

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

Ecole 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

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n27p178](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n27p178)

Submitted: 05 July 2026

Accepted: 05 September 2026

Published: 30 September 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*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (27), 178.

<https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n27p178>

Résumé

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

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

Méthodologie : Etude rétrospective descriptive (1er janvier 2020 - 30 avril 2025), incluant les dossiers correctement renseignés des parturientes ayant accouché de jumeaux à la maternité de l'HME-SOS de Kara.

Résultats : Le taux global d'accouchements gémellaires était de 2,07%. Les paucipares dominaient (37,61 %) et 12,84% parturientes étaient référées. Le principal motif d'admission était la césarienne programmée (37,61 %), la prééclampsie étant l'indication opératoire la plus fréquente (15,79%). Le taux de nouveau-nés avec un Apgar ≥ 7 était de 95,41% pour les premiers jumeaux et 91,74% pour les seconds. La gémellité bichoriale biamniotique était prédominante (44,95%) et l'accouchement était prématuré dans 59,63% des cas. Le pronostic maternel était favorable dans 93,58% des cas, avec 6,42% de morbidité et aucune mortalité maternelle. L'intervalle de naissance entre J1 et J2 était inférieur ou égal à 15 min dans 91,74% des cas (extrêmes : 1 min et 06h 05min). Nous avons enregistré 4 cas (3,67 %) de mort in utero du premier jumeau et 5 cas (4,59 %) pour le deuxième jumeau.

Conclusion : L'accouchement gémellaire demeure une grossesse à haut risque dans notre contexte, marquée par une fréquence élevée de césariennes et de complications hypertensives, notamment la prééclampsie.

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

Immediate Prognosis of Twin Deliveries at the SOS Mother and Child Hospital of Kara: A Study of 109 Cases Collected Between 2020 and 2025

Assiaham Walawita Ténété

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

Essomata Limwai

Sofiatou Tidjani

Wiyao Maniwa

National Midwifery School of Kara, Togo

Dédé Régine Diane Ajavon

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

Abdoul-Samadou Aboubakari

Department of Obstetrics and Gynaecology,
Kara University Hospital, Togo

Déladem Komi Azoumah

Paediatrics Department, Kara University Hospital, Togo

Abstract

Introduction: Twin delivery refers to the expulsion of two fetuses and their adnexa from the genital tract after 28 weeks of gestation.

Objective: To investigate twin deliveries at the HME-SOS Kara maternity unit (2020-2025).

Methods: A retrospective descriptive study was conducted from January 1, 2020, to April 30, 2025, at the HME-SOS Kara maternity unit, including all records of parturients who delivered twins during the study period.

Results: The overall twin delivery rate was 2.07%. Pauciparous women predominated (37.61%), and 12.84% of parturients were referred. The leading reason for admission was scheduled cesarean section (37.61%), with preeclampsia as the most frequent surgical indication (15.79%). The proportion of newborns with an Apgar score ≥ 7 was 95.41% for first twins

and 91.74% for second twins. Dichorionic-diamniotic twinning predominated (44.95%) and preterm delivery occurred in 59.63% of cases. The maternal prognosis was favorable in 93.58% of cases, with 6.42% morbidity and no maternal deaths. The delivery interval between twin 1 and twin 2 was ≤ 15 minutes in 91.74% of cases (range: 1 minute to 6 hours 5 minutes). Four intrauterine deaths of the first twin (3.67%) and five of the second twin (4.59%) were recorded.

Conclusion: Twin delivery remains a high-risk obstetric event, marked by a high rate of cesarean sections and hypertensive complications, particularly preeclampsia.

Keywords: Twin delivery; preterm birth; maternal-fetal prognosis; HME-SOS Kara

Introduction

La grossesse gémellaire, définie comme la présence simultanée de deux fœtus dans l'utérus (Eleonore,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 par voie haute dans 53,9%, avec un taux de césarienne de 1,5% pour le deuxième jumeau (Chekib et al., 2020).

