

Pronostic immédiat de l'accouchement gémellaire à l'Hôpital Mère et Enfants SOS Kara : À propos de 109 cas colligés de 2020 à 2025

Assiaham Walawita Ténété

Service de Gynécologie Obstétrique,
Hôpital Mère et Enfants SOS Kara, Togo

Kombieni Kadji

Service de Pédiatrie, Hôpital Mère et Enfants SOS Kara, Togo

Kambote Yendoubé

Kossi Edem Logbo-Akey

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Centre Hospitalier Universitaire, Kara, Togo

Essomata Limwai

Sofiatou Tidjani

Wiyao Maniwa

École Nationale des Sages-Femmes de Kara, Togo

Dédé Régine Diane Ajavon

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Centre Hospitalier Régional Tomdè, Kara, Togo

Abdoul-Samadou Aboubakari

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Centre Hospitalier Universitaire, Kara, Togo

Déladem Komi Azoumah

Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire, Kara, Togo

Approved: 24 July 2026

Posted: 26 July 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Ténété, A.W., Kadji, K., Yendoubé, K., Logbo-Akey, K.E., Limwai, E., Tidjani, S., Maniwa, W., Ajavon, D.R.D., Aboubakari, A-S., & Azoumah, D.K. (2026). *Pronostic immédiat de l'accouchement gémellaire à l'Hôpital Mère et Enfants SOS Kara : À propos de 109 cas colligés de 2020 à 2025*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2026.p630>

Résumé

Introduction : L'accouchement gémellaire est l'expulsion des deux fœtus et de leurs annexes hors des voies génitales de la femme à partir de 28 semaines d'aménorrhée.

Objectif : Etudier l'accouchement gémellaire à la maternité de HME-SOS de Kara de 2020 à 2025.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visé descriptive, allant du 01 Janvier 2020 au 30 Avril 2025 à la maternité de HME-SOS de Kara. Etaient incluses dans notre études, tous les dossiers des parturientes ayant accouchées des jumeaux à la maternité de l'HME-SOS de Kara de 2020 à 2025 et ayant tous les renseignements.

Résultats : Dans notre étude, les paucipares étaient les plus représentées 37,61% suivies des primipares 26,60%, les nullipares 22,93% et les multipares 12,86%. Et toutes les parturientes avaient suivi la CPN (100%). Les parturientes étaient référées dans 12,84% des cas. Le principal motif d'admission des parturientes dans notre étude était la césarienne programmée ans 37,61%. La césarienne était la plus représentée avec un taux de 52%. La prééclampsie a été l'indication la plus fréquente au cours de notre étude avec 15,79%. Le taux de nouveau-nés qui ont un Apgar ≥ 7 est de 95,41% pour les premiers jumeaux et 91,74% pour les seconds jumeaux. Au cours de notre étude, la gémellité de type bichoriale biamniotique était la plus fréquente avec un taux de 44,95% suivie des monochoriales biamniotiques 29,36%. Le pronostic maternel était bon dans 93,58% des cas avec 6,42% de morbidité et aucune mort maternelle.

Conclusion : L'accouchement gémellaire est un accouchement à risque élevé nécessitant un suivi régulier et une prise en charge pluridisciplinaire (obstétricien, Sage-Femme et néonatalogie).

Mots-clés : Accouchement gémellaire, prématurité, pronostic materno-fœtal, HME-SOS de Kara

Immediate Prognosis for Twin Deliveries at the SOS Kara Mother and Child Hospital: Based on 109 Cases Collected (2020-2025)

Assiaham Walawita Ténété

Department of Obstetrics and Gynaecology,
SOS Kara Mother and Child Hospital, Togo

Kombieni Kadji

Paediatrics Department, SOS Kara Mother and Child Hospital, Togo

Kambote Yendoubé

Kossi Edem Logbo-Akey

Department of Obstetrics and Gynaecology,
University Hospital, Kara, Togo

Essomata Limwai

Sofiatou Tidjani

Wiyao Maniwa

National Midwifery School of Kara, Togo

Dédé Régine Diane Ajavon

Department of Obstetrics and Gynaecology,
Tomdè Regional Hospital, Kara, Togo

Abdoul-Samadou Aboubakari

Department of Obstetrics and Gynaecology,
University Hospital, Kara, Togo

Déladem Komi Azoumah

Paediatrics Department, Kara University Hospital, Togo

Abstract

Introduction: Twin delivery is the expulsion of two fetuses and their associated structures through a woman's genital tract from 28 weeks of amenorrhea onward.

Objective: To study twin deliveries at the HME-SOS maternity ward in Kara from 2020 to 2025.

