

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان

Université Aboubakr Belkaïd – Tlemcen –
Faculté de Médecine



MEMOIRE

Présenté pour l'obtention du **diplôme en Médecine**

En : Médecine

Spécialité : Gynéco-obstétrique

Par : Benabdelkader Maghnia
Hasnaoui Nadjia
Benahmed Imen

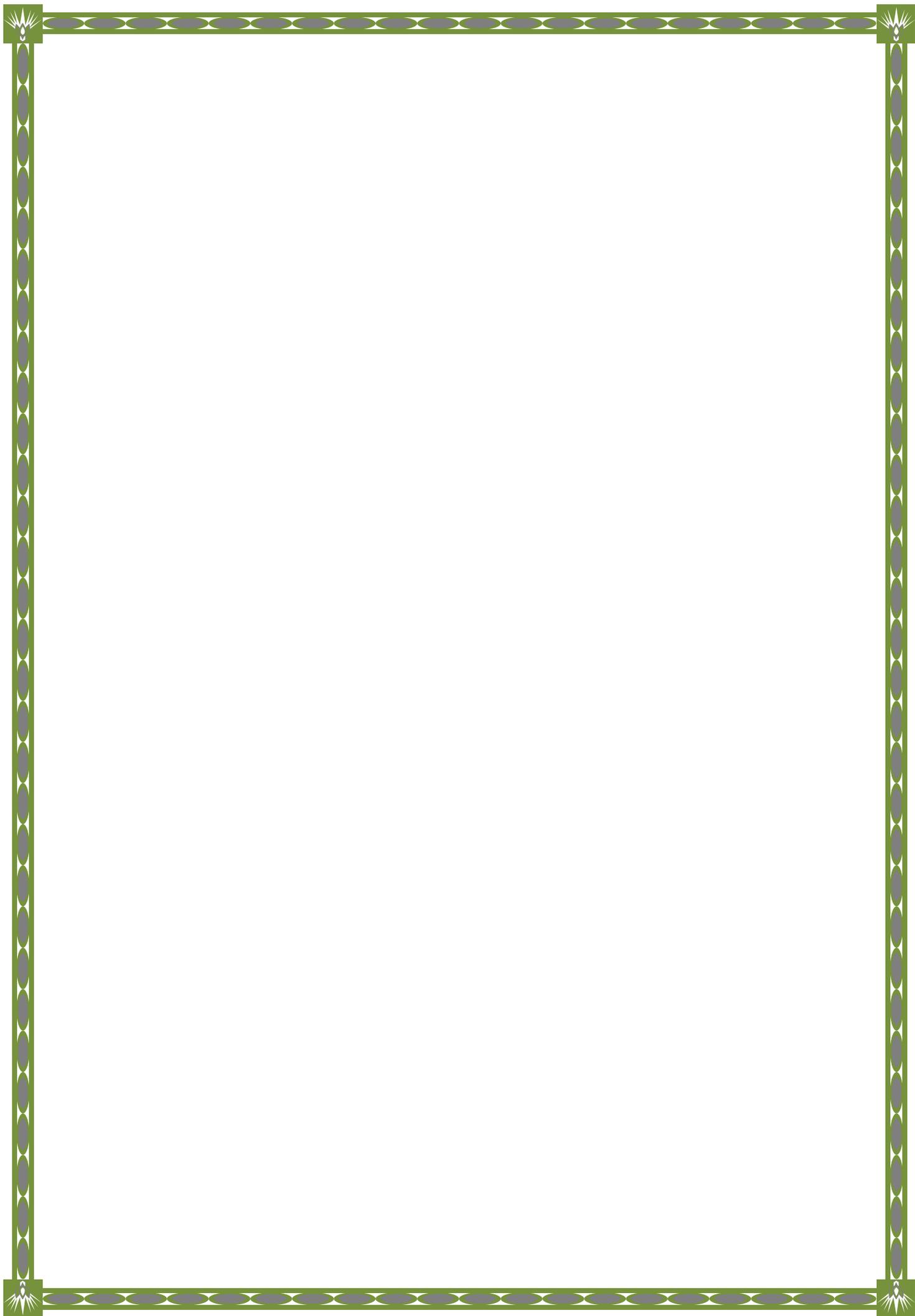
Sujet

Grossesse Gémellaire

Encadré par :

M. Pr. Belarbi Professeur en gynéco- obstétrique Maitre-Assistant Univ. Tlemcen

Mme. Dr Bensafia Professeur en gynéco- obstétrique Maitre-Assistante Univ. Tlemcen



Résumé :

La grossesse gémellaire est une grossesse à risque élevé, en raison de la survenue de nombreuses complications. Dans le présent travail, une étude statistique est menée de 1 janvier 2017 au 31 Décembre 2017 sur 164 cas d'accouchement gémellaire constaté sur un nombre global de 17010 accouchements soit une fréquence de 0,88%. 60% des grossesses gémellaires est survenu chez les femmes âgées de 30 à 40. La fréquence des grossesses gémellaires est augmentée avec la parité soit une fréquence de 60% chez la multipare par contre 31,7% chez la primipare et 14,04% chez la grande multipare. La complication la plus fréquente de grossesse gémellaire est la menace d'accouchement prématuré avec une fréquence 34% suivi de la rupture prématurée des membranes HTA gravidique et diabète gestationnel. La prématurité est significativement associée à la grossesse gémellaire avec une fréquence de 34,7%. La césarienne est significativement fréquente au cours de la grossesse gémellaire s'explique par la fréquence élevée des présentations dystociques et l'existence des facteurs de risque maternel tel que l'utérus cicatriciel. La grossesse gémellaire nécessite une prise en charge et un suivi rigoureux afin d'améliorer le pronostic maternel et fœtal par le diagnostic échographique précoce et le suivi de la grossesse chez un spécialiste.

Abstract :

Twin pregnancy is a high risk pregnancy, due to the occurrence of many complications. In this work, a statistical study is conducted from January 1, 2017 to December 31, 2017 on 164 cases of twin birth observed on an overall number of 17010 deliveries or a frequency of 0.88%. 60% of twin pregnancies occurred in women aged 30 to 40. The frequency of twin pregnancies is increased with the parity being a frequency of 60% in the multipar versus 31.7% in the primiparous and 14.04% in the large multiparous. The most common complication of twin pregnancy is the threat of preterm labor with a frequency of 34% followed by premature rupture of HTA gravidarum membranes and gestational diabetes. Prematurity is significantly associated with twin pregnancy with a frequency of 34.7%. Caesarean section is significantly common during twin pregnancy due to the high frequency of dystocic presentations and the existence of maternal risk factors such as the uterine scar.

Twin pregnancy requires careful management and monitoring to improve the maternal and fetal prognosis by early ultrasound diagnosis and pregnancy monitoring in a specialist.

Sommaire

- I. Introduction
- II. Définition
- III. Zigocité et chorionicité
- IV. Facteurs Etiologiques
- V. Diagnostic de Grossesse gémellaire
- VI. Adaptation Maternelle pendant la grossesse gémellaire
- VII. Complication de Grossesse gémellaire
- VIII. Accouchement d'une Grossesse gémellaire
- IX. Diagnostic Différentiel
- X. Prise en charge médicale de Grossesse gémellaire
- XI . Pronostic Materno-fœtale de Grossesse gémellaire

Etude Epidiomologique

- I. Introduction
- II. Matériels et Méthodes
- III. Résultats et Discussion
- IV. Conclusion et Recommandations
- V. Résumé
- VI. Bibliographies

Table des matières

I. Introduction	01
II. Définition	01
III. Zigosité et chorionicité	02
1-Grossesse gémellaire dizygote	02
1. Nidation et Placentation	02
2. Fréquence et Epidimiologie	03
3. Superfoetation et Superfécondation	03
2-Grossesse gémellaire monozygote	04
1. Mécanisme et Fécondation	04
2. Fréquence et Epidiomiologie	04
3. Nidation et Placentation	05
a* Grossesse monozygote bi-choriale bi-amniotique	05
b* Grossesse monozygote mono-choriale bi-amniotique	05
c* Grossesse monozygote mono-amniotique	05
IV. Facteurs Etiologiques	06
1. Facteurs hormonaux	06
* Hormones hypophysaire	07
* Inducteurs de l'ovulation	07
* Surmaturité ovocytaire	07
2. Age	07
3. L'Alimentation	07
4. Parité	08
5. Luminosité	08
6. Origines ethniques	08
V. Diagnostic de Grossesse gémellaire	08
1- Diagnostic positif	08
1.1. Examen clinique	08
1.1.1. Interrogatoire	08
1.1.2. Signes physiques	09
1.2. Examens Complémentaires	11
1.2 .1. Dosage hormonaux	11
1.2.3. Echographie	11
VI. Adaptation Maternelle pendant la grossesse gémellaire	16
1- Adaptation métabolique	16
2- Adaptation du système cardiovasculaire et pulmonaire	16
3- Adaptation du système rénal	17
4- Adaptation de l'utérus	17
VII. Complication de Grossesse gémellaire	17
1- Spécifique	17
2- Non spécifique	20
VIII. Accouchement d'une Grossesse gémellaire	24
1- Conduite de l'accouchement de Grossesse gémellaire	21
2- Complication de l'accouchement de Grossesse gémellaire	26
1.1. Spécifique	27
1.2. Non spécifique	27
3- Césarienne prophylactique	28
IX. Diagnostic Différentiel	28
X. Prise en charge médicale de Grossesse gémellaire	29

XI . Pronostic Materno-fœtale de Grossesse gémellaire	29
1.1. Pronostic fœtal	29
1.2. Pronostic maternel	30
Etude Epidiomologique	31
I. Introduction	32
II. Matériels et Méthodes	32
1- Lieu d'étude	32
2- Type d'étude	32
3- Population étudiée	32
4- Exploitation des données	32
5- Variables étudiées	33
6- Analyses des données	33
III. Résultats et Discussion	34
IV. Conclusion et Recommandations	40
V. Résumé	42
VI. Bibliographies	43

Liste des figures

<i>Figure 01 : exemple gémellaire</i>	02
<i>Figure 02 : Grossesse dizygote</i>	03
<i>Figure 03 : Jumeaux dizygotes</i>	04
<i>Figure 04 : les monozygotes et dizygotes</i>	06
<i>Figure 05 : pourcentage des prévalences</i>	35
<i>Figure 06 : le pourcentage des parités</i>	37
<i>Figure 07 : pourcentage des principales complications</i>	37
<i>Figure 08 : Le nombre des prématurités dans la grossesse gémellaire</i>	38
<i>Figure 09 le nombre des d'accouchement</i>	39

Liste des tableaux

<i>Tableau 01 : Les chorionicites</i>	13
<i>Tableau 02 : Les types des signes</i>	16
<i>Tableau 03 : répartition annuelle de grossesse gémellaire</i>	34
<i>Tableau 04 : Pourcentage des prévalences selon l'Age maternelle</i>	34
<i>Tableau 05 : type de grossesse selon la tranche d'âge</i>	35
<i>Tableau 06 : grossesse gémellaire et parité</i>	37
<i>Le tableau 07 : la fréquence des principales complications dans la grossesse gémellaire</i>	37
<i>Tableau 08 : la fréquence de la prématurité Dans la grossesse gémellaire.</i>	38
<i>Tableau 09 : la répartition des parturientes selon le mode d'accouchement</i>	39

I. Introduction

La grossesse gémellaire est une exception dans l'espèce humaine où chaque gestation comporte en principe un seul fœtus. Relativement rare, elle a tendance à devenir actuellement de plus en plus fréquente du fait des nouvelles techniques de traitement de la stérilité avec le recours à la procréation médicalement assistée largement utilisée dans les pays développés, on note une nette augmentation depuis la venue des fécondations in vitro 20 à 25 % des grossesses après FIV, augmentant ainsi l'incidence des conceptions multiples et partant des grossesses gémellaires.