Au Mali, Toure A de son côté avait enregistré en 2023, 68% d'accouchements par voie basse et 32% de césariennes 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 deuxième jumeau avec un taux de 7,2% de mortalité globale du deuxième 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 restent 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 celui des 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 de jumeaux à la maternité de l'HME-SOS Kara de 2020 à 2025. Il s'est agi d'un échantillonnage exhaustif portant sur les dossiers des parturientes ayant accouché de jumeaux à la maternité de l'HME-SOS Kara.

Etaient 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). Au total, 7 dossiers mal renseignés ont été exclus.

N'étaient pas inclus dans l'étude les dossiers incomplets des parturientes ayant accouché des jumeaux à la maternité de HME-SOS Kara de 2020 à 2025. Le pronostic maternel a été évalué à travers la morbidité et la mortalité maternelles.

Le pronostic fœtal a été apprécié à travers plusieurs indicateurs évalués séparément pour le premier jumeau (J1) et le second jumeau (J2) tels que : la souffrance fœtale aiguë (SFA), la mort in utero (MIU) et l'état du nouveau-né à la naissance qui était apprécié par le score d'Apgar. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes accompagnées de leurs écarts-types, et les variables qualitatives en effectifs et en pourcentages.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'analyse documentaire standardisée, préalablement validée par un comité en charge. La collecte reposait sur l'analyse documentaire des dossiers médicaux, du registre des accouchements et du registre d'admission des parturientes ayant accouché de jumeaux entre le 1er janvier 2020 et le 30 avril 2025. La saisie des données a été réalisée sur KoboToolbox version 2024.2.4, la confection des tableaux et des figures sur Microsoft Excel 2013, et l'analyse statistique avec Epi, Info version 7.2. Pour la comparaison des proportions, le test du chi-deux (χ^2) et le test exact de Fisher ont été utilisés avec un seuil de signification statistique fixé à $p < 0,05$.

Pour cette étude, une autorisation administrative a été obtenue auprès de la direction de l'Hôpital Mère et Enfants SOS Kara avant la collecte des données.

L'étude étant rétrospective et fondée exclusivement sur l'exploitation des dossiers médicaux, aucun contact direct avec les accouchées n'a été réalisé. La confidentialité et l'anonymat des accouchées ont été strictement respectés. Les données ont été utilisées uniquement à des fins scientifiques et aucune information permettant d'identifier les accouchées ou les nouveau-nés n'a été collectée ni publiée.

Dans cette étude :

- La prématurité est définie comme un accouchement gémellaire survenu avant 37 semaines d'aménorrhée
- La souffrance fœtale (SFA) est définie comme l'association de liquide amniotique méconial et la modification anormale du rythme cardiaque fœtal décelable à l'échographie ou au stéthoscope de Pinard chez un des jumeaux ou les deux ;
- La chorionicité : est définie par le nombre de placenta trouvé le jour de l'accouchement
- La morbidité fœtale est définie par l'existence d'une SFA, un retard de croissance ;
- La morbidité maternelle est définie comme l'existence des complications après accouchement telles que les déchirures des parties molles, l'hémorragie ou autres complications dans les suites de couches.
- Le syndrome transfuseur transfusé : est diagnostiqué à l'échographie du deuxième trimestre pour une grossesse monochoriale en évaluant la quantité du liquide autour des jumeaux et la taille de leurs vessies. Le transfuseur a une petite vessie et un oligoamnios avec une confirmation à l'accouchement sur la base des arguments cliniques;
- Primipare: c'est une personne ayant accouché une seule fois.
- Paucipare : c'est une personne ayant eu deux à trois accouchements préalables.
- Multipare : c'est une personne ayant eu quatre à cinq accouchements.
- Mort-né : nouveau-né décédé avant sa naissance.
- Mort néonatale : nouveau-né décédé dans les 28 premiers jours après sa naissance.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons dénombré 109 accouchements gémellaires sur un total de 5251 accouchements, soit un taux de 2,07% avec un taux moyen mensuel de 1,07%. Les valeurs des années 2020 à 2024 portent sur 12 mois complets ; la valeur de 2025 porte sur 4 mois de janvier à avril (Figure 1).

