

Prise en charge des grossesses multiples à la Maternité de Befelatanana Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar) : à propos de 143 cas

Andriamady RCL, Rasoarinalona AR, Ranjalahy RJ (1)

RESUME : Une Grossesse Multiple (GM) pose le plus souvent des problèmes notamment lors de l'accouchement. Les GM sont à l'origine d'un nombre important de prématurés et sources d'hypertension artérielle gravidique. Une étude rétrospective menée pendant l'année 1998 à la Maternité de Befelatanana a eu pour objectif d'évaluer la fréquence des GM, d'identifier les facteurs favorisant les plus importants, de mieux cerner les problèmes rencontrés au cours de la prise en charge et d'apprécier la qualité de celle-ci. Toutes les femmes en travail porteuses d'une GM ont été incluses dans l'étude. Elles ont été au nombre de 143 réparties en 142 grossesses gémellaires et une grossesse triple. La grossesse gémellaire était récidivante dans 2% des cas. L'âge moyen a été de 26 ans. Les primipares ont représenté 48% des GM. Les facteurs favorisant ont été une mauvaise surveillance de la grossesse. On note dans les antécédents un avortement, une prise de contraceptifs hormonaux, un accouchement précoce, une toxémie gravidique, un utérus cicatriciel et une grossesse extra-utérine. La présentation du siège chez le premier fœtus a été observée dans 6,3% des cas, la présentation transversale dans 2% des cas. Une dystocie dynamique a été notée dans 40% des cas, une souffrance fœtale aiguë dans 26% des cas, une température supérieure ou égale à 38°5C dans 27% des cas, une hypertension artérielle chez 23% des cas dont certains dans un état de pré-éclampsie ou d'éclampsie. L'accouchement a été naturel dans 66% des cas principalement chez les premiers jumeaux. Quelle que soit la présentation, la version par manœuvres internes (VMI) avec grande extraction du siège (GES) a été pratiquée sur le deuxième jumeau dans 63% des cas. L'indication de la césarienne a concerné 18,2% des femmes. 11 décès maternels sont à déplorer. Le taux de mortalité périnatale a été de 35,7%. La plus grave cause de mortalité et de morbidité reste l'infection néonatale. La prévention des complications des GM passe par l'amélioration des conditions de vie des jeunes filles et des femmes en âge de procréer. Elle exige aussi des prestations de qualité en consultation prénatale et au cours de l'accouchement. L'éducation sanitaire doit être focalisée sur l'importance d'une surveillance rigoureuse de la grossesse, sur le renforcement des soins inter-généraliques, grâce à la promotion de la planification familiale.

Mots-clés : Grossesse - Complication - Grossesse multiple - Infection - Epidémiologie - Prévention - MADAGASCAR.

ABSTRACT : "Management of multiple pregnancies at the Maternity Hospital of Befelatanana, Antananarivo : report of 143 cases" : Multiple pregnancies (MP) outcomes are often complicated. They deliver premature infants and provoke high blood pressure. A retrospective study was carried out in 1998 at the Maternity Hospital of Befelatanana, Antananarivo in order to assess MP frequency and to specify the most important favouring factors and difficulties during labor and the quality of the labor management. All pregnant women with a MP were included in this survey. 143 MP were registered : 142 twin pregnancies and 1 triplet pregnancy. 2.0 per cent of cases were recurrent MP. The average age of pregnant women was 26 years old. Among these 143 MP, 48.0 per cent were primiparas. Poor quality of prenatal visits is frequently encountered. As antecedents there are abortion, hormonal contraceptive taking, preterm delivery, gravidic toxemia, cicatricial uterus, ectopic pregnancy. 6.3 per cent of the first twin had breech presentation, 2.0 per cent transversal labor presentation. As events during labor 40.0 per cent dynamic dystocia, 26.0 per cent acute fetal suffering, 27.0 per cent hyperthermia, 23.0 per cent high blood pressure, some of them as eclampsia or pre-eclampsia were noted. 60.0 per cent of the first twin delivery were easy. Whatever his labor presentation, version by internal manipulations following by breech extraction was performed on the second twin (67.0 per cent of cases). 18.2 per cent of parturient women had cesarean section. 11 maternal deaths were noted. Infant perinatal mortality rate was of 35.7 per cent. Infant morbidity and mortality are essentially due to infections. The authors conclude that complications prevention will be obtained by improvement of standard of living of all female able to procreate. It needs also correct cares at prenatal visits and during labor. Health education must be focalized on strict and correct surveillance of pregnancies and intergenerational periods by the reinforcement of family planning.