La fréquence de survenue des grossesses gémellaires spontanées dans l'espèce humaine est d'environ 1% selon la plupart des auteurs. Toute fois celle-ci varie selon les continents : 0,65% en Asie ; 1,14% en Europe et 2,2% en Afrique. Selon une étude menée au Québec (Canada) par PISON en 2000, près de la moitié des jumeaux naissent en Afrique . La fréquence de la grossesse gémellaire a été estimée à 2,09% dans une étude faite à Fès (au Maroc) et à 9,8‰ à Benghazi en Libye.

« La grossesse gémellaire est par excellence une grossesse à risque élevé » . Les complications obstétricales, les morbidités et mortalités à la fois maternelles et périnatales sont plus élevées dans les grossesses gémellaires que dans les grossesses monofoetales . Une prise en charge adéquate par le dépistage précoce, le suivi rigoureux et l'accouchement dans des structures spécialisées sont alors impératifs. Les conduites à tenir pour améliorer le pronostic de la grossesse et de l'accouchement gémellaire sont parfois loin de faire l'unanimité.

II. Définition

La grossesse gémellaire se définit comme étant une gestation au cours de laquelle la femme enceinte porte deux embryons « jumeaux ». partant de ce préambule commun il faut alors distinguer les jumeaux monozygotes qui ont le même patrimoine héréditaire des jumeaux dizygotes qui ont un patrimoine héréditaire différent.

III. La zigosité et la chorionicité

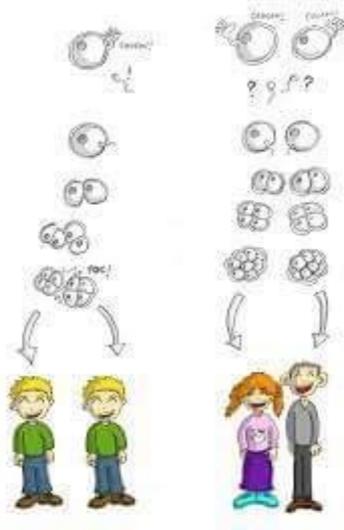


Figure 01 : exemple gémellaire

La grossesse gémellaire dizygote

Ces jumeaux résultent de deux ovules fécondés par deux spermatozoïdes distincts. Les deux zygotes ont une constitution génétique totalement différente et les deux jumeaux n'ont pas plus de ressemblance que des frères ou des sœurs d'âges différents. Ils peuvent être de même sexe ou de sexes différents.

1. Nidation et placentation

Dans la grossesse gémellaire dizygote Chaque zygote s'implante individuellement dans l'utérus et y développe son propre amnios et son propre chorion, ils sont dits bi choriaux bi amniotique. Il existe deux placentas séparés par une zone membraneuse plus ou moins étendue ; Cette zone est composée de quatre membranes : deux amnios et deux chorions. Parfois les deux placentas sont situés au contact l'un de l'autre et peuvent apparaître comme un seul placenta mais en comptant les membranes on se rend compte qu'elles sont au nombre de quatre. Le fait que les 9 placentas soient côte à côte on peut avoir un échange entre les fœtus qui permet dans certains cas de faire des greffes d'organes sans rejet. Les cordons s'insèrent en un point quelconque de chaque surface placentaire.

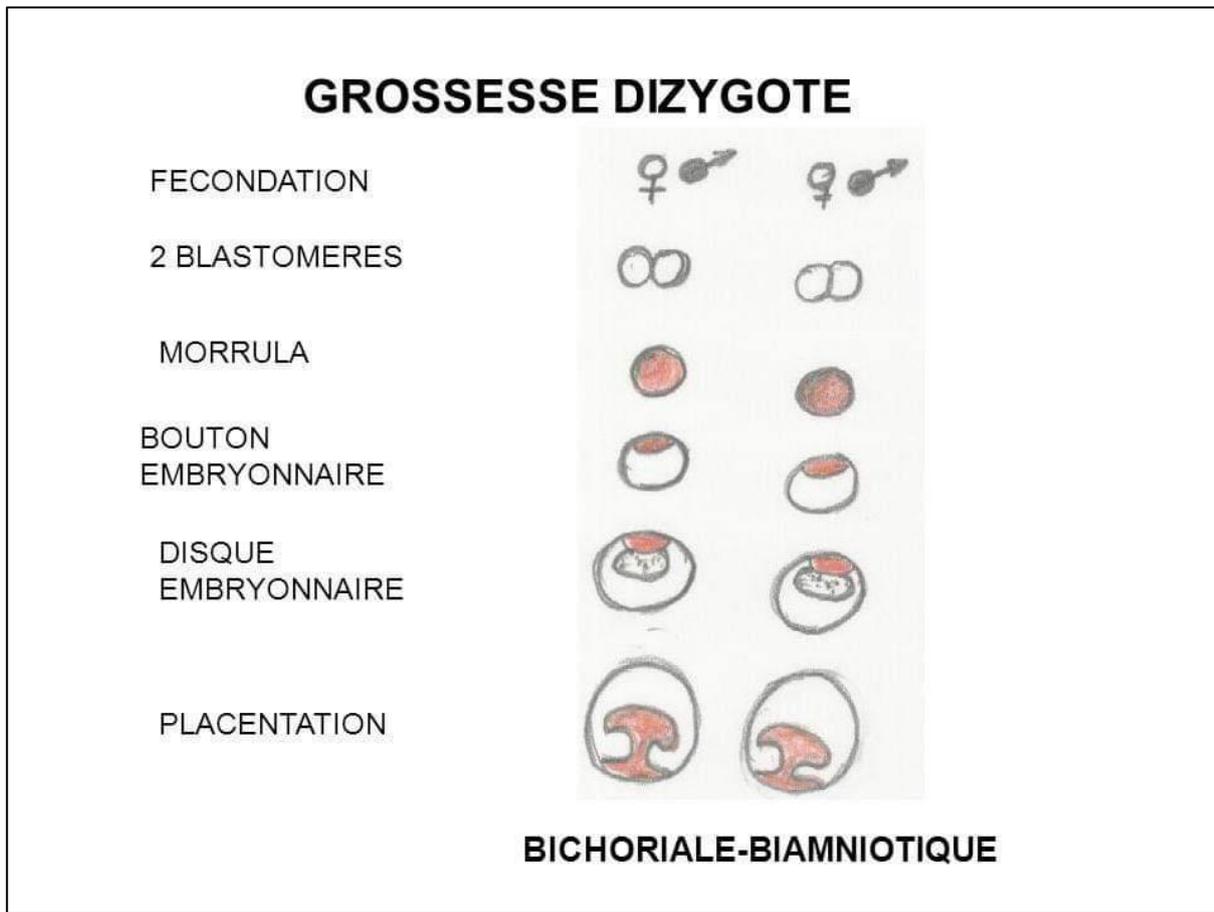


Figure 02 : Grossesse dizygote

2. Frequence et epidimiologie

Les jumeaux dizygotes constituent la variété la plus fréquente des jumeaux. Cette fréquence est liée à plusieurs facteurs entre autres :

- L'hérédité : Il existe des familles de grossesses multiples.
- La parité : La fréquence des grossesses multiples augmente avec la parité de la femme.
- L'âge : il est compris entre 35 et 40 ans.

Aussi l'utilisation de gonadotrophines pour la stimulation ovarienne à des fins thérapeutiques va entraîner la maturation de plusieurs ovules qui seront fécondés, cela grâce à une augmentation du taux de FSH de base sanguin.

D'autres façons de conception des jumeaux dizygotes sont :

La superfétation :

- C'est l'implantation d'une nouvelle grossesse dans un utérus qui contient déjà une grossesse en développement. Ce type de grossesse est déjà connue chez certains mammifères.

La superfécondation :

- C'est la fécondation de deux ovules à peu près en même temps (dans le même cycle menstruel) par des spermatozoïdes provenant de deux mâles différents. Dans ce cas les faux jumeaux ont deux pères différents.
- Dans la définition de superfécondation certains auteurs incluent également les grossesses gémellaires issues de la fécondation deux ovules, avec le même partenaire, mais à deux périodes différentes du même cycle menstruel ; cela aboutit au développement de deux jumeaux avec des éléments morphologiques et biométriques différents (décalage dépendant de la durée écoulée entre les deux fécondations).

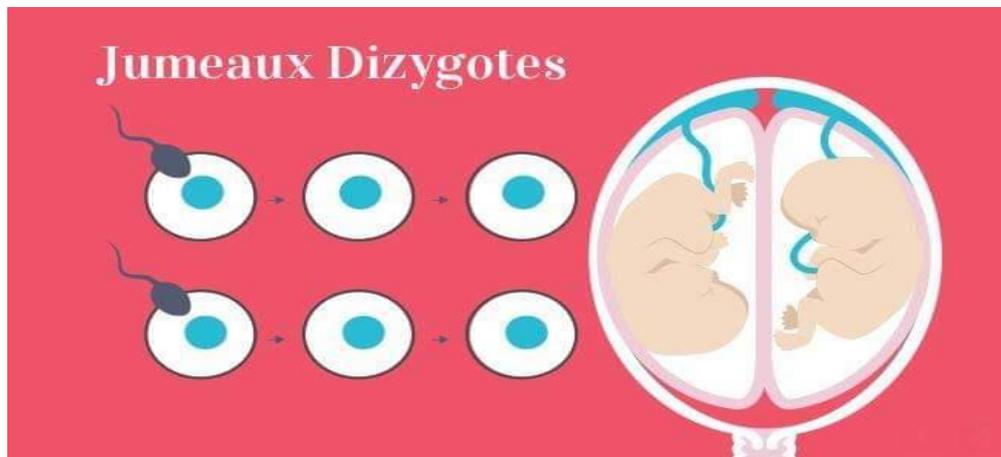


Figure 03 : Jumeaux dizygotes

La grossesse monozygote

1. Mécanisme et fécondation

C'est une grossesse qui survient à la suite de la fécondation d'un ovule par un seul spermatozoïde. Un seul œuf se clive plus ou moins précocement donnant naissance à deux ou plusieurs êtres identiques jusqu'au psychisme (polyembryonie).

Fréquence et épidémiologie

Cette variété représente 30 % des grossesses gémellaires. Il n'y a pas de variations avec l'origine ethnique ni avec la parité. Par contre, l'âge maternel évolue parallèlement à la fréquence (3/1000 à 25 ans contre 4,5/1000 après 40 ans).