Methodology: This was a retrospective, descriptive study conducted from January 1, 2020, to April 30, 2025, at the HME-SOS maternity ward in Kara. Our study included all medical records of women who gave birth to twins at the HME-SOS maternity ward in Kara from 2020 to 2025 and for whom complete information was available.

Results: In our study, multiparous women were the most common group at 37.61%, followed by primiparous women at 26.60%, nulliparous women at 22.93%, and multiparous women at 12.86%. All parturients had

attended prenatal care (100%). Parturients were referred in 12.84% of cases. The main reason for admission in our study was elective cesarean section (37.61%). Cesarean section was the most common procedure, accounting for 52% of cases. Preeclampsia was the most frequent indication in our study, at 15.79%. The rate of newborns with an Apgar score ≥ 7 was 95.41% for the first twin and 91.74% for the second twin. In our study, bichorial diamniotic twins were the most common, accounting for 44.95% of cases, followed by monochorial diamniotic twins at 29.36%. The maternal prognosis was favorable in 93.58% of cases, with a morbidity rate of 6.42% and no maternal deaths.

Conclusion: Twin delivery is a high-risk procedure requiring regular monitoring and multidisciplinary care (obstetrician, midwife, and neonatologist).

Keywords: Twin delivery, prematurity, maternal-fetal prognosis, Kara HME-SOS

Introduction

La grossesse gémellaire, définie comme la présence simultanée de deux fœtus dans l'utérus (Eleonore C., 2022), constitue une situation obstétricale particulière qui suscite un intérêt croissant dans le domaine de la santé maternelle et néonatale.

En France, la mortalité néonatale représentait environ 5 % de toutes les grossesses gémellaires et elle est jusqu'à sept fois supérieure à celle des grossesses uniques (Eleonore, 2022).

En Tunisie, les grossesses gémellaires se sont soldées par un accouchement par voie basse dans 44,6% et un accouchement par voie haute dans 53,9% avec un taux de 1,5% de césarienne pour le deuxième jumeau (Chekib et al., 2020).

Au Mali, Toure A de son côté avait enregistré en 2023, 68% d'accouchement par voie basse et 32% de césarienne avec un cas de décès maternel dû à l'éclampsie, (Toure, 2024).

Dans le même sens, au Togo, en 2019, Toglo avait enregistré 70,56% de faible poids de naissance du 2^{ème} jumeau avec un taux de 7,2% de mortalité globale du 2^{ème} jumeau à la naissance dont 15,2% pour les prématurés (Toglo, 2019).

En dépit des progrès obstétricaux et pédiatriques, les grossesses gémellaires représentent une situation à haut risque aussi bien pour le déroulement de la grossesse que pour l'accouchement et reste encore une situation angoissante pour l'équipe obstétricale (Chekib et al., 2020).

Des études ont été réalisées sur l'accouchement gémellaire et multiple au Togo mais à notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée

spécifiquement sur le pronostic de l'accouchement gémellaire dans la région de la Kara et plus spécifiquement à l'Hôpital Mère et Enfants (HME) du Service des Œuvres Sociales (SOS) Kara. Dans notre pratique quotidienne, nous avons constaté que le pronostic maternel et fœtal des accouchements gémellaires était moins favorable que les accouchements uniques. Nous avons donc jugé opportun de réaliser cette étude dont l'objectif général était d'étudier l'accouchement gémellaire à la maternité de l'HME-SOS Kara et plus spécifiquement, de déterminer le pronostic materno-fœtal de l'accouchement gémellaire et les facteurs influençant ce pronostic.

Patientes et méthodes

L'étude a pris en compte les dossiers des parturientes ayant accouché des jumeaux à la maternité de l'HME-SOS Kara de 2020 à 2025.

Étaient inclus dans notre étude tous les dossiers des parturientes ayant accouché des jumeaux à la maternité de l'HME-SOS Kara du 01 janvier 2020 au 30 Avril 2025 et ayant tous les renseignements nécessaires (données sociodémographiques ; antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux ; diagnostic de la gémellité, déroulement de la grossesse, caractéristiques liées à l'accouchement ; voie d'accouchement et délivrance ; complications fœtales et états des nouveau-nés à la naissance).

N'étaient pas inclus dans notre étude les dossiers incomplets des parturientes ayant accouché des jumeaux à la maternité de HME-SOS Kara de 2020 à 2025.

Il s'est agi d'un échantillonnage exhaustif portant sur les dossiers des parturientes ayant accouché des jumeaux à la maternité de l'HME-SOS Kara.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons dénombré 109 accouchements gémellaires sur un total de 5251 accouchements soit une fréquence de 2,07%.

