement gémellaire reste fréquent dans notre pratique quotidienne. Nos infrastructures, nos équipements et la ressource

humaine disponibles sont approximatifs des exigences de la prise en charge de la grossesse et l'accouchement gémellaire. Une sensibilisation des patientes s'impose de même que la réorganisation des services de santé maternelle et infantile ; l'acquisition de matériels adéquats et le redéploiement de la ressource humaine de qualité pour permettre un diagnostic précoce, une organisation et une prise en charge harmonisée et codifiées des accouchements gémellaires

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique, 6<sup>ème</sup> édition ; MASSON, PARIS, 1995 : 201-212
- 2- J. Kazadi Buanga Difficultés de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement gémellaire en milieu africain. Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (8/9)
- 3- Schmitz, E. Azria D. Cabrol, F. Goffin et. L'accouchement par voie basse des grossesses gémellaires est-il encore une option raisonnable ? Analyse des données de la littérature. J Gynécobst et Biol Reprod, 2009 ; 5(38) : 367-376
- 4- M. Nayama, M. Oumara, A. Tahirou, N. Idi, M. Garba, M. Kamaye, B. Djibril. Prise en charge des grossesses gémellaires au niveau de la maternité Issaka Gazobi de Niamey Niger. Etude prospective à propos de 131 cas sur 1 an. Médecine d'Afrique Noire, 2008 ; 5509 :478-484
- 5- S.F. Buambo-Bamanga, P. Makoumbou\*, P. Oyere-Moke, A.L. Gnekoumou, G. Nkihoubonga\*, H. Ndinga, J.R. Ekoundzola, F. H. Mayanda. Grossesse et accouchement gémellaire : quels problèmes au CHU de Brazzaville ? Médecine d'Afrique Noire, 2006 ; 5307 :425-430
- 6-JR Mabiala-Babela, KR Ntsila, DA Malonga, FR Boutete, MC Mafina-Mienandi, P. Mbakani-Louboula, P. Senga Les naissances multiples à Brazzaville. A propos de 410 cas. Médecine d'Afrique Noire, 2007 ; 5411 : 555-560
- 7-Dolo A, Diallo N, Diabate F.A propos de 507 grossesses et accouchements gémellaires dans le district de Bamako. DAKAR, Med, 1990 ; 35:25-31
- 8-Parant O, Salque C, Reme J.M. Accouchement gémellaire : conduite à tenir pour l'accouchement du 2<sup>e</sup> jumeau. Revue Sagefemme, 2004, 3 (3) :110-120
- 9-Lucereau-Barbier M, Bois E, Gabriel R Accouchement des grossesses multiples In EMC 2012, 1-12
- 10-Collèges National DES Gynécologues ET Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique. Trente-troisièmes journées nationales. Paris, 2009. CNGOF\_MAJ\_TITRES.qxp 17/12/09 17:26 Page 2 (1,1)
- 11- Bats A, Marie V, Sentilhes L, Cabrol D, Goffinet F. Grossesse gémellaire et siège premier à terme : peut-on encore accepter un accouchement par les voies naturelles ? Comparaison rétrospective de l'issue périnatale selon la décision du mode d'accouchement sur 166 accouchements. J Gynecol Obst et Biol reprod 2006 ; 35 : 584-593
- 12- Boukerrou M, Robillard P, Gerardin P, Heisert, Kauffmann M, Laffitte A, Barau G. - Présentations et modes d'accouchements de 371 grossesses gémellaires Gynéco Obst & Fertilité, 2011,39 (2) :76-80.