

DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE EN MILIEU AFRICAIN

J. KAZADI BUANGA

RESUME

Objectif : Dégager les difficultés et les insuffisances de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement gémellaire dans nos milieux.

Méthode et échantillon : Analyse rétrospective et descriptive de 53 accouchements gémellaires réunis entre janvier 90 et décembre 98 à St Jean de Dieu.

Résultats : La fréquence de la grossesse gémellaire est de 1,3 %. Seules 28 % sont diagnostiquées et prises en charge précocement. Trois consultations prénatales et deux échographies sont réalisées. 78 % des malades sont hospitalisées pour diverses complications : métrorragie (4 %), dysgravidie précoce (15 %), syndrome vasculo-rénal (15 %), menace d'accouchement prématuré (21 %) et rupture prématurée des membranes (27 %). L'accouchement est vaginal (77 %) et prématuré (49 %).

Conclusion : Notre prise en charge de la grossesse gémellaire est insuffisante. Des efforts sont nécessaires pour assurer aux gestantes un suivi prénatal de qualité au sein d'une infrastructure médico-sanitaire efficiente.

Mots-clés : Grossesse gémellaire, prise en charge, difficultés.

INTRODUCTION

La grossesse gémellaire est une grossesse à risques, elle préoccupe l'accoucheur en raisons des complications qui peuvent émailler son déroulement. De diagnostic tardif dans nos régions, elle pose un problème de suivi dominé par le risque de prématurité et un problème pronostique lié à la morbidité fœtale. Ce travail se propose d'évaluer la prise en charge de la grossesse gémellaire dans nos conditions de travail pour en dégager les difficultés et les insuffisances.

Service de Gynécologie-Obstétrique. Hôpital St-Jean de Dieu. B.P. 43 THIES, Sénégal.

METHODOLOGIE ET MATERIEL

Nous avons recensé, puis analysé de manière rétrospective et descriptive les accouchements gémellaires survenus entre le 10 janvier 1990 et le 31 décembre 1998, à l'hôpital St Jean de Dieu (100 lits) à Thiès, distante de 70 km de Dakar.

Cet hôpital a un service de gynécologie-obstétrique avec 25 lits, qui réalise 425 accouchements environ par an, pour un séjour moyen de 4,3 jours. Durant la période précitée, nous avons dénombré 53 accouchements gémellaires, 3.853 accouchements uniques et un accouchement triple, qui reste exclu de cette étude.

RESULTATS

1 - Fréquence - Echantillon

Sur un total de 3.879 accouchements, 53 grossesses gémellaires ont été réunies, soit une fréquence de 1,3 %.

Dans l'échantillon, l'âge variait entre 17 et 42 ans avec une moyenne de 29 ans. 4 % étaient âgées de moins de 20 ans ou plus de 40 ans, catégories d'âge à risques en relation à la grossesse et l'accouchement.

On a dénombré 34 % des primigestes, 54 % des multipares et 11 % des grandes multipares ayant eu cinq ou plus de cinq accouchements, la parité moyenne étant de deux enfants.

30 % des gestantes avaient des antécédents familiaux de gémellité, quatre malades avaient accouché des jumeaux auparavant (dont une à cinq reprises) et deux étaient nées jumelles.

La grossesse a été spontanée (98 %) et bichoriale-biamniotique.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon

Age		19	20-30	31-40	40
	Nb	2	36	13	2
%	3,8	67,9	24,5	3,8	
Gestité		0	1-2	3-4	5
	Nb	18	15	14	6
%	33,9	28,3	26,3	11,3	
Gemellité familiale		Positive	Négative	N.P.*	
	Nb	16	27	10	
	%	30,1	51	18,8	

2 - Prise en charge

La provenance des gestantes était double. Exception faite de 15 femmes (28 %) vues à St Jean, dont le diagnostic a été posé précocement en milieu hospitalier, le reste était constitué des malades provenant de petites maternités périphériques, qui nous avaient été adressées au-delà du premier trimestre pour une pathologie et qui ne se doutaient pas de la grossesse gémellaire.

Tableau II : Terme de la grossesse en fonction de la date du diagnostic

Date du diagnostic	Terme de la grossesse	
	Prématurité	A terme
1er trimestre (n = 24)	6 (25 %)	18 (75 %)
2e trimestre (n = 12)	6 (50 %)	6 (50 %)
3e trimestre (n = 16)	13 (81,3 %)	3 (18,7 %)
A l'accouchement	1 (100 %)	0 (0 %)
Total	26 (49,1 %)	27 (50,9 %)

En ce qui concerne le nombre des visites prénatales, en moyenne, chaque gestante a été vue trois fois et a eu deux échographies. 78 % ont été hospitalisées pour un séjour moyen de neuf jours, car le déroulement de la gestation a été émaillé de complications : métrorragie (4 %), œdèmes isolés (13 %), dysgravidie précoce (15 %), syndrome

vasculo-rénal (15 %), menace d'accouchement prématuré (21 %) et rupture prématurée des membranes (27 %).