Profil épidémiologique

Données sociodémographiques des parturientes

Age maternel

L'âge moyen des parturientes était de 28,8 ans avec des extrêmes de 20 ans et 39 ans. La tranche d'âge comprise entre 20 et 35 ans représentait 89,91% (Tableau I).

Tableau I: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

	Effectifs	Pourcentage
< 20 ans	00	00,00
20 à 35 ans	98	89,91
Plus de 35 ans	11	10,09
Total	109	100,00

Antécédents obstétricaux

Gestité

Les paucigestes étaient représentées dans 45,87% des cas (Tableau II).

Tableau I: Répartition des parturientes selon la gestité

	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	20	18,35
Paucigeste	50	45,87
Multigeste	37	33,94
Grande multigeste	02	01,84
Total	109	100,00

Parité

Les paucipares étaient représentées dans 37,61% des cas (Tableau III).

Tableau II: Répartition des parturientes selon la parité

	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	25	22,93
Primipare	29	26,60
Paucipare	41	37,61
Multipare	14	12,86
Total	109	100,00

Caractéristiques liées à l'accouchement

Motifs d'admission

Concernant le motif d'admission, les césariennes programmées étaient de 37,61%. (Tableau IV)

Tableau IV: Répartition des parturientes en fonction des motifs d'entrée

	Effectifs	Pourcentage
Céphalées	01	,92
Césarienne programmée	41	37,61
Dépassement de terme	01	0,92
Douleurs lombo-pelviennes	40	36,70
Grossesse gémellaire	02	1,83
HTA gravidique	02	1,83
Pertes des eaux	09	8,26
Prééclampsie	04	3,67
Procidence du cordon	01	0,92
RPM	08	7,34
Total	109	100,00

Termes de la grossesse

Pour le terme de la grossesse, l'âge gestationnel inférieur à 37 SA était de 59,63% et celui compris entre 37 SA et 42 SA était de 40,37%.

Pronostic de l'accouchement gémellaire

Pronostic maternel

- **Voie d'accouchement**

L'accouchement par césarienne était représenté dans 52% des cas avec 36% de césarienne programmée et 16% de césarienne d'urgence (Figure 1).

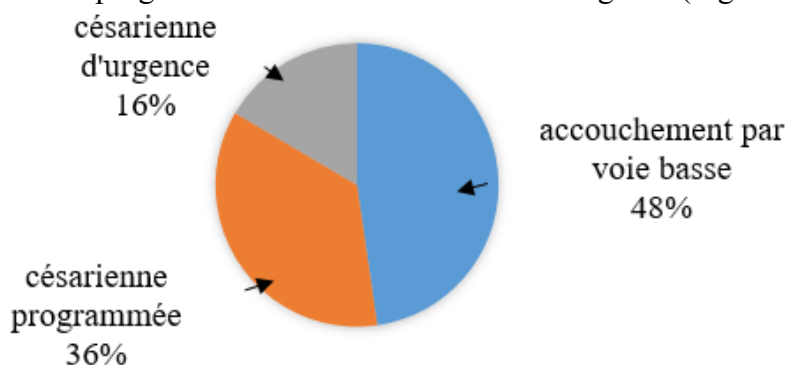


Figure 1: Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement

- **Indication de césarienne**

Pour ce qui est des indications de césarienne, la prééclampsie a représenté 15,79% (Tableau V).

Tableau V: Répartition des parturientes selon l'indication de césarienne (n=57)

	Effectifs	Pourcentage
Prééclampsie	09	15,79
GG dans un utérus cicatriciel	08	14,04
Présentation transversale de J1 et J2	04	7,02
Présentation de siège chez primigeste	04	7,02
J1 en présentation transversale	03	5,27
J1 en présentation de siège	06	10,53
HTA gravidique	05	8,77
Césarienne de convenance	03	5,27
Dystocie dynamique	01	1,75
Rupture prématurée des membranes sur GG	01	1,75
Dépassement de terme	01	1,75
Mort in utero de J2 en présentation transversal	01	1,75
Utérus bicicatriciel	04	7,02
Bassin rétréci	01	1,75
HTA plus présentation de siège de J1	03	5,27
Hémoglobinoopathie CC	01	1,75
GG plus PTME	01	1,75
J2 en présentation transversale chez nullipare	01	1,75
Total	57	100,00

GG : grossesse gémellaire

- **Version par manœuvre interne du 2^{ème} jumeau**

Sur 52 accouchements par voie basse 2 cas de version par manœuvre interne (3,85%) de J2 ont été enregistrés.

- **Césarienne du 2^{ème} jumeau**

Sur 52 accouchements par voie basse, nous avons enregistré 2 cas de césariennes (3,85%) pour J2.