Le nombre de grossesses monozygotes serait plus élevé après fécondation in vitro, l'hérédité semble nul dans la genèse de la monozygotie. Les principaux facteurs favorisant évoqués sont : les cycles prolongés avec retard à l'ovulation la fécondation

tardive, le vieillissement post ovulatoire. Ces différents facteurs seraient responsables d'ovopathie par surmaturité et favoriseraient la séparation de l'œuf embryonné, mais aussi la survenue d'anomalies chromosomiques et d'avortements.

2. Nidation et placentation

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 dans les 14 premiers jours qui suivent la fécondation on distingue

- **La grossesse monozygote bichoriale biamniotique :**

Ce fait 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 di choriaux et di amniotiques. Les placentas sont distincts, ils peuvent être rapprochés ou éloignés l'un de l'autre.

- **La grossesse monozygote monochoriale bi amniotique :**

Ce fait Au stade de Morula A ce stade l'œuf mesure 150µm de diamètre et présente à l'intérieur un amas cellulaire appelé bouton embryonnaire, à la périphérie on a une couche de cellules superficielles. La division de l'œuf se fait entre le 3ème et le 8ème jour de la conception . Cette division aboutit à la formation de plusieurs embryons avec un chorion, plusieurs amnios et plus tard un seul placenta.

- **La grossesse monochoraile mono amniotique :**

Cette division se fait vers la fin de la 2ème semaine du 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, monos amniotiques et ne sont séparés d'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 .

Plus tardivement On a la formation d'un monstre, ces fœtus sont soudés les uns aux autres et sont du domaine de la tératologie. 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». 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 pyopages : sont réunis par le sacrum (18%).
- les ischiopages : sont réunis par la région pelvienne (6%)
- les ompholophages et les craniophages.

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 quatre (4) membres supérieurs et quatre (4) membres inférieurs.

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. Il existe deux sortes :

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

Les anastomoses vasculaires profondes intéressent les petits vaisseaux terminaux des villosités et sont artérioveineuses. Les anastomoses artério-veineuses sont responsables de ce qu'on appelle le syndrome transfuseur transfusé. L'artère du 1er jumeau est en communication avec la veine du second et du fait des pressions de passage de sang s'effectue de l'un vers l'autre, le jumeau transfusé présente une biométrie souvent supérieure au 90ème percentile. Le risque est la mort du fœtus transfuseur. Cette mort peut entraîner des complications chez le jumeau survivant en particulier au niveau cérébral.



Figure 04 : les monozygotes et dizygotes

IV. Les facteurs étiologiques

1. Les facteurs hormonaux

- Les hormones hypophysaires Appelés gonadotrophines (FSH, 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 élevé, deux ou plusieurs ovules peuvent être libérés, ce qui engendre la grossesse multiple. NYLANDE cité par Vokaer R a démontré que les mères de jumeaux Yoruba présentent à mi cycle des taux sanguins de FSH significativement plus élevés que le reste de la population, et que le taux de LH reste inchangé. 6 Le taux de grossesses multiples 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 élevée.

- Inducteurs de l'ovulation
Les grossesses gémellaires sont fréquentes chez les femmes traitées pour infertilité (jusqu'à 20% population général) Qu'il s'agisse de stimulation hormonale pour avoir une surproduction d'ovules ou de fécondations in-vitro (FIV). Dans le cas de FIV, le risque de monozygotie n'est pas exclu puisque l'œuf peut également se diviser après avoir été replacé dans l'utérus.
- Surmaturité ovocytaire
Qui se voit en cas de cycle prolongé avec ovulation retardée ou avec une fécondation tardive et vieillissement post ovulaire.

2. Age :

Le risque de grossesse gémellaire s'accroît lorsque l'âge des mères augmente, passant de 0,86 % à 1,77 % lorsque l'âge passe de 25-29 ans à 35-39 ans (Couet et Tamby, 1995). L'enquête nationale périnatale de 1995 (tableau 3.VI) a montré que le taux de naissances gémellaires (enfants) est élevé pour les femmes de moins de 20 ans (3,7 %), qu'il est minimum entre 20 et 24 ans (2,1 %), et remonte ensuite à 3 % à partir de 35k2 ans. Une interprétation de l'augmentation des grossesses gémellaires, et plus généralement multiples, avec l'âge maternel, vient d'être donnée dans une étude récente (Lazar, 1996). Elle suggère que le nombre de follicules ovariens arrivant à maturation pourrait être fonction de la taille du stock de follicules, à un âge donné. Un facteur inhibiteur de la maturation pourrait être produit de façon proportionnelle à ce stock: lorsque la femme vieillit, le taux d'inhibiteur diminuerait, rendant possible la maturation de deux ovules, voire davantage.

3. L'alimentation

Les produits laitiers augmentent la concentration d'une hormone de croissance appelée IGF (*Insuline Like Growth Factor*), laquelle joue un rôle dans l'ovulation. Les femmes Africaines ont naturellement un taux élevé d'IGF. Il a été constaté que certains légumes (telles que les patates douces : les yams) contiennent une substance ressemblant aux

oestrogènes, hormones nécessaires à l'ovulation. Leur consommation en grande quantité par certaines femmes en Afrique, entraînerait aussi un taux élevé de grossesses gémellaires.

4. La parité

La parité est le nombre d'enfants qu'une femme a eu. Lorsqu'elle n'en a pas, on parle de nullipare, puis au fur et à mesure des accouchements, on parle de primipare (un enfant), deuxième pare (deux enfants), etc. Plus une femme a d'enfants, plus elle a de chances (ou de risques, selon l'angle où vous vous situez) d'avoir des jumeaux.

5. La luminosité

En théorie, il se pourrait que la lumière ait une influence sur une glande hormonale située dans le cerveau, laquelle entraînerait des ovulations multiples. C'est la raison avancée pour expliquer le nombre plus élevé de naissances gémellaires entre janvier et avril (donc une fécondation au cours des mois les plus lumineux). C'est aussi l'hypothèse en faveur des grossesses multiples dans les régions scandinaves, où le soleil de minuit (des étés aux très courtes nuits), pourrait induire une poly-ovulation.

6. Les origines ethniques

Les Asiatiques sont celles qui ont le moins de grossesses gémellaires : 3 pour 1000 naissances, contre 8 pour 1000 chez les Caucasiennes, et 16 pour 1000 chez les Africaines. Ceci est certainement dû au taux d'hormones, responsable d'une poly-ovulation et de la qualité de la nidation au niveau de l'utérus.

V – Diagnostic de la grossesse gémellaire

V-1 Diagnostic positif

V-1-1 Examen clinique

Le diagnostic de la gémellité doit être précoce afin d'optimiser la surveillance et de prévenir les complications foeto-maternelles.

V-1-1-1 Interrogatoire

L'interrogatoire recherche :

- Une notion familiale de grossesse multiple en occurrence la gémellité. Cette notion n'est pas toujours retrouvée. Néanmoins une mère jumelle a 50% de chance de porter une grossesse gémellaire.

- Les signes subjectifs tels que les signes sympathiques de la grossesse sont très accentués ; ceux sont :

- * un trouble du sommeil
 - * une asthénie progressivement marquée,
 - * des nausées et vomissements avec leur corollaire de déshydratation,
 - * un trouble du comportement à type d'irritabilité.
- la notion d'utilisation des inducteurs de l'ovulation
- l'arrêt récent de contraceptif après une prise prolongée
- les mouvements actifs des fœtus sont nombreux.

V-1-1-2 Les signes physiques :

• Inspection

- La glande mammaire augmente de volume, la pigmentation de l'aréole s'accroît. Les seins sont tendus et sensibles, traduisant l'imprégnation hormonale.
- Les phénomènes sécrétoires commencent dès le troisième mois, aboutissant à l'élaboration de colostrum.
- La pigmentation générale se modifie. Le mélasma ou chloasma est le masque de grossesse. Il apparaît sous la forme de taches sur le front et le visage, dans 70% des cas. Il disparaît après l'accouchement. Une ligne verticale brune apparaît sur l'abdomen.
- Le gonflement général atteint les doigts en fin de grossesse.
- Des vergetures se manifestent parfois.
- Des hémorroïdes se développent lorsque le terrain circulatoire est propice.
- La vulve se pigmente parfois, gonfle et laisse s'écouler des leucorrhées : sécrétions blanchâtres.
- L'abdomen est distendu, globuleux, saillant parfois étalé
- L'ombilic est déplié

- La peau est amincie et parcourue par de nombreuses vergetures et circulations veineuses collatérales,
- Des oedèmes des membres inférieurs peuvent remonter jusqu'à la région vulvaire. La région sus-pubienne est infiltrée et garde l'empreinte du stéthoscope obstétrical,
- Des varices des membres inférieurs peuvent intéresser la vulve et la région anale.

• Mensurations de la hauteur utérine et du périmètre ombilical Le signe principal attirant l'attention est l'excès de volume utérin par rapport à l'âge de la grossesse. Le constat de cette hauteur utérine non en rapport à l'âge gestationnel théorique est souvent discret au premier trimestre de la grossesse. Cette discordance devient patente lors des deux derniers trimestres de la grossesse gémellaire. C'est pourquoi toute hauteur utérine excessive doit faire penser à une grossesse multiple. Ainsi, au huitième mois, la hauteur utérine dépasse celle d'un utérus à terme (32 à 34 cm). A la fin de la gestation, elle peut atteindre 40 à 45 cm voire d'avantage. Le périmètre ombilical est important atteignant parfois 100 à 150 cm en fin de gestation.

• Palpation :

L'utérus peut être tendu, gênant l'exploration de son contenu, ou plutôt peut se laisser déprimer dans son ensemble. Le fond utérin est occupé par deux pôles situés à deux niveaux différents, séparés par une dépression. Un pôle céphalique se reconnaîtra par sa forme arrondie, dure, et régulière. Quand l'utérus est étalé transversalement, on peut percevoir dans les flancs un pôle qui ballote. On s'efforcera de préciser les présentations de deux fœtus et les positions des fœtus l'un par rapport à l'autre. Positions des fœtus l'un par rapport à l'autre Trois variétés peuvent s'observer : - La juxtaposition c'est à dire l'un des fœtus est à côté de l'autre. C'est la variété la plus fréquente.

- La superposition c'est à dire l'un est au-dessus de l'autre. C'est une variété rare.

- L'antéposition c'est à dire l'un des fœtus est devant l'autre. Cette variété est exceptionnelle.

• Auscultation :

Auscultation avec le Stéthoscope obstétrical de PINARD On entend deux foyers d'auscultations différents, séparés par une zone de silence. Si la différence entre les deux rythmes cardiaques dépasse 8 battements par minute, on peut être en droit de

suspecter une grossesse gémellaire. Il faut noter cependant que parfois un seul fœtus peut présenter deux foyers d'auscultation ; inversement les deux cœurs des jumeaux peuvent battre au même rythme faisant méconnaître l'existence d'une gémellité.

