



Les accouchements gémellaires à la Maternité de Befelatanana (Antananarivo Madagascar): pronostic néonatal

ZA Botolahy * ¹, DMA Randriambololona ¹,
ECJ Rakotonirina ², H Andrianampy ¹,
A Hery Rakotovo ¹

¹ Service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

² Institut National de Santé Publique et Communautaire, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Objectif: La grossesse gémellaire représente une situation à risque non seulement pour la mère mais aussi pour les fœtus en particulier. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'issue néonatale des grossesses gémellaires afin d'envisager une prise en charge adaptée à notre contexte.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, réalisée à la maternité de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo durant l'année 2007 comparant le pronostic néonatal des grossesses gémellaires avec celui des grossesses monofoetales et puis du premier jumeau avec le deuxième.

Résultats: L'incidence de la grossesse gémellaire était de 2,35%. La prématurité concernait 47,97% des cas et représentait 62,37% de motif d'admission en néonatalogie. Le risque de petit poids de naissance était trois fois plus important comparé à la grossesse monofoetale, RR 3,2 IC [2,5 - 3,9]. L'anoxie néonatale était deux fois plus fréquente chez le deuxième jumeau que chez le premier si l'intervalle de naissance dépasse trente minutes mais cette différence n'était pas significative. Le taux de mortalité périnatale était de 138‰ naissances. Avant 35 semaines d'aménorrhée, la mortalité périnatale ne différait pas chez les deux jumeaux; par contre à partir de 36 semaines, le deuxième jumeau semblait être plus touché que le premier.

Conclusion: La sensibilisation des femmes sur l'intérêt d'un suivi prénatal rigoureux ainsi que la mise en place d'une politique de réduction de la prématurité devraient améliorer le pronostic néonatal des grossesses gémellaires. La méthode active dans l'accouchement du deuxième jumeau mérite d'être encouragée.

Mots-clés: Accouchement; Jumeaux; Naissance prématurée; Pronostic

Twins birth at Befelatanana Maternity (Antananarivo Madagascar): neonatal prognosis

Summary

Aim: Twin pregnancy is a risk situation not only for the mother but also and primarily for foetus. The aim of this study is to evaluate the neonatal prognosis of twin pregnancies in order to consider an adapted care to our context.

Patients and methods: It is a retrospective, descriptive and analytical study, carried out at Maternity of Befelatanana, Antananarivo teaching hospital, during 2007 comparing neonatal outcomes between a twins birth and a singleton foetus and then between the two twins.

Results: The incidence of twin pregnancy was 2.35%. Prematurity was seen in 47.97% of cases and has represented 62.37% of admission in neonatology ward. Small weight birth risk was twice more important in twins than in simple pregnancy RR: 3.2 IC (2.5- 3.9). Neonatal anoxia was twice more frequent in the second twin than in the first if the interval of birth exceeds thirty minutes but this difference were not significant. Perinatal mortality rate was 138‰ births. Before 35 weeks, the perinatal mortality did not differ between the two twins; on the other, from 36 weeks, the second twin seemed to be more touched than the first.

Conclusion: Women sensibilisation about interest of rigorous prenatal care and installation of prematurity reduction politic would improve neonatal prognosis of twin pregnancies. Active method in childbirth of the second twin must be encouraged.

Keywords: Labour; Premature birth; Prognosis; Twins

Introduction

La grossesse gémellaire représente une situation à haut risque à la fois pour la mère et pour les fœtus. Si le syndrome vasculo-rénal et l'anémie constituent les principales complications maternelles, du côté foetal, les risques sont représentés essentiellement par la prématurité et l'hypotrophie [1]. A Madagascar, la dernière étude portant sur les grossesses gémellaires remonte en 1998 avec une issue néonatale catastrophique [2]. Notre objectif est d'évaluer l'issue néonatale des grossesses gémellaires au sein de notre maternité afin d'envisager une prise en charge adaptée à notre contexte socio-économique.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur les accouchements gémellaires à partir de 24 semaines d'aménorrhée dans le service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar) sur une période de douze mois, allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007. Les cas de mort foetale in utero de l'un ou des deux jumeaux étaient exclus. Le registre des protocoles d'accouchement ainsi que les dossiers médicaux en néonatalogie avaient constitué nos sources des données. Nous avons étudié le terme, les voies d'accouchement, le poids de naissance, l'intervalle de naissance entre le premier et le deuxième jumeau, le score d'Apgar à la cinquième minute, l'admission en néonatalogie et la mortalité périnatale précoce. Etaient classés comme «de petit poids de naissance» tous les nouveaux-nés dont le poids natal est inférieur à 2000g. Le score d'Apgar était dit «bas» lorsqu'il était inférieur à 7. L'issue néonatale des jumeaux était

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: bvola146@yahoo.fr (ZA Botolahy).