Key-words : Pregnancy - Complication - Multiple pregnancy - Infection - Epidemiology - Prevention - MADAGASCAR.

INTRODUCTION

Une Grossesse Multiple (GM) est définie par la présence concomitante de deux ou plus de deux fœtus se développant dans un même utérus. Plusieurs études ont été consacrées aux problèmes liés aux GM, notamment lors de l'accouchement et les complications qui peuvent en découler. Si aujourd'hui les GM sont rares dans les pays développés, hormis dans les cas de fécondations *in vitro*, elles sont plus fréquentes à Madagascar. Elles sont à l'origine d'un nombre important de prématurés et sources d'hypertension artérielle gravidique dont les complications materno-fœtales sont généralement lourdes de conséquences. Afin d'évaluer la fréquence des GM, d'identifier les facteurs favorisant les plus importants, de mieux cerner les problèmes rencontrés au cours de la prise en charge et d'apprécier la qualité de celle-ci, nous avons réalisé une étude rétrospective sur 12 mois à la Maternité de Befelatanana.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 1998. Elle a eu pour cadre la Maternité de Befelatanana du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo, centre de référence en matière de santé maternelle. Toutes les femmes en travail porteuses d'une GM ont été incluses dans l'étude. Chaque femme et chaque enfant ont fait l'objet d'une collecte de données à partir des dossiers médicaux, des registres d'accouchement, des protocoles opératoires et des notifications de décès. Les informations ont été recueillies sur des fiches standardisées : une pour la mère et une pour chaque enfant. Pour les mères, ces informations concernaient le profil socio-démographique : âge, lieu de résidence, lieu d'évacuation, niveau socio-culturel, situation économique. Étaient recueillis également : la date et l'heure de l'évacuation, de l'entrée à la maternité, ainsi que le mode d'admission, les antécédents gynéco-obstétricaux et médicaux (parité, nombre d'avortements ou d'accouchements prématurés lors des précédentes grossesses, nombre d'enfants morts en *intra partum*, notion de cicatrice utérine ou de maladie vasculo-rénale ou cardio-respiratoire), les indications sur la grossesse en cours (qualité des consultations prénatales - CPN), les maladies survenues en cours de grossesse et les traitements reçus, les précisions sur le travail (date et heure de début, déroulement, traitements reçus, état de la mère et des enfants à l'admission, délai entre l'arri-

vée et l'heure de la prise en charge effective). Enfin, nous avons enregistré dans ces fiches : le traitement reçu au sein du service, l'état de santé de la mère et des enfants, à la naissance et à la sortie. En cas de décès, l'heure, la date et le diagnostic étaient précisés.

RESULTATS

Sur 8 386 accouchements réalisés en 1998, 143 GM, réparties en 142 grossesses gémellaires et une grossesse triple, ont été recensées, soit une incidence annuelle de 1,7%.

L'âge moyen a été de 26 ans 6 mois (extrêmes : 16-42 ans). Les femmes de moins de 20 ans ont représenté 27% de l'échantillon (Tableau I). 72% étaient des femmes mariées. Un peu plus de la moitié (54%) venaient des districts situés dans un rayon de 150 Km autour d'Antananarivo alors que les autres venaient de la capitale ou de sa périphérie immédiate. 69% ont été évacuées de centres hospitaliers publics ruraux ou de formations sanitaires environnantes.

Tableau I : Fréquence des grossesses multiples (GM) selon l'âge

Tranches d'âge (ans)	Grossesses uniques (%)	Grossesses multiples (%)	Fréquences GM (%)
16-19	1 237 (15,0)	38 (26,6)	3,0
20-24	1 957 (23,7)	25 (17,5)	1,3
25-29	2 365 (28,7)	33 (23,0)	1,4
30-34	1 768 (21,4)	27 (18,9)	1,5
≥ 35	919 (11,2)	20 (4,0)	2,1
Total	8 243 (100)	143 (100)	1,7

Dans 73% des cas, ces patientes étaient issues de ménage à faible revenu, inférieur à 250 US\$ par an et *per capita*. 25% étaient des cadres moyens et 2% avaient un niveau de vie élevé. Les 2/3 de ces femmes étaient illettrées ou avaient à peine fréquenté les classes d'enseignement primaire.

La parité moyenne a été de 3 (maximum 12). Les primipares ont représenté 48% des GM (Tableau II).