- Toucher Vaginal :

On perçoit souvent un pôle fœtal à travers un segment inférieur particulièrement aminci. La perception d'un pôle de petites dimensions par rapport à l'excès du volume utérin est un élément de présomption, en faveur d'une grossesse gémellaire. Le col est souvent déhiscent même chez les primipares.

V-1-2 Examens Complémentaires :

Plusieurs examens peuvent mettre en évidence la grossesse gémellaire à savoir :

V-1-2-1 Dosages hormonaux :

L'élévation trop importante de B-HCG par rapport au terme présumé de grossesse n'est qu'un élément d'orientation ; 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 confirmées par l'échographie.

Les autres dosages hormonaux ne présentent aucun intérêt diagnostique

V-1-2-2 Echographie :

L'échographie apporte une contribution majeure au diagnostic précoce des grossesses multiples en général et de la grossesse gémellaire en particulier.

Elle permet d'objectiver deux sacs ovulaires avant 7 semaines mais aussi d'observer des échos embryonnaires après 7 semaines.

Le diagnostic doit être confirmé après la 14^e semaine de grossesse en raison de l'éventualité de la lyse embryonnaire fréquente d'un des jumeaux.

L'échographie du premier trimestre prend une importance toute particulière dans la grossesse gémellaire, précisant le nombre des embryons, leur biométrie et donc l'âge gestationnel, la morphologie et également le mode de placentation avec une excellente pertinence, qui se perdra au fil de la grossesse. Elle permet aussi d'apprécier la croissance fœtale et de dépister les anomalies du développement (hypotrophie, macrosomie).

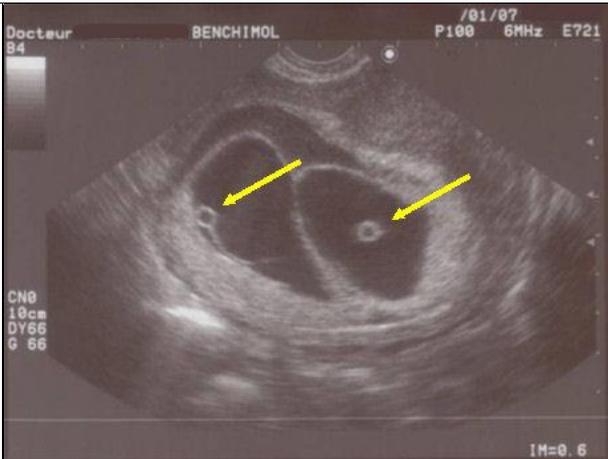
Ainsi, dans les grossesses bi-choriales, on distingue deux structures chorioniques complètes dans le septum inter amniotique dont l'épaisseur fait au moins 4 mm. Au niveau de l'insertion placentaire, le septum est plus épais formant le classique signe de lambda ou delta. Le septum inter amniotique des grossesses monochoriales biamniotiques ne contient que les deux couches d'«amnios». L'épaisseur septale est inférieure à 2 mm.

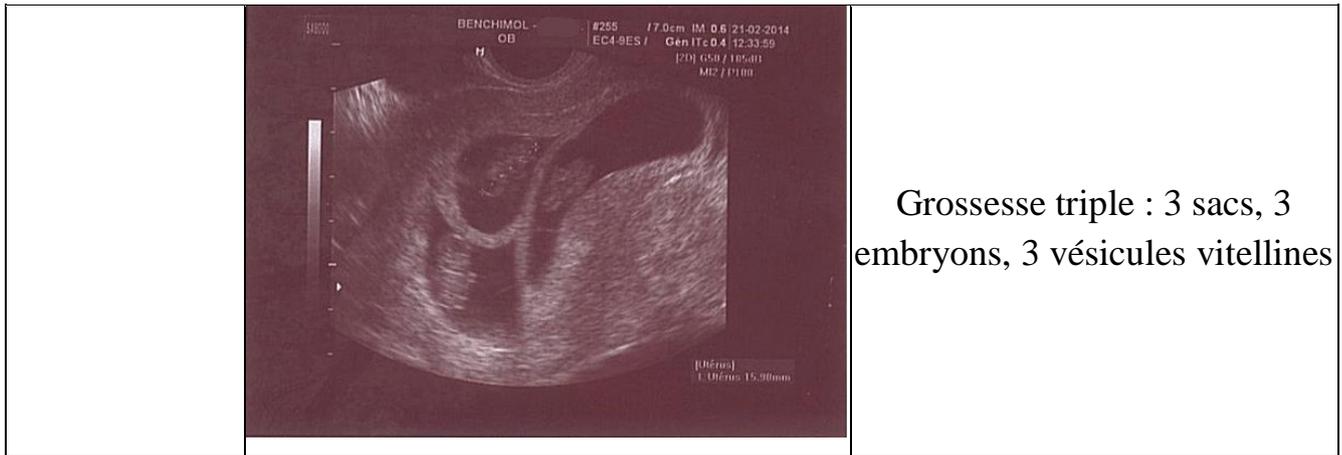
Les grossesses monochoriales monoamniotiques ne présentent aucune cloison inter-amniotique à l'échographie.

CHORIONICITE	Terme échographique	BICHORIALE (77%) (DZ : 90% MZ : 10%)	MONOCHORIALE (23%) (MZ : 100%)	
Poches amniotiques (visualisation de la membrane interamniotique)	8 à 10 SA	Biamniotique	Biamniotique	Monoamniotique
Sacs gestationnels (anneaux chorioniques)	5 à 10 SA	2	1 seul	
Vésicules vitellines	6 à 9 SA	2	2	1 seule
Masses trophoblastiques	-	2, distinctes	1 seule	
Insertion de la membrane interamniotique au niveau du trophoblaste	8 à 15 SA	Signe du "Lambda"	En forme de "T"	
Aspect de la membrane interamniotique	-	Epaisse	Très fine	Absente
Visualisation du sexe fœtal	2ème et 3ème trimestres	Sexe différent=> DZ BC et Sexe identique : DZ ou MZ	MC => Sexe identique	

Tableau 01 : Les chorionicites

SIGNE	ECHOGRAPHIE	CHORIONICITE
<p>Signe du Lambda</p>	 <p>Docteur B11 BENCHIMOL 11/06 P70 3MHz C358 CN0 12cm DY86 G 74</p>	<p>Bichoriale Biamniotique</p>
<p>Signe du Lambda</p>	 <p>Docteur B4 BENCHIMOL 01/07 P100 6MHz E721 CN0 10cm DY86 G 66</p>	<p>Bichoriale Biamniotique</p>
<p>Deux sacs gestationnels</p>	 <p>Docteur B4 BENCHIMOL /06 07:56:20 P100 6MHz E721 CN0 7cm DY86 G 54 IM<0.4</p>	<p>Bichoriale Biamniotique</p>

<p>Deux vésicules vitellines</p>		<p>Bichoriale Biamniotique</p>
<p>Deux vésicules vitelline dans un même sac gestationnel</p>		<p>Monochoriale Monoamniotique</p>
<p>Deux embryons dans un même sac gestationnel</p>		<p>Monochoriale Monoamniotique</p>
		<p>Grossesse triple</p>



Grossesse triple : 3 sacs, 3 embryons, 3 vésicules vitellines

Tableau 02 : Les types des signes

Radiographie :

Elle fait le diagnostic à partir du 3ème trimestre de la grossesse. Elle est rarement utilisée comme moyen de diagnostic systématique. De nos jours elle est abandonnée au profit de l'échographie.

VI – L'adaptation maternelle pendant la grossesse :

➤ Adaptation métabolique :

- Du fait de la synthèse hormonale, la réponse physiologique maternelle sous contrôle endocrinien est majorée au cours des grossesses multiples.
- L'utilisation des réserves maternelles en fer et en folates entraîne fréquemment des anémies en cas de grossesse multiple, limitant le transfert d'oxygène vers l'unité foetoplacentaire.
- L'augmentation des besoins métaboliques, reflétant la consommation énergétique des fœtus pour assurer leur croissance, semble importante, comme en témoigne l'élévation de la consommation maternelle en oxygène. Il est ainsi recommandé d'augmenter la ration calorique journalière de la mère. La prise de poids est aussi plus importante (+ 31 % en moyenne à 36 semaines d'aménorrhée), en partie conséquence de l'augmentation de l'eau totale du corps.
- La grossesse gémellaire ne semble pas représenter un risque particulier de perturbation du métabolisme et de la tolérance glucidique.

➤ Adaptation du système cardiovasculaire et pulmonaire :

- Les modifications cardiovasculaires sont précoces et importantes.

- L'augmentation du débit cardiaque par accroissement de la fréquence cardiaque et du volume d'éjection systolique est majorée, surtout aux deuxième et troisième trimestres. C'est pourquoi il faut être vigilante quand vous faites de l'exercice.
- La distribution du flux sanguin reste identique ; toutefois, le débit utérin est supérieur à celui d'une grossesse monofoetale. Les résistances artérielles et veineuses sont diminuées.

➤ **Adaptation du système rénal**

Par ailleurs, la compression urétérale par l'utérus est plus fréquente avec une prédominance à droite.

➤ **Adaptation de l'utérus :**

En cas de grossesse gémellaire, le volume intra-utérin est voisin à 25 SA de celui d'une grossesse monofoetale à terme (soit 5 L).

Il peut approcher 10 L en fin de grossesse.

VII - Les complications de la grossesse gémellaire

1. Les complications non spécifiques

A . La prématurité

La prématurité représente la première grande complication des grossesses gémellaires. Environ 50 % des patientes accouchent avant 37 semaines d'aménorrhée. 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. Les conséquences sont le risque de transfert en réanimation néonatale, le risque de mortalité néonatale et surtout le risque de handicap . Entre 28 et 31 semaines, le taux est de 5,5 % contre 0,9 % pour les grossesses uniques. Conséquence de cette grande prématurité, la mortalité périnatale des jumeaux est multipliée par 5 par rapport aux enfants uniques . La principale cause de l'excès de mortalité périnatale des jumeaux est la prématurité. En effet, si on apparie pour chaque naissance de jumeaux deux enfants uniques au même terme, on fait disparaître la différence de mortalité périnatale entre enfant unique et jumeaux. Globalement depuis une vingtaine d'années, on assiste à une augmentation de la survie des prématurés du

fait des progrès de la pédiatrie. Toutefois, différentes études montrent qu'il n'y a pas une amélioration pour les enfants dont le poids de naissance est extrêmement bas, compris entre 500 et 750 g. L'amélioration porte surtout sur l'enfant un peu plus gros pesant entre 750 g et 1000 g. Au delà de 1000 g, l'amélioration est très nette. En cas de grossesse gémellaire, il existe un risque plus élevé d'avortement du 2e trimestre. Il existe une relation entre la prématurité et la zygosité. Les grossesses dizygotiques dichoriales ont le taux de prématurité le plus bas (34,2 %). Les grossesses monozygotiques monochoriales ont la prématurité la plus élevée (51 %). Les grossesses monozygotiques dichoriales ont un taux intermédiaire (42,3 %). La parité semble jouer un rôle, plus une femme a eu d'enfants plus sa grossesse gémellaire a des chances d'aller à terme. Les enfants de moins de 1000 g sont transférés en réanimation dans tous les cas. Lorsque le poids de naissance est compris entre 1000 et 1500 g, 80 % d'entre eux sont transférés en réanimation néonatale. Lorsque le poids est compris entre 1500 et 2500 g, 20 % sont transférés et au-delà de 2500 g de poids de naissance seulement 1 % des enfants sont transférés. Il existe donc une relation directe entre le poids de naissance ou le terme et le risque de morbidité néonatale. Le risque de handicap grave n'est pas très différent pour les jumeaux de ce qu'il est pour les enfants uniques. La prématurité est à l'origine d'autres risques : dysplasie broncho-pulmonaire séquelle de la maladie des membranes hyalines, hémorragie intracrânienne, entérocolite ulcéro-nécrosante.