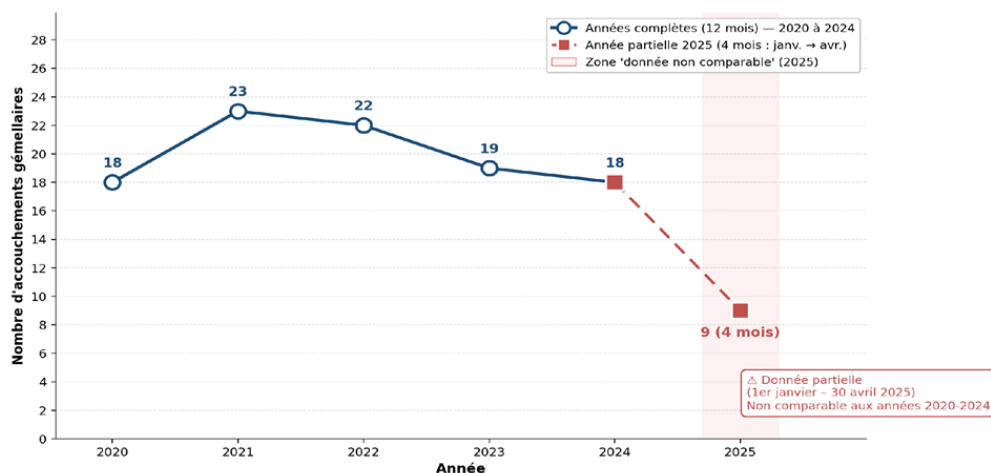


Figure 1 : Evolution des accouchements gémellaires (2020-2025)

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
15 -19 ans	00	00,00
20 – 24 ans	48	44,03
25-34ans	50	45,88
35-44ans	11	10,09
45ans et plus	00	00,00
Total	109	100,00

Antécédents obstétricaux

Gestité

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

Tableau II: Répartition des parturientes selon la gestité

	Effectifs	Pourcentage
Primigestes	20	18,35
Paucigestes	50	45,87
Multigestes	37	33,94
Grandes multigestes	02	01,84
Total	109	100,00

Parité

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

Tableau III: Répartition des parturientes selon la parité

	Effectifs	Pourcentage
Nullipares	25	22,93
Primipares	29	26,60
Paucipares	41	37,61
Multipares	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	0,92
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 2).

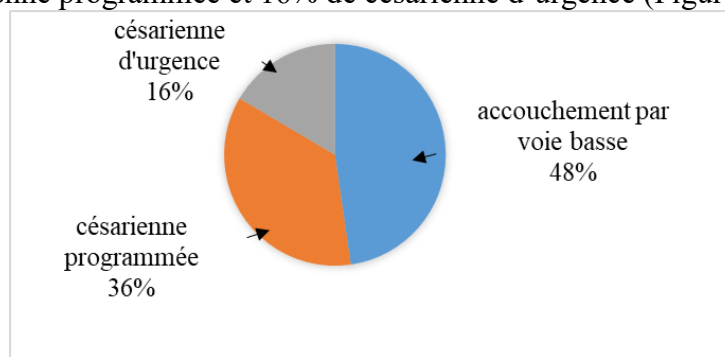


Figure 2: Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement

- **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)

GG :	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 utéro de J2 en présentation transversale	01	1,75
Utérus bicatriciel	04	7,02
Bassin rétréci	01	1,75
HTA plus présentation de siège de J1	03	5,27
Hémoglobinopathie CC	01	1,75
GG plus PTME	01	1,75
J2 en présentation transversale chez nullipare	01	1,75
Total	57	100,00

grossesse gémellaire

- **Version par manœuvre interne du deuxième jumeau**

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

- **Césarienne du deuxième 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. La morbidité maternelle concernait 7 parturientes soit 6,42 %. Certaines présentaient plus d'une complication, ce qui explique que le nombre total d'événements morbides soit supérieur au nombre de patientes concernées. (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 premier jumeau et 11 cas (10,09%) chez le deuxième 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 premier jumeau et 5 cas (4,59%) pour le deuxième jumeau.

- **Syndrome de transfuseur-transfusé**

Des signes évocateurs de syndrome de transfuseur-transfusé ont été retrouvés dans certains dossiers (26 cas) sur 109 accouchements gémellaires enquêtés soit 23,85 %.