Concernant les antécédents obstétricaux, 17% des femmes ont eu au moins un avortement antérieur. Dans 15% des cas, elles étaient sous contraceptifs hormonaux pendant une période de 6 à 18 mois. Dans 8% des cas, elles ont eu un antécédent d'accouchement précoce ou de mort-né. La toxémie gravidique, lors d'une grossesse précédente, a été signalée par 9% des femmes. Un utérus cicatriciel a été constaté dans 5,3% des cas. La grossesse gémellaire était récidivante dans 2% des cas. 1,6% des femmes ont eu une grossesse extra-utérine (GEU).

Tableau II : Fréquence des grossesses multiples (GM) selon la parité

Parité	Grossesses uniques (%)	Grossesses multiples (%)	Fréquences GM (%)
Primipares	4 494 (54,5)	68 (47,6)	1,5
Pares 2 et 3	1 812 (22,0)	33 (23,1)	1,8
Pares 4 et 5	1 486 (18,0)	28 (19,6)	1,8
Pares 6 et plus	451 (5,5)	14 (9,8)	3,0

70% ont bénéficié d'une surveillance prénatale, les autres ont été suivies d'une manière irrégulière ou tardivement, seulement à partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée. 36% ont bénéficié d'au moins une échographie obstétricale. Au total, le diagnostic de GM n'a été porté avant le travail que dans 25% des cas. Au cours de ce suivi prénatal, seulement 51% des femmes ont bénéficié d'une sérologie syphilitique, qui était positive pour 30% d'entre elles. 43% des femmes se sont plaintes d'infections urogénitales durant leur grossesse. Un germe a pu être isolé dans 29% des prélèvements. Près de la moitié des patients n'ont pu faire réaliser d'examen bactériologique. Elles ont alors été traitées selon une approche syndromique.

L'examen clinique à l'entrée a révélé une anémie chez 44% des femmes. Un accouchement précoce a été signalé dans 77% des cas. L'œuf était ouvert dans 32% des cas. L'ancienneté de l'ouverture a varié de 3 à 58 heures. Dans 27% des cas, nous avons observé une température supérieure ou égale à 38°C. Une hypertension artérielle était présente chez 23% des femmes, dont 13% dans un état de pré-éclampsie ou d'éclampsie. La présentation du siège chez le premier fœtus a été observée dans 6,3% des cas, la présentation transversale dans 2%. Nous avons constaté une dystocie dynamique dans 40% des cas, une souffrance fœtale aiguë dans 26% des cas, et un utérus cicatriciel dans 5,3% des cas, dont 1 cas par suite de rupture utérine.

La grande majorité des femmes (71%) ont été admises alors qu'elles étaient déjà en travail dont 9,4% en phase d'expulsion. Chez les primipares, la durée moyenne du travail a été de 16h 45 mn (extrêmes : 13-19 heures). Elle a été de 13h 45 mn chez les paucipares, et a été très longue : plus de 17 heures, chez les grandes multipares.

L'accouchement a été naturel dans 66% des cas principalement chez les premiers jumeaux, avec présentation du sommet dans 70% des cas, et présentation du siège dans 30%. Quelle que soit la présentation, la version par manœuvres internes (VMI) avec grande extraction du siège (GES) a été pratiquée sur le 2^{ème} jumeau dans 63% des cas.

L'indication de la césarienne a concerné 18,2% des femmes. Il s'agissait de gros fœtus en présentation du siège (25%), de procidence du cordon

(21,4%), de présentation transversale (14,3%), de rétention du deuxième jumeau (14,3%) et d'utérus cicatriciel (10,7%). Une hystérectomie a été nécessaire dans 3,5% des GM : soit pour hémorragies (60%), soit par suite de rupture utérine (40%).

Nous avons eu à déplorer 11 décès maternels, soit 7,7% des GM. Ces décès ont représenté 13,6% des décès maternels enregistrés au cours de la période étudiée. La mortalité maternelle chez les accouchées à grossesse unique était de 0,85%.

Dans l'immense majorité des cas (84%), les dossiers ont fait état d'une grossesse monochoriale biamniotique. Dans 12% des cas, il s'agissait d'une grossesse bichoriale biamniotique. Dans 4% des cas, l'information n'a pas été précisée. L'étude des anastomoses placentaires n'a pas été réalisée.

77% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à la première minute. A la 5^{ème} minute, à peine 38% avaient un Apgar supérieur ou égal à 7. 72% des nouveau-nés pesaient moins de 2 000 g à la naissance. Nous avons enregistré 60 décès après la naissance et 41 mort-nés, soit un taux de mortalité périnatale de 35,7% pour les GM, représentant 13,4% de la mortalité périnatale globale. Dans 73% des cas, les enfants décédés étaient de grands prématurés. Les principales causes de décès étaient les infections (63%) associées à une détresse respiratoire et hémorragiques (29%). 8% des décès concernaient des enfants avec malformations.

DISCUSSION

La fréquence des GM que nous avons enregistrée a été légèrement supérieure à celle rapportée par d'autres auteurs. La GM apparaît comme une des causes principales d'accouchement prématuré [1]. L'examen clinique des nouveau-nés à la naissance a permis de faire la part entre prématurité (85%) et hypotrophie (15%).

Dans 8,5% des cas, l'un des fœtus est mort *in utero*. Cette fréquence est relativement élevée par rapport à celle des autres auteurs [2]. Le pourcentage des scores d'Apgar bas, inférieur à 7, augmente en fonction du rang de naissance dans les accouchements par voie basse [3,4]. Cela peut être dû aux manœuvres d'extraction réalisées sur un enfant prématuré et hypotrophique. Dans la césarienne, on ne trouve pas de différence de devenir en terme de morbidité et de mortalité néonatales en fonction du rang de naissance et cela rejoint les chiffres de notre série. Nous avons trouvé, comme *Gabilan* [5], que les principales causes de décès sont les détresses respiratoires et la prématurité. Mais dans notre contexte, la plus grave cause de mortalité et de morbidité reste l'infection néonatale. Cela est dû à

la défaillance de la prise en charge des infections urogénitales au cours de la grossesse et des infections au cours du travail, engendrées par l'ancienneté de l'ouverture de l'œuf et le non respect des règles d'asepsie.

Le pronostic est encore aggravé par la présence de certains facteurs, notamment : l'hypertension artérielle, une présentation dystocique, un placenta praevia, une rupture prématurée des membranes et la prématurité.

CONCLUSION

Les grossesses multiples entraînent dans notre pays, de forts taux de morbidité et de mortalité materno-fœtales. Les problèmes majeurs qui se posent sont l'infection, l'anémie, la grande prématurité et les pathologies qui en résultent. La prévention de la prématurité est donc une priorité. Elle passe par l'amélioration des conditions de vie des jeunes filles et des femmes en âge de procréer. Elle exige aussi des prestations de qualité en consultation prénatale et au cours de l'accouchement. L'éducation sanitaire doit être focalisée sur l'importance d'une surveillance rigoureuse de la grossesse, sur le renforcement des soins inter-généraliques, grâce à la promotion de la planification familiale. Elle doit insister sur les complications des grossesses multiples non dépistées et sur la majoration des pathologies chez les adolescentes, chez les femmes

âgées de plus de 35 ans et chez les multipares.

Enfin, l'indication de la césarienne doit être élargie aux grossesses gémellaires d'âge gestationnel inférieur à 34 semaines.

Mais en premier chef, l'acquisition d'une compétence technique en obstétrique, grâce à des formations spécialisées, est un atout pour réduire la morbidité et la mortalité materno-fœtale.

REFERENCES

- 1- **Pons JC, Soares F, Duyme M, Pourade A, Vial M, Papiernik E, Frydman R.** Prévention de la prématurité au cours du suivi de 842 grossesses gémellaires consécutives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; **27** : 319-328.
- 2- **Tordjeman N, Dufour Ph, Vinatier D, Mathieu E, Dusquenoy Ch, Obegi Ch, Monnier JC, Puech F.** Mort fœtale *in utero* dans les grossesses multiples au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres. A propos de 21 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; **25** : 594-601.
- 3- **Charasson J, Lenoir S, Pessonnier A, Fournie A.** Devenir à court terme des enfants issus de grossesses triples. A propos d'une série de 45 grossesses. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; **26** : 169-174.
- 4- **Wildschut HJJ, Van Roosmalen J, Leeuwen E, Keirse MJNC.** Planned abdominal compared with planned vaginal birth in triplet pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol* 1995 ; **102** : 292-6.
- 5- **Gabilan JC, Papiernik E, Imbert MC.** Mort *in utero* d'un jumeau : le jumeau survivant. In : Papiernik, Berkhauser E, Pons JC, eds. Les grossesses multiples. Paris : Doin, 1991: 167-171.