B. Le retard de la croissance intra-utérin

Il s'agit du 2e grand risque après la prématurité en cas de grossesse gémellaire. Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) aboutit à un poids de naissance trop faible au-dessous du 10e percentile en se basant sur des tables réalisées à partir de grossesses uniques. Par convention, 10 % des enfants uniques sont hypotrophes. Il n'en est pas de même pour les jumeaux. Environ 1 jumeau sur 2 est hypotrophe car son poids de naissance est situé au-dessous du 10e percentile. Il est nécessaire de comparer et de reporter le poids des jumeaux sur les courbes d'enfant unique, bien que des courbes de croissance d'enfants jumeaux aient été proposées. Il n'est pas prouvé que le risque de maladie lié à un faible poids de naissance soit moindre pour un jumeau que pour un enfant unique du même poids et de même terme. Dans les grossesses gémellaires peut s'observer une discordance de croissance entre les deux jumeaux. On peut observer entre eux une grande disparité. On considère que cette hypotrophie relative est grave lorsque le plus petit des deux jumeaux a un poids de naissance inférieur de 15 % du poids de naissance du plus gros. La mortalité périnatale est étroitement corrélée à la discordance de croissance des 2 jumeaux. Le plus souvent, le retard de croissance

apparaît chez les jumeaux au 3^e trimestre de la grossesse. Il peut être lié à la limitation des apports nutritifs venant de la mère. On sait que lorsqu'un des deux jumeaux meurt in utero au début de la grossesse, la croissance du jumeau survivant est identique à celui d'un enfant unique. Le retard de croissance intra-utérin est la deuxième cause de mortalité périnatale des jumeaux. Le RCIU augmente le risque de mortinatalité, de mort per-partum et de mort néonatale. De la même façon il est responsable d'une augmentation importante de la morbidité. Il ne semble pas exister de spécificité des conséquences du retard de croissance intra-utérin chez les jumeaux par rapport aux enfants uniques. L'hypotrophie grave, définie par la mesure du poids de naissance inférieure au 3^e percentile des courbes de référence construites pour les enfants uniques, expose au risque d'anoxie anténatale, per-partum et postnatale avec ses conséquences cérébrales (hémorragies cérébrales et risques de handicap), métaboliques (hypoglycémie) et hématologiques (thrombopénie, trouble de la coagulation). Une autre conséquence du retard de croissance intra-utérin est celui de son retentissement sur la croissance à long terme. Plusieurs études réalisées sur des jumeaux monozygotes présentant initialement à la naissance des différences de poids de 25 % montrent que l'écart est réduit quelques années plus tard (10 à 15 ans ou 5 à 10 ans), il existe un bon rattrapage pondéral du jumeau le plus petit. Les conséquences de l'hypotrophie du jumeau le plus atteint (sauf quand existent des handicaps sérieux) sont sans incidence sur la vie sociale et scolaire. Toutefois, et en l'absence de grands handicaps, des différences peuvent apparaître au niveau de la motricité fine et une dysfonction doit être dépistée précocement chez le jumeau le plus hypotrophe afin qu'une rééducation adaptée soit mise en place le plus tôt possible. Un retard de croissance intra-utérin est diagnostiqué le plus souvent précocement pendant la grossesse grâce à l'échographie. L'échographie faite précocement au début de la grossesse permet de déterminer le terme à la mesure de la longueur crano-caudale des deux embryons puis régulièrement une fois par mois une échographie est réalisée permettant de mesurer le diamètre bipariétal, le périmètre céphalique, le périmètre abdominal et la longueur du fémur des deux jumeaux. Le diagnostic de retard de croissance intra-utérin chez l'un des jumeaux ou chez les deux jumeaux doit entraîner des mesures obstétricales précises : surveillance (RCF, quantité de liquide amniotique et Doppler), hospitalisation, décision de terminer la grossesse.

C. L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle maternelle sans protéinurie est 3 fois plus fréquente au cours des grossesses gémellaires qu'au cours des grossesses uniques. Il n'existe pas de

différence entre une grossesse monozygote et dizygote. La prise en charge de ces hypertensions en cas de grossesse gémellaire diffère peu de celle nécessaire en cas de grossesse unique. Les hypertensions peuvent être responsables de complications fœtales sérieuses (HRP, RCIU). L'augmentation du risque de pré-éclampsie au cours des grossesses gémellaires par rapport aux grossesses uniques est controversé.

D. Autres complications

Le risque relatif de diabète gestationnel des grossesses DZ (dizygotes) est de 8,6 par rapport aux MZ (monozygotes). À l'inverse, le risque d'hydramnios, de pyélonéphrite, de RCIU, de malformations est plus faible chez les DZ que chez les MZ

2. Complications spécifiques des grossesses gémellaires

A . Le syndrome transfuseur-transfusé et fœtus acardiaque

a. Le syndrome transfuseur-transfusé

Le syndrome transfuseur-transfusé est une complication des grossesses gémellaires monochoriales diamniotiques qui représentent 30 % des grossesses gémellaires. Deux jumeaux monozygotes, bien qu'identiques sur le plan génétique, peuvent naître avec des poids très différents. Cette différence est liée à une compétition entre les deux territoires placentaires, mais surtout à un phénomène de communication entre les deux circulations des jumeaux au niveau de leur placenta pratiquement constant dans les grossesses monochoriales. Le syndrome transfuseur-transfusé survient dans 15 % des grossesses gémellaires monochoriales diamniotiques du fait d'un déséquilibre important des anastomoses artério-veineuses. L'artère du premier jumeau est en communication avec la veine du second et du fait des pressions, le passage de sang s'effectue de l'un vers l'autre. Le diagnostic n'est pas toujours fait avec certitude pendant la grossesse. On le suspecte fortement grâce à l'échographie après mise en évidence d'une inégalité de croissance des deux jumeaux. Le jumeau transfuseur paraît hypotrophique. Il existe un oligoamnios par chute de la diurèse, pouvant réaliser le tableau classique du jumeau coincé. Le jumeau transfusé présente une biométrie souvent supérieure au 90e percentile. Il présente une grosse vessie et des œdèmes, parfois un œdème généralisé. On note souvent une hypertrophie des organes : cœur, foie, reins. Le syndrome transfuseur-transfusé apparaît au 2e trimestre de la grossesse. Le risque est la mort in utero du fœtus transfuseur. Cette mort peut entraîner des complications chez le jumeau survivant en particulier au niveau cérébral. L'explication n'est pas univoque, on ne sait

pas s'il s'agit de troubles vasculaires cérébraux liés à la chute du débit cérébral chez le survivant ou dus à la libération dans sa circulation de thromboplastines provenant du jumeau mort. Pour le jumeau transfusé, le risque est lié à l'hydramnios qui entraîne une surdistension de l'utérus. La conséquence peut être la rupture prématurée des membranes et une entrée en travail trop précoce qui se solde souvent par la mort de l'un ou des deux enfants. Toutefois, cette pathologie est complexe et certains cas déconcertants résistent à une analyse simpliste : inversion de shunt, stabilisation, aggravation brutale, syndrome paradoxal (transfusé anémique et transfuseur polyglobulique), voire guérison spontanée. L'analyse des dopplers permet pour certains auteurs d'apprécier la gravité du syndrome. Le doppler couleur permet de visualiser les anastomoses placentaires. L'examen du placenta met en évidence une placentation de type monochorial diamniotique. Les anastomoses vasculaires sont facilement mises en évidence sur la plaque chorale. Actuellement des méthodes nouvelles apparaissent. Certaines équipes se proposent de séparer les anastomoses entre les deux circulations fœtales par coagulation au laser Yag. Ce type de traitement est encore en cours d'évaluation.

La réalisation d'une amniotomie au niveau de la cloison est de proposition récente et doit également être évaluée.

b. Le fœtus acardiaque

Le fœtus acardiaque se rencontre dans 1 % des grossesses monozygotes. Il se caractérise par des anastomoses artério-artérielles et veino-veineuses. Le cœur est absent ou très anormal. Les AngloSaxons désignent cette anomalie sous le sigle TRAP (twin reversed arterial perfusion). Le risque majeur, outre la prématurité, est l'insuffisance cardiaque du jumeau normal. Différentes tentatives thérapeutiques ont été réalisées : tonicardiaques administrés à la mère, fœtectomy, ligature fœtoscopique du cordon, injection de substances sténosantes dans la veine ombilicale.

B. 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 3 en cas de grossesse monozygote. Une vraie difficulté est la prise en charge de ces grossesses lorsqu'il existe une malformation chez l'un des jumeaux et que l'autre est normal. 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

gémellité, des problèmes pratiques, psychologiques, et éthiques complexes. Le recours à l'interruption de la grossesse pour motif thérapeutique est exclu du fait de la présence d'un jumeau normal. L'alternative est de réaliser une interruption sélective de grossesse qui porte sur le jumeau malformé. La technique consiste à entraîner un arrêt cardiaque chez le jumeau atteint par injection dans son cordon de chlorure de potassium. Ceci peut être réalisé en cas de gémellité dichoriale. Le point fondamental est le repérage du jumeau atteint. Cette identification est simple en cas de malformation évidente à l'échographie ou lorsque les sexes des jumeaux sont différents. Lorsqu'il s'agit d'une anomalie chromosomique ou génétique sans expression échographique chez des jumeaux de même sexe, le repérage peut être plus complexe. Le fœticide sélectif ne peut pas être réalisé en cas de grossesse monochoriale, car peuvent exister des communications vasculaires placentaires. Le dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs biochimiques est à l'étude.