Etat des nouveau-nés à la naissance

Intervalle de temps entre le premier jumeau et le deuxième jumeau

L'intervalle de temps compris entre le premier jumeau et le deuxième jumeau était de 1 à 15 min dans 91,74% des cas (Tableau VII).

Tableau VII: 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 VIII: 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	100,00

• Type de gémellité

Sur 109 accouchements gémellaires, la gémellité bichoriale biamniotique représentait 44,95%. (Tableau IX)

Tableau: IX Répartition des parturientes en fonction du type de gémellité

	Effectifs	Pourcentage
Bichoriale biamniotique	49	44,95
Monochoriale biamniotique	32	29,36
Monochoriale monoamniotique	28	25,69
Total	109	100,00

Poids de J1 et J2

Concernant le poids, 43 (39,45%) des premiers jumeaux et 69 (63,30%) des deuxièmes jumeaux avaient un poids de naissance inférieur à 2 500 g (Tableau X).

Tableau X: 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 ($p = 0,170$) n'était mort-né. 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-values ne sont pas significatives dans ce cas (Tableau XI).

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

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

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 ($p = 0,673$) 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 ($p=0,446$). Les p-values ne sont pas significatives dans ce cas (Tableau XII).

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

Voie d'accouchement		Apgar à la 5e min			p-Value
		0 à 3	4 à 6	≥ 7	
J1	Césarienne	1 (1,75)	1 (1,75)	55 (96,50)	0,673
	Voie basse	3 (5,77)	1 (1,92)	48 (92,31)	
	Total	4 (3,67)	2 (1,83)	103 (94,50)	
J2	Césarienne	2 (3,52)	1 (1,75)	54 (94,73)	0,446
	Voie basse	3 (5,76)	3 (5,76)	46 (88,48)	
	Total	5 (4,58)	4 (3,67)	100 (91,75)	

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

Cinquante pour cent (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 significative dans ce cas (Tableau XIII).

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

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

Discussion

Limites de l'étude

Cette étude rétrospective repose sur un effectif limité et des dossiers médicaux parfois incomplets, exposant à un biais de sélection, à une sous-déclaration possible des complications et à une précision restreinte des estimations. L'absence de suivi néonatal à long terme ne permet pas d'apprécier les issues neurodéveloppementales ni la morbi-mortalité différée. Par ailleurs, comme il s'agit d'une étude d'observation qui ne tient pas compte de tous les facteurs qui auraient pu influencer les résultats, il est difficile d'établir un lien de cause à effet direct entre le mode d'accouchement et la santé de la mère ou de l'enfant.

Il serait donc utile de mener d'autres études, conduites dans plusieurs centres et avec un suivi plus long des enfants, pour confirmer ces résultats.

Profil épidémiologique des parturientes

Fréquence

Le taux des accouchements gémellaires était estimé à 2,07% dans cette étude. Ce taux d'accouchements gémellaires est inférieur à ceux trouvés par Togo K au CHU SO à Lomé (2019), qui était de 4,97%, et par Toure A (2023) au Mali, qui était 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 des accouchements gémellaires vu son statut de troisième centre de référence de la région de la Kara. Certains dossiers des parturientes ayant accouché des jumeaux étaient incomplets et non classés par année, ce qui ne nous avait pas permis de retrouver tous les dossiers de ces parturientes.

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 folliculaire.

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) au Togo et Touré B. (2019) au Niger, dans leurs études, ont obtenu des pourcentages supérieurs, soit respectivement 66,52% et 43% de 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% d'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 (2019) et Ekubay et al. (2024) dans leurs études, ont trouvé respectivement 33,90 % et 37 % des cas de césariennes. 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 premier 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 la primigeste étaient de 17,45% dans notre étude.