- **Hémorragie de la délivrance**

Sur 109 cas d'accouchement gémellaire, 3 cas (2,75%) d'hémorragie de la délivrance ont été enregistrés.

- **Traumatisme des parties molles**

Sur 52 cas d'accouchement par voie basse, 6 cas (11,54%) de lésions des parties molles ont été enregistrés.

Pronostic maternel

Le pronostic maternel était bon dans 93,58% des cas (Tableau VI).

Tableau VI: Distribution selon le pronostic maternel

	Effectifs	Pourcentage
Bon	102	93,58
Morbidité	07	6,42
Mort maternel	00	0,00
Total	109	100,00

NB : Morbidité=lésions des parties molles (n=6) et hémorragie de la délivrance (n=3)

Pronostic fœtal de l'accouchement

Complications fœtales

- **Souffrance Fœtale Aigue (SFA)**

A l'issue de l'accouchement, nous avons enregistré 7 cas (6,42%) de SFA chez le 1^{er} jumeau et 11 cas (10,09%) chez le 2^{ème} jumeau (sur l'ensemble des accouchements: césarienne et voie basse).

- **Mort in utero**

Nous avons enregistré 4 cas (3,67%) de mort in utero du 1^{er} jumeau et 5 cas (4,59%) pour le 2^{ème} jumeau.

Etat des nouveau-nés à la naissance

Intervalle de temps entre le 1^{er} jumeau et le 2^{ème} jumeau

L'intervalle de temps compris entre 1 et 15 min représentait 91,74% (Tableau VII).

Tableau III: Répartition en fonction de l'intervalle de temps entre J1 et J2

	Effectifs	Pourcentage
1 à 15min	100	91,74
16 à 30min	07	6,42
Plus de 30 min	02	1,84
Total	109	100,00

Score d'Apgar de J1 et J2

J1 et J2 avaient un score d'Apgar ≥ 7 dans respectivement 95,41% et 91,74% des cas (Tableau VIII).

Tableau IV: Répartition en fonction du score d'Apgar de J1 et J2

Score Apgar à la 5^{ème} min	J1		J2	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
0 à 3	4	3,67	5	4,59
4 à 6	1	0,92	4	3,67
≥ 7	104	95,41	100	91,74
Total	109	100	109	100

Poids de J1 et J2

Concernant le poids, 43 (39,45%) des 1^{ers} jumeaux et 69 (63,30%) des 2^{èmes} jumeaux avaient un poids de naissance inférieur à 2500g avec un faible poids de naissance globale de 53,85% (Tableau IX).

Tableau IX: Répartition en fonction du poids de J1 et J2

Poids	J1		J2	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 2500g	43	39,45	69	63,30
2500 à 3500g	65	59,63	40	36,70
Supérieur à 3500g	01	0,92	00	0,00
Total	109	100,00	109	100,00

Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal de l'accouchement gémellaire**Facteurs influençant le pronostic maternel**

Le pronostic maternel était bon dans 100% des cas chez les parturientes ayant accouché par césarienne. Nous avons noté 13,46% de morbidité chez celles qui ont accouché par voie basse avec 2,75% d'hémorragie de la délivrance et 11,54% de lésions des parties molles.

Facteurs influençant le pronostic fœtal**Age gestationnel et pronostic des jumeaux**

On note que 4 sur 65 (6,15%) des J1 prématurés étaient des mort-nés et aucun des J1 nés à terme ($P = 0,170$). Aussi, 1 sur 44 (2,27%) des J2 prématurés étaient des mort-nés contre 6,15% des J2 nés à terme ($P=0,510$). Les P value ne sont pas significatives dans ce cas (Tableau X).

Tableau X: Répartition du pronostic de J1 et J2 en fonction de l'âge gestationnel

Age gestationnel	Apgar à la 5 ^{ème} min				P Value
	0 à 3	4 à 6	≥ 7	Total	
J1 Inférieur à 37 SA	4 (6,15)	1 (1,54)	60 (92,31)	65 (100%)	0,170
37 à 42 SA	0 (0,00)	0 (0,00)	44 (100)	44 (100%)	
Total	4 (3,67)	1 (0,92)	104 (95,41)	109 (100%)	
J2 Inférieur à 37 SA	1(2,07)	1(2,27)	42(95,46)	44(100%)	0,510
37 à 42 SA	4(6,15)	3(4,62)	58(89,23)	65(100%)	
Total	5(4,67)	4(3,67)	100(91,74)	109(100%)	