C. La 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 pour 1000. 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 monoamniotique. Quelle que soit la qualité du suivi de la grossesse, on dispose de peu de moyens pour prévenir la mort in utero d'un jumeau. En cas de RCIU, une surveillance attentive peut permettre de réaliser une césarienne avant la mort in utero. Toutefois ce type de césarienne entraîne une naissance prématurée à la fois du jumeau en danger qui peut être parfois sauvé et de l'autre jumeau qui ne présentait pas de souffrance fœtale chronique, mais peut souffrir de son immaturité après la naissance. Après la mort in utero d'un jumeau, les risques pour le survivant ne sont pas négligeables quand il s'agit de jumeaux monochoriaux. Des lésions graves du fœtus survivant ont été décrites en particulier au niveau du cerveau et du rein. Elles peuvent être également digestives, cutanées ou pulmonaires. Des cas de gangrènes distales ont été rapportés. Au niveau cérébral, il s'agit de la destruction de certaines zones du cerveau avec porencéphalie. Ces lésions sont difficiles à reconnaître avant la naissance par les échographies ou par la résonance magnétique nucléaire. La plupart des auteurs en 1996 s'accordent pour l'expectative et la surveillance en cas de mort in utero d'un jumeau. À part, citons, au premier trimestre, la possibilité de « disparition » d'un des jumeaux. Ce phénomène est connu sous le nom de « vanishing twin ». Quand la mort in utero est plus tardive, la poche amniotique et le placenta peuvent persister et le

foetus se transforme en foetus papyracé. La mortalité dans les grossesses monoamniotiques est très élevée, de l'ordre de 500 pour 1000 du fait des anomalies funiculaires (enroulement des cordons, enroulement d'un cordon sur l'autre jumeau, anomalie d'insertion, nœud des cordons). Aisenbrey propose une surveillance quotidienne au troisième trimestre basée sur l'échographie et l'étude de la maturité pulmonaire fœtale par amniocentèse. Le terme moyen d'extraction est de 33 SA.

D. La rupture prématurée des membranes chez un des jumeaux

Cette situation est complexe. Au troisième trimestre, la prise en charge est peu différente de celle proposée en cas de grossesse unique et sera donc extrêmement variée selon les pratiques de chaque équipe.

Au deuxième trimestre

E. Les siamois

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 ». La naissance de siamois est un phénomène exceptionnel. La fréquence de naissance de siamois est de 1 naissance pour 75 000, soit 1 % des naissances de jumeaux monozygotes. Le plus souvent, les deux individus sont complets et réunis par une zone précise. 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 %) et les craniopages sont réunis par la tête (2 %). Dans certains cas, des interventions d'une grande complexité sont tentées visant à séparer les deux enfants. Dans d'autres cas, la séparation chirurgicale 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. En fait, actuellement, grâce à l'échographie, la plupart de ces grossesses sont dépistées précocement et une interruption de grossesse pour motif thérapeutique est proposée., certains proposent l'interruption sélective de grossesse

F. La grossesse gémellaire prolongée

a. Mortalité et morbidité périnatales et âge gestationnel

La moitié des patientes présentant une grossesse gémellaire accouchent trop tôt c'est-à-dire avant 37 SA, et le minimum de mortalité périnatale s'observe entre 36 et 38 SA alors qu'il est à 39-40 semaines pour les enfants issus d'une grossesse unique. Il semble donc exister un déplacement du minimum de mortalité périnatale de 3 semaines, plus tôt en cas de grossesse gémellaire. Plusieurs équipes ont comparé la mortalité des enfants jumeaux et des enfants uniques en fonction du terme et leurs conclusions vont toujours dans le même sens. Avant 37 S.A. les jumeaux présentent un risque lié à la prématurité, mais moins grave que celui des enfants uniques de même durée de grossesse comme s'il existait une avance maturative. La maturité pulmonaire peut être appréciée pendant la grossesse par l'étude du rapport L/S (lécithine/sphingomyéline) dans le liquide amniotique. Le rapport L/S égal ou supérieur à 2 est atteint plus tôt par les fœtus jumeaux que par les fœtus uniques, l'avance des jumeaux est de 10 jours.

Cette avance maturative permet de mieux comprendre le fait que la mortalité néonatale des jumeaux prématurés est inférieure à celle des enfants uniques à poids égal et à terme égal. La mort in utero inexplicée des jumeaux augmente dès 38 SA et cette augmentation est comparable à celle des morts in utero des enfants uniques après 41 SA. Il s'agit d'une augmentation des cas de souffrance fœtale et du risque de mort in utero ou per-partum. Les risques semblent liés à la diminution de la capacité du placenta, d'échanger l'oxygène, le gaz carbonique et les substrats énergétiques. L'attitude pratique proposée est le déclenchement aux alentours de 38 S.A. ou l'instauration d'une surveillance particulièrement attentive à partir de 38 semaines comme on le fait en cas de grossesse unique après 41 SA.

b. Poids de naissance et terme

Le poids de naissance des jumeaux est inférieur en moyenne de 600 g à celui des enfants uniques et 50 % des jumeaux sont hypotrophes (en-dessous du 10e percentile) à leur naissance. Cette hypotrophie apparaît en moyenne vers 34 semaines et devient très nette vers 36 SA, si l'on reporte leurs mensurations sur des courbes établies pour des enfants uniques. Ce retard de croissance intra-utérin si on compare les jumeaux aux enfants uniques, est associé à un retard du poids moyen de placenta par enfant. Le poids moyen des placentas par jumeau est inférieur à celui des placentas des enfants uniques. Cette différence apparaît précocement vers 21 SA. Le retard de croissance in utero des enfants est peut-être lié au retard de croissance placentaire.

VIII- Accouchement de la grossesse gémellaire

L'accouchement gémellaire est l'expulsion des deux (2) fœtus et de leurs annexes hors des voies génitales de la femme à partir de 28 SA. L'accouchement gémellaire est un accouchement à haut risque, surtout pour le 2^e jumeau dont la mortalité périnatale est majorée. Le taux de césarienne est globalement élevé (30 à 45 %). Lorsque les 2 jumeaux sont en présentation céphalique (Vertex/Vertex), la voie basse est consensuelle, quel que soit le terme de la grossesse.

➤ Conduite de l'accouchement gémellaire

Surveillance du travail

Comme en cas de grossesse monofœtale, 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 nécessitent **l'utilisation d'ocytociques sous contrôle d'une tocographie interne.**

L'accouchement du premier jumeau

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. Toutes fois la sur-distension 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 peut être corrigée 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-sacrée, le voisinage de l'autre fœtus gêne 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 du fœtus, 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.

Temps de repos

Une rémission clinique de la contraction 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 15 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 le replacer immédiatement le capteur dès la sortie du premier fœtus. 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.

Accouchement du deuxième jumeau :

Après l'accouchement du premier jumeau, on étudie la position du deuxième fœtus, si elle est longitudinale, si l'état du fœtus le permet, on attend la reprise des contractions suivies d'un accouchement spontané, en général facile. On a parfois à rompre une deuxième poche des eaux s'il existe. L'engagement est donc bref et aisé. Le premier fœtus 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 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 supposé de faible poids. En cas de souffrance fœtale ou de procidence du cordon, il faut terminer tout de suite l'accouchement.

Délivrance

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

Indications des césariennes au cours du travail

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

➤ Complications de l'accouchement gémellaire

Complications non spécifiques

- Dystocie dynamique

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

- Placenta prævia

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.

- 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.

Complications spécifiques

- Dystocie gémellaire

Accident rare mais grave, surtout dans les grossesses monoamniotiques, il est généralement dû à l'accrochage de la tête du premier 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% [8]. La césarienne doit être préférée à toute manœuvre d'extraction par voie basse. Du côté maternel, le risque est la rupture utérine.

- Accident funiculaire par enroulement du cordon

Il est le propre des grossesses mono amniotiques. L'accouchement par voie haute (césarienne) est obligatoire.

- Jumeau conjoint

Lorsque la division se fait plus tardivement après le stade de disque embryonnaire, les jumeaux sont imparfaitement séparés et constituent des monstres doubles. La plupart

des auteurs ont pu proposer la réalisation d'une césarienne dans ces cas particuliers en raison du risque de dystocie.

➤ Césarienne Prophylactique :

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 dynamique
- Placenta et obstacles prævia ;
- Utérus cicatriciel
- Présentation transverse du premier jumeau
- Hypotrophie sévère d'un des deux jumeaux
- Grossesse gémellaire mono-choriale monoamniotique (risque d'accrochage des présentations, d'accidents funiculaires et de souffrance fœtale aiguë du deuxième jumeau). D'autres sont plus discutées :
- Présentation en siège du premier jumeau
- Prématurité avant 32 ou 34 semaines d'aménorrhée et /ou poids estimé inférieur à 1500grammes.
- Pathologies maternelles associées.

IX- Diagnostic différentiel

➤ Au premier trimestre de la grossesse Il faut éliminer :

- Une môle hydatiforme : C'est la dégénérescence kystique des villosités placentaires. Le diagnostic est soupçonné par la clinique et porté à l'échographie devant un gros utérus, par la mise en évidence d'une image en flocon de neige. L'examen histologique du produit d'expulsion confirmera le diagnostic de grossesse molaire.
- Un utérus myomateux gravide

- Une grossesse monofœtale associée à une tumeur de l'ovaire
 - Une erreur de mensuration de la hauteur utérine
 - Voire une erreur de datation de la grossesse.
- Au cours des deux derniers trimestres de la grossesse Il faut éliminer :
- Un gros fœtus : L'échographie obstétricale pour biométrie fœtale et le contenu utérine
 - Remettent de confirmer le diagnostic de gros fœtus.
 - Un hydramnios : Cliniquement le signe essentiel est l'augmentation du volume utérin ; le fœtus flotte dans le liquide amniotique et donne les signes de flot et de glaçon. A l'auscultation, il existe un assourdissement des bruits des cœurs fœtaux. L'échographie affirme l'excès de liquide amniotique, détermine le nombre de fœtus, met en évidence une éventuelle malformation fœtale.

X- LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DE LA GROSSESSE GEMELLAIRE

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 2ème 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 2ème partie de la grossesse. L'hospitalisation seulement en cas de menace d'accouchement prématuré ou d'autres complications. La supplémentation en fer.

Pas de médicaments tocolytiques systématique.

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

XI-PRONOSTIC MATERNEL ET FOETAL DE LA GROSSESSE GEMELLAIRES

PRONOSTIC FOETAL

Le pronostic foetal en cas de grossesse gémellaire est fonction de différents paramètres ; les auteurs privilégient la surveillance rigoureuse de la grossesse, facteur primordial dont l'objectif est de réduire autant que possible le taux de prématurité, grande pourvoyeuse des états morbides et des morts périnatales. L'efficacité de cette surveillance passe par le diagnostic précoce de la gémellité aux fins de mettre en route les mesures préventives médicales et sociales. Les données de la littérature relèvent une mortalité néonatale trois à dix fois plus élevée au cours des grossesses gémellaires que lors des grossesses monofœtales. Ainsi, malgré la fréquence relativement faible des grossesses gémellaires, les jumeaux contribuent pour une part notable dans la mortalité périnatale. La mortalité néonatale des jumeaux est principalement liée à la prématurité et à l'hypotrophie foetale. La prématurité est pourvoyeuse de la maladie des membranes hyalines à l'origine de détresses respiratoires. En outre, elle peut entraîner des dysplasies bronchopulmonaires séquelles de la maladie des membranes hyalines, des hémorragies intra crâniennes, une entérocolite ulcéronécrosante et favoriser la survenue d'infections néonatales. Le retard de croissance intra utérin expose au risque d'anoxie anténatale, per partum et post natale à l'origine de lésions cérébrales, de désordres métaboliques et hématologiques, le risque majeur étant l'hypoglycémie. Par ailleurs, l'hypotrophie foetale a un retentissement fréquent sur la croissance à long terme. Il est à noter que dans la majorité des cas, c'est le deuxième jumeau qui le plus souvent a le pronostic le moins bon du fait de son rang et de l'intervalle de temps qui sépare sa naissance de celle du premier jumeau