Sur 52 accouchements par voie basse, deux cas, soit 3,85% de versions par manœuvre interne de J2 ont été enregistrés dans notre étude. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par M'bortche (2010) qui avait retrouvé 3,10% des cas. 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 dix-huit fois plus importante d'hémorragie du post-partum dans les grossesses gémellaires. Abdulsalam et al. (2024), dans une méta-analyse récente, ont confirmé que

plus d'un accouchement par voie basse sur dix et plus d'une césarienne sur quatre se compliquent d'une hémorragie du post-partum en cas de grossesse gémellaire. 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 enregistrait 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, Kamga (2013) avait rapporté 1,13% de décès maternels. 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 premier jumeau et 11 cas, soit 10,09 % chez le deuxième jumeau sur l'ensemble des accouchements (césarienne et voie basse). Aussi, nous avons enregistré 4 cas, soit 3,67% de morts in utero du premier jumeau contre 5 cas, soit 4,59 % pour le deuxième 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) a aussi 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 $\geq$ 7. Nos résultats sont similaires à ceux d'une étude menée par Traoré C. (2015) qui avait rapporté 89,80% pour chacun des jumeaux ayant un score d'Apgar $\geq$ 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 $\geq$ 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 6 h 05 min. Le même constat est fait par Toure A. (2024) avec 92,00 % des 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 césariennes.

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 à 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 retrouvés par Toglo (2019) et M'bortche (2010) qui ont trouvé respectivement, 70,56% et 60,40% de 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 sur la base des arguments échographiques et cliniques surtout mais l'interprétation de ces résultats doit rester prudente en raison du caractère rétrospectif de l'étude.

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

Facteurs influençant le pronostic maternel

Le pronostic maternel était favorable dans 100% des cas chez les parturientes ayant accouché 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.

Dans notre série, la morbidité maternelle rapportée était enregistrée uniquement chez les parturientes ayant accouché par voie basse. Cependant, en raison du caractère rétrospectif et descriptif de l'étude, ce résultat ne permet pas de conclure à une supériorité causale de la césarienne sur la voie basse.

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, était un mort-né contre 6,15% des J2 nés à terme. Nous n'avons pas trouvé de 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, bien que la littérature internationale souligne un risque 5 fois plus élevé de mortalité néonatale et infantile précoce liée à la prématurité chez les jumeaux (Roman et al., 2022).

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 de relation statistiquement significative ($p > 0,05$) entre la voie d'accouchement (césarienne ou voie basse) et le pronostic à J1 et J2. Cela signifie que, dans notre étude, la voie d'accouchement n'a pas influencé de manière significative le score d'Apgar des jumeaux, résultat cohérent avec la récente revue systématique de Callado et al. (2025) qui ne met pas en évidence de différence néonatale significative entre l'accouchement vaginal programmé et la césarienne programmée dans les grossesses gémellaires.

La mortinaissance des J1 était plus fréquente chez les primipares, avec un taux de 6,90 %, suivie des nullipares à 4 %, puis des paucipares à 2,44 %. Concernant les J2, la mortinaissance était majoritaire chez les nullipares, 8%, suivie des multipares, 7,14%, puis des paucipares, 4,88%. Nous n'avons pas retrouvé de relation statistiquement significative ($p > 0,05$) entre le pronostic des jumeaux et la parité. Ce résultat est cohérent avec celui rapporté par Toglo (2019). Ce constat est également conforté par les données internationales. Suh YH et al. (2009), dans une étude portant sur l'équilibre acidobasique du sang artériel ombilical du second jumeau, n'ont pas identifié la parité maternelle comme variable significative : le facteur pronostique dominant était l'intervalle de temps écoulé entre les deux naissances. De même, Mok SL et Lo TK (2022), sur 231 grossesses gémellaires à l'hôpital Princess Margaret de Hong Kong, confirment l'absence d'effet de la parité sur le pronostic périnatal du J2, après ajustement sur la prématurité et la présentation. Ces deux sources, issues respectivement de Corée du Sud et de Hong Kong, légitiment notre observation monocentrique togolaise et étendent sa portée à des contextes obstétricaux variés.