Voie d'accouchement et pronostic des jumeaux

Les J1 nés par voie basse étaient des mort-nés dans 5,77% des cas contre 1,75% des J1 nés par césarienne (P=0,180). Concernant les J2, ceux qui sont nés par voie basse étaient des mort-nés dans 6% des cas contre 3,39% des J2 nés par césarienne (P=0,380). Les P value ne sont pas significatives dans ce cas (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition du pronostic de J1 et J2 en fonction de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Apgar à la 5 ^{ème} min				P Value
	0 à 3	4 à 6	≥ 7	Total	
J1 Césarienne	1 (1,75)	1 (1,75)	55 (96,50)	57 (100%)	0,180
Voie basse	3 (5,77)	1 (1,92)	48 (92,31)	52 (100%)	
Total	4 (3,67)	2 (1,83)	103 (94,50)	109 (100%)	
J2 Césarienne	2 (3,39)	1 (1,69)	56 (94,92)	59 (100%)	0,380
Voie basse	3 (6,00)	3 (6,00)	44 (88,00)	50 (100%)	
Total	5 (4,58)	4 (3,67)	100 (91,75)	109 (100%)	

Temps de naissance écoulé entre J1 et J2 et le pronostic de J2

50% des J2 qui sont nés plus de 30 min après J1 sont des mort-nés contre 28,57% qui sont nés entre 16 et 30 min et 2% qui sont nés entre 1 et 15 min après la naissance (P=0,001). La P value est pas significative dans ce cas (Tableau XII).

Tableau XII : Répartition du pronostic de J2 en fonction du temps de naissance écoulé entre J1 et J2

Intervalle de temps	Apgar de J2 à la 5 ^{ème} min				P Value
	0 à 3	4 à 6	7 et plus	Total	
1 à 15 min	2 (2,00)	3 (3,00)	95 (95,00)	100 (100%)	0,001
16 à 30 min	2 (28,57)	1 (14,29)	4 (57,14)	7 (100%)	
Plus de 30 min	1 (50,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	2 (100%)	
Total	5 (4,58)	4 (3,67)	100 (91,75)	109 (100%)	

Discussion

Profil épidémiologique des parturientes

Fréquence

La fréquence des accouchements gémellaires était estimée à 2,07% dans cette étude. Cette fréquence des accouchements gémellaires est inférieure à celles trouvées par Togo K. au CHU SO à Lomé (2019) qui est de 4,97% et Toure A. (2023) au Mali qui est de 4,83%. Cette faible fréquence dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que l'HME-SOS Kara ne reçoit pas assez de cas d'accouchements à risque comme accouchements gémellaires vu son statut de troisième centre de référence de la région de la Kara. Certains dossiers des parturientes ayant accouchées des jumeaux étaient incomplets et non classés par années, ce qui ne nous avait pas permis de retrouver tous les dossiers de ces parturientes. Aussi, à cause de la courte durée de l'étude nous n'avons pas pu faire une étude transversale comparative avec un cas témoin pour mieux ressortir le pronostic.

Données sociodémographiques

La tranche d'âge la plus fréquente était celle comprise entre 20 et 35 ans avec une fréquence de 89,91%. L'âge moyen des parturientes était de 28,8 ans avec des extrêmes de 20 ans et 39 ans. Ce résultat est similaire à ceux observés par Toglo(2019) et Kamga (2013) au Niger qui ont trouvé respectivement un âge moyen de 28,63 ans et 27,75 ans. Par contre de nombreux travaux ont établi que la probabilité de survenue d'une grossesse multiple est élevée après 30 ans ; puisqu'au fur et à mesure que l'âge maternel avance au-delà de 30 ans, il y'a une élévation importante du taux de l'hormone de stimulation folliculaire (FSH) induisant des croissances folliculaires et des ovulations multiples (Toglo, 2019).

Antécédents obstétricaux

Les paucipares étaient les plus représentées avec 37,61% suivies de 26,60% des primipares, 22,93% des nullipares et 12,86% des multipares. De même Toglo(2019) avait trouvé dans son étude 34,61% des paucipares suivies de 26,29% des nullipares, 23,82% des primipares et 13,26% des multipares. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des paucipares ont un âge maternel qui favorise les grossesses gémellaires à cause de l'augmentation de l'hormone folliculaires.

Caractéristiques liées à l'accouchement

Les parturientes étaient référées dans 12,84% des cas. Ceci s'expliquerait par le fait que l'HME-SOS Kara n'est pas le premier centre de référence et qu'il se retrouve non loin des deux grands centres de référence qui sont le Centre Hospitalier Universitaire de Kara (CHU) et le Centre

Hospitalier Régional (CHR) de Kara. Toglo(2019) et Touré B. (2019) au Niger dans leur étude ont obtenu un pourcentage supérieur soit respectivement 66,52% et 43% des parturientes référées. Dans notre étude le principal motif d'admission des parturientes était la césarienne programmée soit 37,61% des cas. Cela pourrait s'expliquer par l'élargissement des indications césariennes prophylactiques. Par contre, le principal motif d'admission dans l'étude de Toure A.(2024) était la contraction utérine douloureuse soit 56,00%.