¹ Adresse actuelle: Service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

d'abord comparée avec celle des grossesses monofoetales survenant dans la même période d'étude et ensuite nous avons comparé le pronostic du premier jumeau avec celui du deuxième. Le calcul statistique était réalisé par le logiciel SPSS en calculant le risque relatif. Pour chaque résultat significatif, l'intervalle de confiance était de 95%.

Résultats

Sur 7277 accouchements enregistrés durant la période d'étude, nous avons recensé 171 paires de naissance gémellaire, soit une incidence de 2,35%. Vingt trois cas étaient exclus et nous avons donc retenu 148 paires de jumeaux. L'accouchement se faisait par voie basse dans 83,11% des cas (123 parturientes). Lorsque la présentation du premier jumeau était autre que céphalique, le risque de césarienne s'était multiplié par deux (11,70% contre 25,93%). Sur les 123 accouchements par voie basse, une version par manœuvre interne sur le deuxième jumeau était effectuée dans 20 cas (13,5%) et une césarienne pour rétention de deuxième jumeau dans 1,35%. La prématurité concernait presque la moitié des cas (47,97%) dont 14,86% de grands prématurés. Le risque de petit poids de naissance était multiplié par trois par rapport à celui de la grossesse simple RR 3,2 IC [2,5 – 3,9] (Tableau 1). L'anoxie néonatale jugée par le score d'Apgar bas à la cinquième minute était plus fréquente chez le premier jumeau que chez le deuxième (13,5% contre 9,45%) mais cette différence n'était pas significative RR 0,7 IC [0,4 – 1,3]. Avant 30 minutes, il n'y avait pas de corrélation linéaire entre l'intervalle de naissance et le score d'Apgar ; par contre, au-delà de ce délai, le score d'Apgar bas était deux fois plus fréquent chez le premier jumeau que chez le deuxième (25% contre 12,12%). De même, la détresse respiratoire touchait beaucoup plus fréquemment le deuxième jumeau (28,57% contre 11,56%). Quatre vingt treize nouveaux-nés soit 31,42% étaient admis en néonatalogie dont 63,27% pour prématurité. La mortalité périnatale touchait 41 nouveaux-nés, soit un taux de 138% naissances. Avant 35 semaines, le risque de décès périnatal était le même pour les deux jumeaux; au-delà de ce terme, le deuxième jumeau semblait être plus touché que le premier (85,72% contre 14,28%).

Type de grossesse	PPN	Poids normal	Total
Gémellaire	209	87	296
	76%	27,4%	
Monofoetal	66	230	296
	24%	72,6%	
Total	275	317	592

Risque relatif (RR) : 3,2

Intervalle de confiance (IC) : [2,5 à 3,9]

Tabl. 1: Fréquence de petit poids de naissance (PPN) chez les jumeaux comparée aux grossesses monofoetales

Discussion

L'incidence de la grossesse gémellaire dans notre établissement a connu une légère augmentation comparée à celle que Andriamady avait trouvée en 1998 [2]. Elle est nettement supérieure à l'incidence des grossesses gémellaires retrouvée dans les autres pays d'Afrique et dans l'île