PRONOSTIC MATERNEL

En règle, le pronostic maternel au cours d'une grossesse gémellaire ne diffère pas de celui d'une grossesse monofœtale. La particularité de la grossesse gémellaire réside dans le fait que l'organisme maternel doit adapter sa physiologie en réponse à l'augmentation de la production d'hormones stéroïdes d'origine fœtoplacentaire. Aussi, observe-t-on une plus importante prise de poids, une plus grande utilisation des réserves maternelles notamment en fer et en folates pour assurer l'hématopoïèse des deux fœtus, des modifications cardio-vasculaires plus précoces et plus importantes avec augmentation du débit cardiaque, une augmentation des fonctions rénales (augmentation du flux sanguin rénal et du débit de filtration glomérulaire). Les signes sympathiques de grossesse sont plus fréquents et habituellement plus importants. On observe plus

souvent des complications vasculo-rénales et l'anémie. En outre, les difficultés obstétricales exposent la gestante aux complications des manœuvres et des interventions obstétricales plus courantes lors des accouchements gémellaires

ETUDE EPIDIMIOLOGIQUE

Pour ce faire nous avons suivi la procédure IMRAD : Introduction, Matériels et Méthodes, Résultats et Discussion

I. INTRODUCTION :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective faite entre octobre 2018 et juillet 2019 sur un échantillon de patientes basée sur les dossiers médicaux des admissions au niveau des urgences gynéco obstétricales au sein de service de gynéco obstétrique au niveau de EHS TLEMEN sur 1 an allant Du 01/01/2017 au 31/12/2017 pour réaliser ce travail nous avons eu recours :

- ❖ A tous les dossiers médicaux existant au service.

Problèmes rencontrés :

- ❖ Dossiers manquants aux archives.
- ❖ Information incomplète.
- ❖ Dossiers mal remplis.

Objectifs principaux :

Etablir un profil épidémiologique de la Grossesse Gémellaire sur deux années allant du 01/01/2017 au 31/12/2017 au service de maternité EHS Tlemcen.

II. Matériels et méthodes :

1. Lieu d'étude :

Au niveau de service de maternité EHS Tlemcen.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique et rétrospective faite sur échantillon 164 patientes établie sur l'étude des grossesses gémellaires.

3. Population étudiée :

Patientes qui ont accouché au sein de service de maternité EHS Tlemcen entre 01/01/2017 au 31/12/2017.

4. Exploitation des données :

Le recueil des données a été fait de manière passive après étude des dossiers de patientes qui ont été reportés dans un tableau au fur et à mesure à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010.

5. Variables étudiées :

- ❖ Age de la patiente
- ❖ La parité
- ❖ Traitement par les inducteurs de l'ovulation
- ❖ Les principales complications de grossesse gémellaire :
 - Diabète gestationnel
 - HTA gravidique
 - Menace d'accouchement prématuré
- ❖ Prématurité
- ❖ La voie d'accouchement

6. Analyse des données :

Les graphes sont dessinés par le logiciel Microsoft Excel 2010.

III. Résultat et discussion :

❖ La fréquence :

Durant la période d'étude, 17910 accouchements ont été réalisés au sein de notre maternité dont 150 accouchements gémellaires, soit 0,83% des cas.

Année	Nombre d'accouchement gémellaire	Nombre d'accouchement	Pourcentage %
2017	164	17010	0,96
Total	164	17010	0,96

Tableau 03 : répartition annuelle de grossesse gémellaire

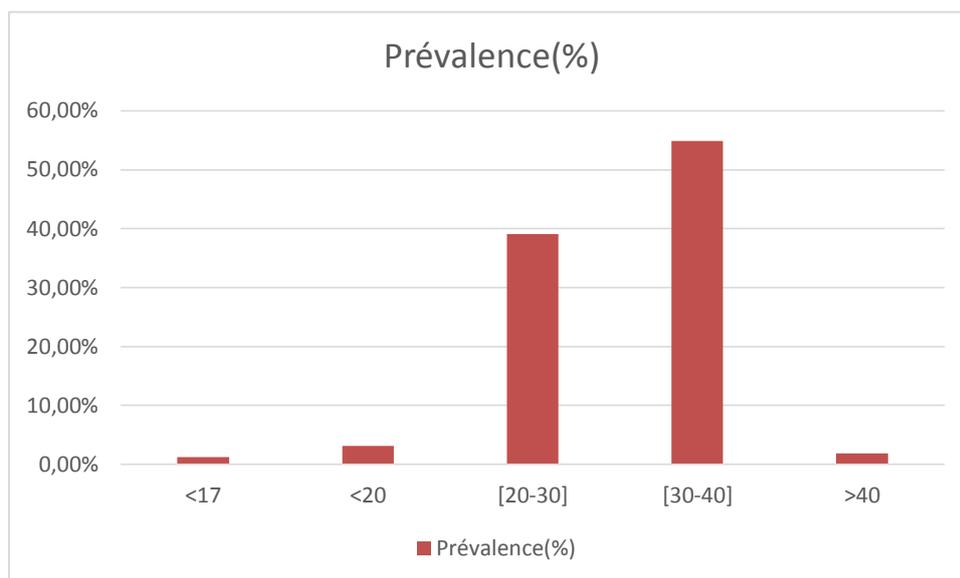
- ✓ Notre étude transversale prospective descriptive au service gynécobobstétrique EHS TLEMCEN nous a permis d'établir à 0,88 la fréquence de grossesse gémellaire sur une période d'un an (1).
- ✓ La fréquence de grossesses gémellaire est diversement appréciée selon les auteurs, Elle varie entre 1,94% en France et 1,20 % au Maroc et 1,09% en Tunisie. Cette fréquence s'insère parmi les fréquences retrouvées dans la littérature des séries maghrébines.

❖ L'Age :

- ✓ Dans la série que nous avons étudiée, l'âge minimal retrouvé est de 17ans, alors que l'âge maximal est de 44ans.
- ✓ A partir de ce tableau, on déduit que :
 - 54 % de nos patientes ont un âge compris entre 30 et 40 ans.
 - Le maximum de fréquence des grossesses gémellaires est observé chez les femmes âgées entre 30 et 40ans.

Age maternelle (années)	total	<17	<20	[20-30]	[30-40]	>40
Nombre	164	2	5	64	90	3
Prévalence(%)	100 %	1,2 %	3,1 %	39,1 %	54,9 %	1,9 %

Tableau 04 : Pourcentage des prévalences selon l'Age maternelle



✓ **Figure 05 : pourcentage des prévalences**

Tranche d'Age (ans)	Grossesses uniques (%)	Grossesses multiples (%)	Fréquence 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

Tableau 05 : Fréquence des Grossesses multiples (GM) selon l'Age d'après Andriamady

- ✓ La fréquence des accouchements gémellaires semble augmenter progressivement avec l'âge maternel pour diminuer après l'âge de 35 ans.
- ✓ D'après Andriamady, nous observons deux pics de fréquence l'une entre 16 et 19 ans et l'autre chez la femme dont l'âge est >35ans âge moyen de 26ans

❖ La parité :

Pour connaître l'influence de la parité sur la fréquence des grossesses gémellaires, nous avons classé nos patientes comme suit :

La parité	Le nombre	Le pourcentage %
Primipare	59	31,7
Multipare	89	60
Grande multipare	23	14,02
Totale	164	100

Tableau 06 : grossesse gémellaire et parité

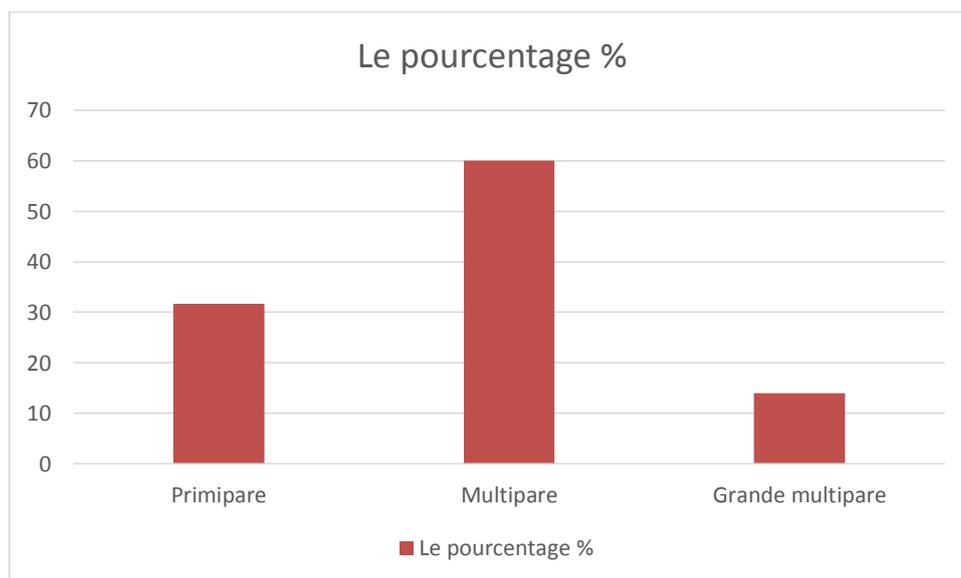


Figure 06 : le pourcentage des parités

✓ A partir de ces résultats nous constatons que la fréquence des grossesses gémellaires augmente avec la parité puis chute chez les grandes multipares.

❖ Traitement par les inducteurs de l'ovulation :

Nous n'avons pas retrouvé la notion de la prise des inducteurs de l'ovulation mentionné dans les dossiers.

❖ Complications des grossesses gémellaires :

Au cours de leur grossesse, de nombreuses parturientes ont présenté des complications liées à la gémellité ou indépendante, liées à la grossesse en général.

Parmi 164 patientes 39 ont présenté des complications soit 76,3%.