L'accouchement était prématuré dans 59,63% des cas et dans 40,37% à terme. De même Toglo (2019) et Toure A. (2024) avaient trouvé respectivement 48,99% et 53,30% des accouchements prématurés. Par ailleurs nos résultats sont supérieurs à ceux de M'bortche (2010) au CHU Tokoin de Lomé et Traoré C.(2015) qui ont trouvé respectivement 31,1% et 28,60% des cas d'accouchement prématuré. Cela serait dû aux risques élevés de prématurité dans les grossesses gémellaires.

Pronostic materno-fœtal de l'accouchement gémellaire

Pronostic maternel

La majorité des parturientes ont accouché par césarienne soit 52%. Ce taux est proche de celui trouvé par Chekib et al., (2020) en Tunisie soit 53,9%. Par contre, Toglo (2026) dans son étude a trouvé 33,90% des cas de césarienne. Le taux élevé de césariennes en cas de grossesse gémellaire s'expliquerait par l'élargissement des indications de césariennes programmées dans nos structures si la présentation de J1 est en siège, devant un utérus cicatriciel sur grossesse gémellaire ou devant une prééclampsie.

La prééclampsie a été l'indication la plus fréquente au cours de notre étude avec 15,79% des cas suivie de GG dans un utérus cicatriciel avec 14,04%. Nos résultats sont différents de ceux de Touré A. (2024) qui avait trouvé la présentation de J1 en siège comme l'indication la plus fréquente au cours de son étude avec 37,50% des cas suivis de l'utérus cicatriciel avec 16,70% des cas. La présentation du 1^{er} jumeau dans une grossesse gémellaire influence le mode d'accouchement ; s'il est en position transversale ou de siège chez la nullipare, la césarienne est le mode d'accouchement le plus privilégié. Les indications de césarienne prophylactique pour J1 en siège chez primigeste étaient de 17,45% dans notre étude.

Sur 52 accouchements par voie basse 2 cas soit 3,85% de version par manœuvre interne de J2 ont été enregistrés dans notre étude. Nos résultats sont similaires à celui rapporté par M'bortche (2010) qui avait retrouvé 3,10% des cas. Aussi, nous avons enregistrés 2 cas soit 3,85% de césariennes pour J2. La césarienne réalisée sur le deuxième jumeau dans notre étude serait due à la rétention de J2.

La fréquence de l'hémorragie de la délivrance était de 2,75% dans notre étude. (Suzuki et al., 2009) avaient démontré une fréquence 18 fois plus importante d'hémorragie du post-partum dans les grossesses gémellaires.

Cette fréquence élevée d'hémorragie du post-partum retrouvée dans les études s'expliquerait par la distension utérine avec un risque d'inertie dans le post-partum immédiat. L'hémorragie de la délivrance est l'une des complications majeures de l'accouchement gémellaire pouvant être la cause de la mort maternelle.

La fréquence des lésions des parties molles était de 11,54% dans notre étude. Elle était proche de celle observée par Lankoande (2007) au Sénégal, qui enregistrait 10% de déchirures périnéales, et plus élevée que celle observée par Anis (2012) et Chekib (2020), qui enregistraient 1,6%. La fréquence élevée de déchirures périnéales dans notre étude serait due à l'expulsion brutale des bébés à cause de leur petit poids.

Le pronostic maternel était bon dans 93,58% des cas avec 6,42% de morbidité et aucune mort maternelle. Par contre, Kanga (2013) avait rapporté 1,13% de décès maternel. La morbidité maternelle était définie par l'hémorragie de la délivrance et la lésion des parties molles dans notre étude.

Pronostic fœtal

Nous avons enregistré 7 cas soit 6,42% de SFA chez le 1^{er} jumeau et 11 cas soit 10,09% chez le 2^{ème} jumeau sur l'ensemble des accouchements (césarienne et voie basse). Aussi, nous avons enregistré 4 cas soit 3,67% de mort in utero du 1^{er} jumeau contre 5 cas soit 4,59% pour le 2^{ème} jumeau. Toure A. (2024) a fait état de 5 cas de mort-né pour le premier jumeau soit 6,70% et 8 cas pour le second jumeau soit 10,70%. Toure B. (2019) aussi a fait état de 6 cas soit 1,90% de mort-né pour le premier jumeau et de 11 cas soit 3,50% pour le second jumeau. Ces résultats montrent que le pronostic de J2 est moins favorable que celui de J1 dans les accouchements gémellaires.