de La Réunion où elle est évaluée à 1,37 à 1,8% [3-5]. Elle est par contre similaire au chiffre retrouvé au Canada où l'utilisation des techniques de procréation médicalement assistée augmente considérablement la fréquence des grossesses gémellaires [6]. La consommation des produits œstrogène-like, notamment le soja contenu dans l'huile alimentaire consommé par la plupart des ménages malgaches, pourrait participer à l'élévation de l'incidence de gémellité à Madagascar. Notre pratique obstétricale est en faveur de la voie basse (83,11%). Le risque de césarienne est deux fois plus fréquent lorsque le premier jumeau ne se présente pas en céphalique (25,93% contre 11,70%). Au Canada et à Brazzaville, le taux de césarienne est très élevée, allant de 16 à 28% en cas de grossesse gémellaire [4,6]. Concernant le mode de présentation, plusieurs auteurs ont comparé l'issue néonatale des jumeaux accouchés par césarienne et ceux par la voie naturelle lorsque le premier jumeau est en siège mais ils n'ont pas trouvé de différence en matière de pronostic néonatal jugé par le pH ombilical, le score d'Apgar à la cinquième minute, le traumatisme obstétrical et l'admission en néonatalogie. Ces auteurs ont conclu que la voie basse est une option raisonnable si le premier jumeau est en siège [7-9]. Dans notre série, la présentation du siège du premier jumeau à elle seule ne constitue pas une indication de césarienne sauf chez la primipare. Notre taux de prématurité (47,97%) est plus faible par rapport à celui d'une étude réunionnaise [5]. En France, la gémellité multiplie par 10 le risque de prématurité [3]. Cependant, à La Réunion comme en France, la prise en charge des grossesses gémellaires est soumise à des recommandations particulières dont l'objectif est de réduire le taux de prématurité. Cette politique comprend un diagnostic échographique précoce de type de placentation, un calendrier de suivi clinique et échographique bien déterminé ainsi que des mesures sociales comportant un arrêt de travail précoce pour les femmes enceintes de jumeaux. De même, le risque de petit poids de naissance en cas de grossesse gémellaire dans notre série était trois fois moindre que celui retrouvé à La Réunion. Ces chiffres traduisent donc certainement deux pratiques obstétricales différentes. La fréquence élevée de prématurité et de petit poids de naissance dans ces départements français serait liée à une attitude obstétricale interventionniste devant une mauvaise vitalité fœtale [5]. Dans notre série, un intervalle de naissance supérieur à trente minutes augmente le risque d'anoxie néonatale. Mabiala, dans une étude congolaise récente, a fait la même conclusion [4] et a évoqué le rôle du décollement placentaire après l'accouchement du premier jumeau dans la survenue de cette anoxie. Cette hypothèse a été confirmée par le travail de Edriss montrant l'augmentation du risque d'acidose métabolique avec le délai de naissance [10]. Cette notion est à la base de la pratique de méthode active dans l'accouchement du deuxième jumeau. Par ailleurs, la césarienne programmée ne semble pas diminuer ce risque lié au rang de naissance [11]. Notre taux de mortalité périnatale (138% naissances) est deux fois plus élevé que ce que l'on retrouve à La Réunion [5]. Il est par contre largement inférieur à celui retrouvé dans une série congolaise [4]. La prématurité en était la première cause dans notre série.

Conclusion

L'incidence de grossesse gémellaire est très élevée dans notre étude. L'issue néonatale était caractérisée par un risque triple de petit poids de naissance par rapport aux grossesses mono fœtales et par un taux élevé de prématurité. Cette prématurité est responsable de plus de la moitié de l'admission en néonatalogie et de décès périnatal. Un intervalle de naissance supérieur à trente minutes augmente le risque d'anoxie pour le deuxième jumeau.

Références

- 1- Vaast P, Lucot JP, Chauvet MP, Puech F. Grossesses multiples. Etude anatomo-clinique et prise en charge. *En-cycl Med Chir, Gynécologie-Obstétrique*, 5-030-A-16, 2000,20p.
- 2- Grossesses multiples à la Maternité de Befelatanana Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar): à propos de 143 cas. *Arch Inst Pateur Madagascar* 1999; 65: 103-6.
- 3- Gessesew A. Twin deliveries in zonal hospital: ten years retrospective study. *Ethiop Med J* 2007; 45: 55-9.
- 4- Mabiala-Babela JR, Ntsila KR, Makoumbou P, Mbemba-Moutounou GM, Malonga DA, Boutete FR, et al. Les naissances multiples à Brazzaville: à propos de 410 cas. *J Pediatr Puéric* 2007; 20: 118-22.
- 5- Gérardin P, Boumahni, Choker G, Carbonnier M, Gabrièle M, Heisert M, et al. Grossesses gémellaires dans le sud de l'île de la Réunion. Etude transversale sur 3 ans des facteurs de risque et des complications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35: 804-12.
- 6- Armson BA, O'Connell C, Persad V, Joseph KS, Young DC, Baskett TF. Determinants of perinatal mortality and serious neonatal morbidity in the second twin. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 556-64.
- 7- Abu-Heija AT, Ziadeh S, Abukteish F, Obeidat A. Retrospective of outcome vaginal and abdominal delivery in twin pregnancy in which twin 1 is presenting by the breech. *Arch Gynecol Obstet* 1998; 261: 71-9.
- 8- Bats AS, Marie V, Senthiles L, Cabrol D, Goffinet F. First breech twin pregnancy: can we still accept a vaginal delivery? Comparative study of perinatal outcome with attempt of vaginal delivery versus planned cesarean: 166 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35: 584-93.
- 9- Senthiles L, Goffinet F, Talbot A, Diguët A, Verspyck E, Cabrol D, et al. Attempted vaginal versus planned cesarean delivery in 195 breech first twin pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86: 55-60.
- 10- Edris F, Oppenheimer L, Yang Q, Wen SW, Fung Kee Fung K, Walker M. Relationship between intertwin delivery interval and metabolic acidosis in the second twin. *Am J Perinatol* 2006; 23: 481-5.
- 11- Schmitz T, Carnavalet Cde C, Azria E, Lopez E, Cabrol D, Goffinet F. Neonatal outcomes of twin pregnancy according to the planned mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 695-703.