3. Accouchement

La présentation était céphalique (52 %), mixte (38 %). Trois grossesses avaient une présentation podalique et dans deux cas, le 2ème jumeau était en transversale. Au terme de 36 semaines en moyenne (30-41 semaines), l'accouchement a été vaginal dans 77 % des cas et ce mode d'accouchement a nécessité la pose d'une Théobald (38 %), une application de forceps (10 %) avec emploi d'anesthésie au penthotal durant la phase expulsive. L'intervalle libre entre les deux naissances a été de 15 minutes et l'indication de la voie haute a été justifiée pour diverses raisons : souffrance fœtale, présentation podalique et transversale, procidence du cordon, dystocie dynamique réfractaire au traitement médical. La délivrance a été 25 fois pharmacologique, 17 fois manuelle et 11 fois spontanée. Nous avons noté trois décès maternels et la morbidité s'est résumée à 18 cas d'anémie majeure ayant nécessité une transfusion sanguine et à cinq déchirures périnéales. La durée de séjour post-partum a été de 5 jours en moyenne.

DISCUSSION

La fréquence de la grossesse gémellaire spontanée varie selon les continents : 0,65 % en Asie, 1,14 % en Europe et 2,2 % en Afrique (1, 2). La prédisposition héréditaire à la gemellité concerne la lignée maternelle essentiellement, des femmes aux antécédents de gemellité ont une plus grande disposition à avoir des jumeaux (3) et seules les homozygotes extériorisent la tendance (4, 5), la transmission étant du type mendélien récessif. Il a été signalé une incidence élevée de gemellité à l'arrêt de la contraception orale (6, 7).

Contrôler le niveau de santé de la mère et de son enfant est un des objectifs des consultations prénatales. Lorsqu'une grossesse gémellaire est en cours, il est important de la détecter précocement, puisque l'intérêt réside dans la possibilité d'effectuer une surveillance attentive destinée à évaluer et/ou limiter les facteurs de risques.

Ce diagnostic précoce est facilité par une échographie faite avant 14 semaines d'aménorrhée, qui déterminera le type anatomique de la gestation par l'individualisation des sacs

gestationnels et précisera son âge. Des études ont montré qu'un diagnostic précoce et des visites régulières améliorent l'évolution de la gestation gémellaire, la qualité de l'accouchement ainsi que l'état des nouveau-nés. Cela est d'autant plus vrai si les gestantes sont hypertendues et anémiques comme dans nos milieux.

L'échographie précoce est idéale, outre qu'elle autorise un diagnostic de certitude, elle permet parfois d'observer la lyse ou évanescence d'un des embryons.

Une surveillance adéquate d'une grossesse gémellaire requiert un nombre égale ou supérieur à cinq visites prénatales pour assurer un contrôle satisfaisant. Notre rythme de consultation prénatale et d'échographie, inférieur à celui de BRUN et coll. (8), est très insuffisant. Toutefois, les graphiques de la biométrie échographique, l'étude du placenta et le calcul du volume du liquide amniotique (9, 10, 11) à chaque visite ont permis une évaluation comparative du bien-être fœtal. On attache une importance à l'étude ultra-sonographique du placenta, car au cours d'une gestation gémellaire, le placenta a une croissance et une maturation plus rapides et les effets de sa sénescence peuvent apparaître plus tôt que dans une gestation mono-fœtale (12, 13). L'étude du liquide amniotique a retrouvé un hydramnios dans près de 8 % des cas.

Des enquêtes hospitalières ont montré que des mesures préventives avaient un résultat remarquable dans la prématurité où les taux ont considérablement diminué grâce à la combinaison du repos avec les produits limitant la contraction utérine. Le repos améliore la durée de la grossesse, car il allège la pression sur le col utérin et augmente le flux utéro-placentaire (14). Dans cette étude, il a été remarqué que le repos à domicile était illusoire, compte tenu des charges familio-ménagères de la femme et, dans ces conditions, la tocolyse à titre externe était sans grand effet. Cela explique le pourcentage élevé de nos hospitalisations puisque, aussi, nous avons dû avoir recours à cinq cerclages du col de manière prophylactique. Le test non stressant (N.S.T. des Anglo-Saxons), ramené à 35 semaines n'a pu être fait que dans 30 % des cas.

L'évolution de la grossesse avait été émaillée des complications. L'hypertension gravidique est plus fréquente que lors des grossesses uniques, que cela soit sous forme d'hy-

per-tension isolée ou de toxémie ; la prématurité (49 %), facteur essentiel de la mortalité périnatale, est en relation avec la date du diagnostic (15). En effet, le taux de prématurité passe de 25 % à 81 % selon que le diagnostic a été porté au premier ou au troisième trimestre; l'anémie ferriprive est habituelle puisque les fragiles réserves maternelles sont particulièrement sollicitées par l'hématopoïèse fœtale, et il n'est pas rare de recourir à des transfusions au décours d'accouchements reconnus plus hémorragiques.