On note que 95,41% des J1 et 91,74% des J2 ont un score d'Apgar ≥ 7 . Nos résultats sont similaires à une étude menée par Traore C.(2015) qui avait rapporté 89,80% pour chacun des jumeaux ayant un score d'Apgar ≥ 7 . En revanche Toure B. (2019) dans son étude avait rapporté 76,30% des J1 et 74,80% des J2 ayant un score d'Apgar ≥ 7 . Nos résultats montrent que le pronostic de J1 est meilleur que celui de J2.

L'intervalle de temps de naissance entre J1 et J2 était inférieur ou égal à 15 min dans 91,74% des cas avec les extrêmes de 1 min et 06h 05min. Le même constat est fait par Toure A.(2024)avec 92,00% de cas. Par ailleurs, ce résultat est supérieur à celui de Toglo (2019) qui comptabilisait un intervalle inférieur ou égal à 15 minutes dans 86,72% des cas. La réduction de l'intervalle dans notre étude serait due au taux élevé de césarienne.

Classiquement, le pronostic du second jumeau est mauvais lorsque ce délai est long (Théra et al., 2018).

La gémellité de type bichoriale biamniotique était la plus fréquente avec un taux de 44,95% suivie des monochoriales biamniotiques 29,36%. Les résultats de la gémellité de type bichoriale biamniotique sont inférieurs à ceux retrouvés par Toure A(2024) et Chekib et al.(2020) qui avaient trouvé respectivement 54,7% et 67% . Par contre, les résultats de la gémellité de type monochoriale biamniotique étaient supérieurs à ceux retrouvés par Toure A. (2024) 22,3% et Chekib et al., (2020) 11,5%.

Le faible poids de naissance représentait 53,85% dans notre étude. Ce résultat est inférieur à ceux retrouvé par Toglo (2019) et M'bortche (2010) qui ont trouvé respectivement, 70,56% et 60,40% des faible poids de naissance . Ce taux inférieur de faible poids de naissance dans notre étude serait dû aux conditions socio-économiques de nos parturientes.

Nous avons enregistré au total 26 cas soit 23,85% de syndrome de transfuseur-transfusé. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude, la gémellité du type monochoriale était la plus représenté avec un taux de 55,05% en soulignant que le syndrome de transfuseur-transfusé est une complication de ce type de gémellité.

Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal de l'accouchement gémellaire

Facteurs influençant le pronostic maternel

Le pronostic maternel était bon dans 100% des cas chez les parturientes ayant accouchées par césarienne tandis qu'on note 13,46% de morbidité chez celles qui ont accouché par voie basse avec 2,75% d'hémorragie de la délivrance et 11,54% de lésions des parties molles. Cela montre que la voie d'accouchement influence le pronostic maternel et que la césarienne rend meilleur ce pronostic dans les accouchements gémellaires avec une prévention de lésions des parties molles.

Facteurs influençant le pronostic fœtal

Nous avons enregistré que 4 sur 65 soit 6,15% des J1 prématurés étaient des mort-nés contre aucun des J1 nés à terme. Aussi, 1 sur 44 soit 2,27% des J2 prématurés étaient des mort-nés contre 6,15% des J2 nés à terme. Nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative ($p > 0,05$) entre l'âge gestationnel et le pronostic périnatal de J1 et J2. Cela signifie que la prématurité n'a pas eu d'impact significatif sur le pronostic des jumeaux dans cette étude.

Les J1 nés par voie basse étaient des mort-nés dans 5,77% des cas contre 1,75% des J1 nés par césarienne. Par contre, 6% des J2 étaient des mort-nés dans l'accouchement par voie basse et 3,39% dans l'accouchement

par césarienne. Nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative ($p > 0,05$) entre la **voie d'accouchement** (césarienne ou voie basse) et le **pronostic de J1 et J2**. Cela signifie que dans notre, la voie d'accouchement **n'a pas influencé de manière significative le score d'Apgar des jumeaux**.

La mortinaissance des J1 était plus représentée chez les primipares avec un taux de 6,90% suivie des nullipares 4% puis les paucipares 2,44%. Concernant les J2, la mortinaissance était majoritaire chez les nullipares 8% suivie des multipares 7,14% puis les paucipares 4,88%. Nous n'avons pas retrouvé une relation statistiquement significative ($p > 0,05$) entre le pronostic des jumeaux et la parité. Ce résultat est cohérent avec celui rapporté par Toglo (2019).