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 à celui rapporté par Toglo (2019). Plus le temps entre les deux naissances augmente, plus le pronostic périnatal de J2 se détériore, notamment avec une proportion croissante de mort-nés. 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. Cette relation dose-réponse entre allongement de l'intervalle inter-naissances et dégradation du pronostic du second jumeau est solidement étayée par la littérature internationale. Suh YH, Park KW, Lee BY et al. (2009) ont démontré, sur une série coréenne, que l'état acidobasique du sang artériel

ombilical du J2 se détériore progressivement avec l'augmentation de l'intervalle inter-naissance, avec installation d'une acidémie fœtale pathologique ($\text{pH} < 7,0$) dès que l'intervalle dépasse 20 minutes. Les auteurs recommandent formellement une intervention active et un dégagement rapide du second jumeau pour minimiser la durée de la seconde phase d'expulsion.

Conclusion

Cette étude rétrospective à visée descriptive, portant sur le pronostic de l'accouchement gémellaire à la maternité de l'HME-SOS de Kara, a permis d'identifier 109 cas de grossesses gémellaires entre 2020 et 2025, soit une fréquence de 2,07 %. Au terme de cette étude, il ressort que l'accouchement gémellaire demeure une situation obstétricale à risque en raison des complications susceptibles d'influencer le déroulement du travail et de l'accouchement. Dans notre série, cette situation s'est traduite par une prédominance des césariennes et une forte fréquence de la prématurité, tandis que le pronostic maternel est resté globalement favorable. Par ailleurs, le pronostic périnatal du deuxième jumeau était largement influencé par l'intervalle de temps séparant les naissances du premier et du deuxième jumeau. En revanche, l'âge gestationnel, la voie d'accouchement, la parité et le type de gémellité n'ont pas significativement influencé ce pronostic dans notre étude. Ces résultats soulignent surtout la nécessité d'une surveillance rigoureuse de l'accouchement gémellaire afin d'optimiser le pronostic maternel et périnatal.

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. Eléonore 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 gémellaire : 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, 105 p n° 358.
6. Traoré 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. Ekubay M, Berhe FT, Gebremedhin LW, et al. Prevalence and adverse outcomes of twin pregnancy in Eastern Africa: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2024, 24 : 169.
9. 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.
10. Abdulsalam FAM, Al-Mohammedy RS, Al-Halal AS, et al. Twin pregnancy and postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2024, 24: 637.
11. Lankoande N, Moréira P, Cissé ML, Diouf A, Mbaye M, Faye Dieme ME. La grossesse et l'accouchement gémellaires à la maternité du centre de santé Roi Baudouin de Dakar : aspects épidémiologiques et pronostiques. Journal de la SAGO. 2007 ; 8 : 6-11.
12. Anis Fadhlou, Amina Hassis, Mohamed Khrouf. L'accouchement des grossesses gémellaires. Expérience de la maternité de l'Hôpital Aziza Othmana : À propos de 117 cas.la Tunisie Médicale - 2012 ; Vol 90(n° 02) : 136-143.
13. Kamga K. Accouchement gémellaire à la maternité ISSAKA GAZOBY à propos d'une étude rétrospective de 710 cas colligés sur 4 ans. Thèse de médecine : Niamey 2013, 1-161.
14. Théra T et coll. Accouchement gémellaire en milieu africain : une analyse de 10 ans dans le district de Bamako au Mali. Pan African Medical Journal. 2018 ; 29 (21) : 14277.
15. Roman A., Ramirez A., Fox N.S. Prevention of preterm birth in twin pregnancies. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 2022 ; 4(2) : 100551. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2021.100551. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100551>

16. Callado G.Y., Gutfreund M.C., Palumbo C.M., et al. Maternal and infant outcomes of planned mode of delivery in twin pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2025; 104: 2226-2236. DOI: 10.1111/aogs.70074. Disponible: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12668818>
17. Suh YH, Park KW, Lee BY, et al. Relationship between Twin-to-twin Delivery Interval and Umbilical artery Acid-base Status in the Second Twin. *PubMed Central*, PMC2693590 (2009). Disponible à : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2693590/>
18. Mok SL, Lo TK. Vaginal delivery of second twins: factors predictive of failure and adverse perinatal outcomes. *Hong Kong Medical Journal*, 28(5):376-382 (octobre 2022). Disponible à : <https://www.hkmj.org/abstracts/v28n5/376.htm>