Les principales complications ont été résumées dans le tableau ci-dessous :

	Le nombre	%
Diabète gestationnel	4	2,4
HTA gravidique	15	9,5
RPM	5	9,7
MAP	57	34,5

Le tableau 07 : la fréquence des principales complications dans la grossesse gémellaire

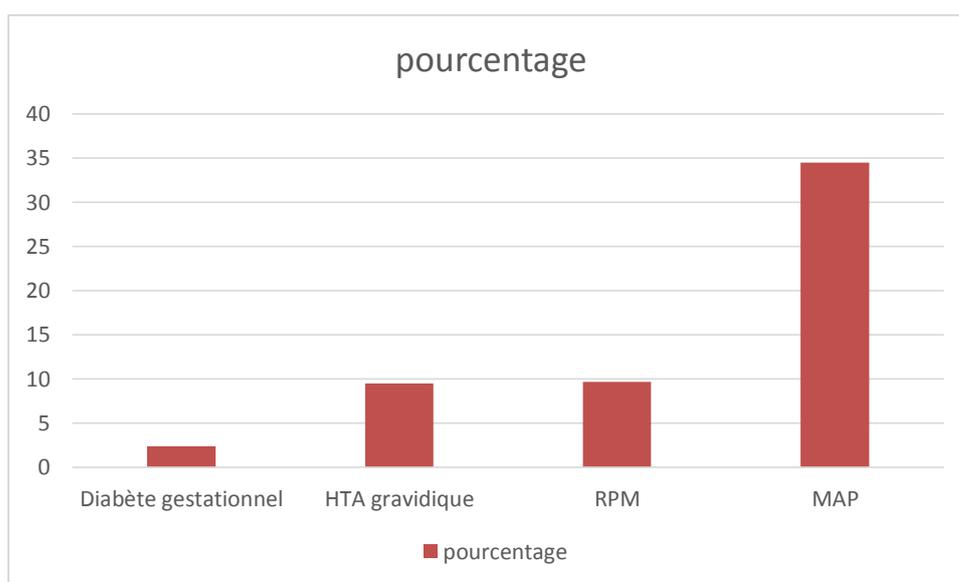


Figure 07 : pourcentage des principales complications

- ✓ D'après les résultats observés dans le tableau ci-dessus, le menace d'accouchement prématuré constitue la complication la plus fréquente conduisant à l'hospitalisation, suivie de la rupture prématurée des membranes.
- ✓ HTA gravidique représente 9,5% des complications de 3eme trimestre de la grossesse gémellaire.
- ✓ Diabète gestationnel présente la complication la moins fréquente dans notre étude.

❖ **La prématurité :**

	Le nombre	%
La prématurité	57	34,7
Total	164	100

Tableau 08 : la fréquence de la prématurité Dans la grossesse gémellaire.



Figure 08 : Le nombre des prématurités dans la grossesse gémellaire

- ✓ La prématurité est significativement associée à la grossesse gémellaire.
- ✓ Le nombre de d'accouchement prématuré est de 57 soit une fréquence de 34,7%.

❖ **La modalité d'accouchement :**

Le tableau ci-dessous résume la modalité d'accouchement de la grossesse gémellaire

La voie d'accouchement	Le nombre	%
Voie basse	85	51,8
Voie haute	72	43,9
Total	164	100

Tableau 09 : la répartition des parturientes selon le mode d'accouchement



Figure 09 le nombre des d'accouchement

- ✓ 85 accouchements par voie basse soit une fréquence de 51,8% contre 72 accouchements par voie haute soit une fréquence de 43,9%
- ✓ La césarienne est significativement fréquente au cours de l'accouchement gémellaire par une fréquence de 43,9% s'expliqué par la fréquence élevé des présentations dystocique et l'existence des d'un facteur de risque maternel tel que utérus cicatriciel.

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

❖ Conclusion :

Au terme de notre étude rétrospective sur une période de 12 mois, nous pouvons conclure que la grossesse gémellaire c'est une grossesse à haut risque d ou elle nécessite une prise en charge et un suivi rigoureux, elle est relativement fréquente dans notre étude : 0,83% des accouchements effectués au centre de santé de référence de la commune.

De notre étude, nous avons pu dégager :

- ✓ Le maximum de grossesse gémellaire survient chez la femme de 30 ans à 40 ans puis elle diminue après 40 ans, elle semble qu'elle augmente avec l'Age maternelle pour quelle diminuer après 40ans.
- ✓ Le taux des grossesses gémellaires est sensiblement plus important chez la multipare avec un taux de 60% des cas, alors qu'il est de 31,7% chez la primipare et 14,02 pour la grande multipare.
- ✓ La place primordiale de l'échographie dans le diagnostic précoce de la grossesse gémellaire.
- ✓ Les principales complications observées au cours de la grossesse gémellaire est la menace d'accouchement prématuré suivi par HTA gravidique et rupture prématurée des membranes et avec un taux moins fréquent le diabète gestationnel.
- ✓ La prématurité est significativement associée à la grossesse gémellaire avec un fréquence de 34,7%.
- ✓ La césarienne est fréquente en cas de gémellité.
- ✓ Il s'agit d'une grossesse à risque dont la prise en charge, le suivi et l'accouchement doivent se faire par un spécialiste.

❖ **Recommandations :**

Au terme de ce travail et au regard des résultats obtenus, nous nous permettrons les suggestions suivantes :

Au personnel médical :

1. Améliorer la prise en charge des gestantes porteuses de grossesse gémellaire en :

- reconnaissant le plus précocement possible la gémellité,
- sensibilisant les patientes du caractère à risque de cette grossesse,
- préconisant la réduction des activités physiques,
- adoptant la supplémentation systématique en fer et en acide folique,
- mettant en œuvre la stratégie de prise en charge que nous proposons.

2. Promouvoir les relations pédiatres-obstétriciens pour la prise en charge des prématurés et des hypotrophes.

Aux autorités :

1- Améliorer les moyens diagnostiques notamment faciliter l'accès à l'échographie,

2- Améliorer les moyens d'élevage des prématurés,

3- Assurer la formation continue du personnel,

4- Améliorer la prise en charge des évacuations sanitaires, ce qui peut contribuer à réduire le temps mis pour la prise en charge des complications de l'accouchement gémellaire.

Aux parturientes :

1-Suivre régulièrement les consultations prénatales.

2-Respectez le repos.

3-Collaborer avec le personnel en acceptant les conseils prodigués lors des séances de CCC.

Résumé :

La grossesse gémellaire est une grossesse à risque élevé, en raison de la survenue de nombreuses complications. Dans le présent travail, une étude statistique est menée de 1 janvier 2017 au 31 Décembre 2017 sur 164 cas d'accouchement gémellaire constaté sur un nombre global de 17010 accouchements soit une fréquence de 0,88%. 60% des grossesses gémellaires est survenu chez les femmes âgées de 30 à 40. La fréquence des grossesses gémellaires est augmentée avec la parité soit une fréquence de 60% chez la multipare par contre 31,7% chez la primipare et 14,04% chez la grande multipare. La complication la plus fréquente de grossesse gémellaire est la menace d'accouchement prématuré avec une fréquence 34% suivi de la rupture prématurée des membranes HTA gravidique et diabète gestationnel. La prématurité est significativement associée à la grossesse gémellaire avec une fréquence de 34,7%. La césarienne est significativement fréquente au cours de la grossesse gémellaire s'explique par la fréquence élevée des présentations dystociques et l'existence des facteurs de risque maternel tel que l'utérus cicatriciel. La grossesse gémellaire nécessite une prise en charge et un suivi rigoureux afin d'améliorer le pronostic maternel et fœtal par le diagnostic échographique précoce et le suivi de la grossesse chez un spécialiste.

Abstract :

Twin pregnancy is a high risk pregnancy, due to the occurrence of many complications. In this work, a statistical study is conducted from January 1, 2017 to December 31, 2017 on 164 cases of twin birth observed on an overall number of 17010 deliveries or a frequency of 0.88%. 60% of twin pregnancies occurred in women aged 30 to 40. The frequency of twin pregnancies is increased with the parity being a frequency of 60% in the multipar versus 31.7% in the primiparous and 14.04% in the large multiparous. The most common complication of twin pregnancy is the threat of preterm labor with a frequency of 34% followed by premature rupture of HTA gravidarum membranes and gestational diabetes. Prematurity is significantly associated with twin pregnancy with a frequency of 34.7%. Caesarean section is significantly common during twin pregnancy due to the high frequency of dystocic presentations and the existence of maternal risk factors such as the uterine scar.

Twin pregnancy requires careful management and monitoring to improve the maternal and fetal prognosis by early ultrasound diagnosis and pregnancy monitoring in a specialist.

BIBLIOGRAPHIE :

-  aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/grossesse_gemellaire.html

-  <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/204/?sequence=10http://pitiealpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/179/files/2018/05/Ob-44-G-Gemellaire-Janv-2018.pdf>

-  http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1996_GO_021_pons.pdf
-  <http://www.embryology.ch/francais/fplacenta/gemell01.html>
-  www.onmeda.fr/grossesse/j-attends-des-jumeaux-causes-grossesses-gemellaires-907-3.html
-  <http://www.univ-bejaia.dz/dspace/bitstream/handle/123456789/11366/grossesses%20gemellaire.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
-  <http://www.kenya.net/fmpos/theses/2015/med/pdf/15M74.pdf>
-  <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5899780/>
-  <http://www.beep.ird.fr/collect/uouaga/index/assoc/M07575.dir/M07575.pdf>
-  <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/diuecho/poly/1500fra.html>
-  <http://www.kenya.net/fmpos/theses/2006/med/pdf/06M221.pdf>
-  <https://slideplayer.fr/slide/1357353/>
-  <http://pitiealpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/179/files/2018/05/Ob-44-G-Gemellaire-Janv-2018.pdf>
-  https://www.google.com/search?ei=IWZMXb-wEZCk1fAPvM-7sA8&q=diagnostic+dela+grossesse+gemellaire&oq=diagnostic+dela+grossesse+gemellaire&gs_l=psy-ab.3.0i7i30.5975.10170.11009...0.0..0.603.4309.0j1j5j5j0j2.....0...1.gws-wiz.....0i71j0i8i7i30j0i7i5i30.C6m1OHYL3-Q&ved=&uact=5
-  <https://www.em-consulte.com/en/article/238741>
-  <http://www.doctissimo.fr/html/grossesse/dossiers/jumeaux/13427-differentes-grossesses-jumeaux.htm>

- ✚ http://www.aly-abbara.com/echographie/Atlas_echographie/images/grossesse-multiple/monochoriale/GG-monochoriale-bi-amniotique-11SA.html
- ✚ [grossesse_acouchement_gemellaires2019daoui.pdf](#)
- ✚ TALL S.M. Le pronostic fœto-maternel des accouchements gémellaires dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2006. Thèse méd. Bamako 2008; N°399.
- ✚ BELHOUSSINE F. Z. Grossesse gémellaire (à propos de 133 cas). Thèse méd. Fès 2008 n°26. http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/26-08.pdf (consulté le 10 Août 2014)
- ✚ Belaisch-Allart J, Mayenga J.M. Les effets secondaires des PMA. *Reproduction Humaine et Hormones* 1995; 5:305-10.
- ✚ Benie JM, Diarra S, Nyouma A, Welfrens-Ekra C, Adjobi R. Pronostic maternel et fœtal dans la grossesse gémellaire: à propos de 239 cas. *Rev Med Côte d'Ivoire* 1975 ; 60:104
- ✚ Blondel B, Kaminski M. L'accouchement multiple en France. *J. gynécol Obst Biol Reprod* 1988 ; 17:1106-1107.
- ✚ Boubli L, Olivier S, SM, PUECH F, BOOG G. Les grossesses gémellaires. In THOULON Edition obstétrique. Paris , Ellipses 1995; 332-42.
- ✚ Boulot P, Hedon B, Pellicia G & al. Grossesses triples et plus, interruption sélective de grossesses. In M Tournaire. *Mises à jour en Gynécologieobstétrique*. Paris, Vigot 1992: 379-13
- ✚ Coulibaly M.D. Accouchement gémellaire au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. A propos de 200 cas. Thèse méd Bamako 2004, n°100.
- ✚ Dudenhausen J.W. Management of twin pregnancy [editorial]. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1995; 59: 123-4.