Nous avons relevé dans ce travail un facteur paradoxal de confusion potentielle. La prématurité restait aussi influencée par la gestité antérieure : 72 % des primigestes ont eu un accouchement prématuré contre 35 % des multipares. Or la surveillance médicale des multipares a été généralement tardive et moins intense que celles des primigestes. Il n'en est rien. Les fœtus chez une primigeste se trouvent à l'étroit dans un utérus distendu avec une perfusion utéro-placentaire insuffisante, alors que l'utérus de la multipare, suite aux gestations antérieures, a la capacité de s'étoffer davantage.

L'accouchement de la grossesse gémellaire présente un certain nombre de caractères qui permettent de le définir comme un accouchement à risques : dystocies de présentation, dystocie dynamique, procidence du cordon sont autant des facteurs qui ont déterminé la césarienne (23 %), un taux deux fois supérieur à celui retrouvé en cas de grossesses mono-fœtales dans le service.

CONCLUSION

Le diagnostic et le suivi d'une grossesse gémellaire, à la lumière de notre étude, restent insuffisants dans nos milieux. Cela relève des raisons médicales et socio-culturelles, soutenues par une faible scolarisation, les femmes sans instruction ont un suivi inadéquat de leurs grossesses.

Dès lors, dans le cadre des Soins de Santé Primaire, l'attention doit inclure une activité d'information, d'éducation et d'assistance en vue d'assurer aux gestantes un suivi prénatal régulier et de qualité au sein d'une infrastructure médicale efficiente, puisque la grossesse gémellaire représente un haut risque pour la mère et pour les fœtus en raison d'un taux de mortalité et de morbidité élevé.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - KOMAI T., FUKUOTA G.
Frequency of multiple births among the Japanese and related peoples.
Am. J. Phys. Anthropol., 1936, 21 ; 433-436.
- 2 - MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.
Précis d'Obstétrique, p.179. Paris, Masson, 5e éd., 1979.
- 3 - TIACOH G.M., DIARRA S.
Un cas de grossesse gémellaire 3e itérative.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1985, 14 : 122.
- 4 - BLANC B., GUIDICELLI B., BOUBLI L., BERNARD Y.
Grossesses multiples.
Encycl. Med. Chir. (Paris - France), Obstétrique, 5030 A-10, 12-1988, 12 p.
- 5 - BULMER M.G.
The biology of twinning in man, p.89, Oxford, Claridon Press, 1970.
- 6 - BRACKEN M.B.
Oral contraception and twinning : an epidemiologic study
Obstet. Gynecol., 1979, 133 : 432-434.
- 7 - HARLAP S.
Multiple births in former oral contraceptive users.
Br. J. Obstet. Gynaecol., 1979, 86 : 557-562.
- 8 - BRUN J L HOCKE C., JANKY E., SANGLA N. et al.
Grossesses multiples : aspects actuels.
J. Gynecol. Obst. Biol. Reprod., 1992, 21 : 120-121.
- 9 - CHAMBERLAIN P.F., MANNING F., MORRISSON I. et al.
Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume. The relationship of marginal and decreased fluid volumes to perinatal outcome.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1984, 150 : 245-249.
- 10 - PHELAN J.P., -AHN M.O., SMITH C.V.
Amniotic fluid index measurments during pregnancy.
J. Rprod.med., 1987, 32 : 601-604.
- 11 - RUTHEFORD S.E., PHELAN J.P., SMITH C.V., JACOBS N.
The four-quadrant assesment of amniotic fluid volume : an adjunct to antepartum fetal heart rate testing.
Obstet. Gynecol., 1987, 70 ; 353-356.
- 12 - MINGEOT R., HANSSENS M., VANDEVELLEN R.
La grossesse et l'accouchement gémellaire.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1977, 6 ; 633-660.
- 13 - RICHON J., LANDES P., PERRIN P., SCHWEITZER M.
Table ronde sur les grossesses gémellaires.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1977, 6 : 1185-1187.
- 14 - JEFFREY R.L., BOWES W.A., DELANEY J.
Role of bed rest in twin gestation.
Obstet. Gynecol., 1974, 43 : 822-826.
- 15 - AUSSEL D., POLAIN P., PALARIC J.C., BARTASI S et al.
Accouchement et grossesses gémellaires. Résultats d'une étude de 322 accouchements entre 1982 à 1988.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1990, 19 : 506.

Retrouvez
« Médecine du Maghreb »
sur Internet
WWW.santetropicale.com

ainsi que
Médecine d'Afrique Noire, Le Pharmacien d'Afrique et
Odonto-Stomatologie Tropicale