Nous avons enregistré que 50% des J2 qui sont nés plus de 30 min après J1 sont des mort-nés contre 28,57% qui sont nés entre 16 et 30 min et 2% qui sont nés entre 1 et 15 min après la naissance de J1. Nous avons observé que le pronostic du deuxième jumeau est statistiquement significatif ($P=0,001<0,05$) en fonction du temps écoulé entre l'accouchement de J1 et J2. Ce résultat est similaire avec celui rapportés par Toglo (2019). Plus le temps entre les deux naissances augmente, plus le pronostic périnatal de J2 se détériore notamment une proportion croissante de mort-né. Cela confirme l'importance de réduire au maximum le délai entre les deux naissances, idéalement moins de 15 minutes pour un meilleur pronostic du second jumeau.

Conclusion

Cette étude rétrospective à visé descriptive portant sur le thème pronostic de l'accouchement gémellaire menée à la maternité de l'HME-SOS Kara a permis d'identifier 109 cas de grossesses gémellaires au cours des années 2020 à 2025 avec une fréquence de 2,07%. Au terme de cette étude nous pouvons dire que l'accouchement gémellaire est un accouchement à risque en raison des complications toutes susceptibles de retentir sur le déroulement du travail d'accouchement. Ainsi, l'étude montre une prédominance de césariennes, une forte prématurité et un bon pronostic maternel. Le pronostic périnatal de J2 était largement influencé par l'intervalle de temps entre les naissances de J1 et J2. Cependant, ni l'âge gestationnel, ni la voie d'accouchement, ni la parité, ni le type de gémellité n'a significativement influencé ce pronostic. Il ressort de notre étude que la prise en charge de l'accouchement gémellaire nécessite un suivi régulier et une prise en charge pluridisciplinaire comportant l'obstétricien, la Sage-Femme et le néonatalogue.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Eleonore C. La morbidité et mortalité chez J2 lors d'un accouchement gémellaire : impact de la prise en charge de l'accouchement sur l'état néonatal du deuxième jumeau. Revue systématique de la littérature. Science du vivant 2022, 1; 39.
2. Chekib Zedini, Rania Bannour, Badra Bannour. L'accouchement des grossesses gémellaires et pronostic materno-fœtal dans un centre universitaire Tunisien de niveau 3: étude rétrospective à propos de 399 cas. Pan Afr Med J. 2020, 36; 237.
3. Toure A. Accouchement gémellaire : aspects épidémiologiques et cliniques à la maternité de l'hôpital Somine Dolo de Mopti. [Thèse de médecine]. Mali 2024, 1-68.
4. Toglo K. Accouchement gémellaire : Pronostic du deuxième jumeau à la maternité du CHU SO. Mémoire de DES de gynécologie obstétrique /FSS/UL/2019, Togo, 1-60.
5. Toure B. Accouchement gémellaires : Aspects épidémio-cliniques et pronostic fœto-maternel au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. [Thèse de médecine]. Univ Bamako 2019, 105p n°358.
6. Traore C. Grossesses et accouchements gémellaires dans le service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. [Thèse de médecine]: Bamako 2015, 15-99.
7. M'bortche B. Accouchements multiples au CHU-Tokoin de Lomé de 2007 à 2008 [Thèse de médecine]. 2010.
8. Suzuki S, Igarashi M. Risk factors for preeclampsia in Japanese twin pregnancies: comparison with those in singleton pregnancies. Arch Gynecol Obstet 2009;280:389-93.
9. Lankoande N, Moréira P, Cissé ML, Diouf A, Mbaye M, Faye Dieme ME. La grossesse et l'accouchement gémellaire à la maternité du centre de santé Roi Baudouin de Dakar : aspects épidémiologiques et pronostiques. Journal de la SAGO. 2007 ; 8 : 6-11.
10. Anis Fadhlou, Amina Hassis, Mohamed Khrouf. L'accouchement des grossesses gémellaires. Expérience de la maternité de l'Hôpital Aziza Othmana : A propos de 117 cas. LA TUNISIE MEDICALE- 2012 ; Vol 90(n° 02) :136-143 .

11. Kamga K. Accouchement gémellaire à la maternité ISSAKA GAZOBY à propos d'une étude rétrospective de 710 cas colligé sur 4 ans. Thèse de médecine : Niamey 2013, 1-161.
12. Théra T et coll. Accouchement gémellaire en milieu africain : une analyse de 10ans dans le district de Bamako au Mali. Pan African Medical Journal. 2018 ; 29 (21) : 14277.
13. Le Huu N. Pronostic en médecine: approches et enjeux. Rev Med Interne. 2019 ; 40(5):287-294.