

## GESTION DE LA GROSSESSE TRIPLE À L'HÔPITAL DE DISTRICT DE N'DJAMENA SUD : A PROPOS D'UN CAS

BM. Gabkika<sup>1,\*</sup>, T. Ignanone<sup>1</sup>, K. Domga<sup>1</sup>, SO. Samba<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de district de N'Djamena Sud (Tchad)

<sup>2</sup> Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)

### RESUME

La grossesse triple est définie comme le développement intra utérin de trois fœtus. La voie d'accouchement reste toujours un sujet de controverse. Nous rapportons un cas d'accouchement de triplet à l'hôpital de district de N'Djamena sud. Il s'agit d'une multipare de 38 ans chez qui le diagnostic a été fait dès la 8<sup>ème</sup> semaine de gestation. L'accouchement a eu lieu sans incident au terme de 38 semaines de gestation, les nouveau-nés ont pesé 2650g, 2520g and 2550g.

**Mots clés:** Triplets birth - N'Djamena south - District hospital

### ABSTRACT

Triples are the intra uterine development of three fetuses. The management of triplets is a controversial subject because of the delivery mode. We report a case of triplets' birth by vagina in N'Djamena south district Hospital (Tchad). Multiparous of 38 years old, with triplets diagnosed at the 8th gestational weeks has safely given birth by vagina to triplets. The term was 38 gestational weeks. Babies have weighted: 2650g, 2520g and 2550g.

**Keywords:** Triplets birth - N'Djamena south - District hospital

### INTRODUCTION

La grossesse triple est définie comme le développement intra utérin de trois fœtus [1]. L'incidence des grossesses multiples est située entre 4 à 40/ 1000 naissance vivantes [2]. Statistiquement, l'incidence des grossesses triple est égale à 1/ (89) [2, 3]. Aux Etats-Unis, la fréquence de l'accouchement des triplets est de 1,935 pour 1000 naissances vivantes [4]. Depuis la vulgarisation des méthodes de procréation médicale assistée, nous assistons de moins en moins à de grossesse triple survenue spontanément. Cependant, quelques soit le mode de survenue la gestion de grossesse triple demeure une préoccupation de l'obstétricien tant durant la surveillance que pendant l'accouchement [1, 6]. La voie d'accouchement reste toujours un sujet de controverse. Dans l'optique de minimiser les risques maternels et fœtaux, de plus en plus de césariennes sont réalisées à travers le monde [4]. Nous rapportons un cas de grossesse triple dont l'accouchement a été fait par la voie basse à l'hôpital de district de N'Djamena sud.

### PRESENTATION DU CAS

Madame Z. D, 38 ans, ménagère, 4<sup>ème</sup> geste, 4<sup>ème</sup> pare avec un enfant vivant, et deux fausses couches spontanées est admise le 20 mars 2015 à 2h de l'après-midi pour début de travail d'accouchement sur grossesse de 38 semaines d'aménorrhée selon l'échographie précoce faite

Le début de la symptomatologie remonte à la matinée du 20 mars à 08h marquée par des douleurs abdominales à type de contraction utérine associées à de métrorragie faite de sang rouge minime. La persistance de la

symptomatologie motive la consultation à l'hôpital de district de N'djamena sud pour une bonne prise en charge. La grossesse é été bien suivie avec 10 consultations prénatales, (le bilan prénatal normal) mais la patiente n'a pas honoré à son rendez-vous prévue à la 34<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée dont l'objectif était de fixer la voie et la période propice pour l'accouchement. L'accouchement précédent était fait par la voie basse, et la patiente n'a pas antécédent chirurgical.

L'examen à l'admission retrouve une patiente consciente se plaignant de douleurs abdominales. L'état général était bon, les muqueuses colorées. Le poids était de 72kg pour une taille de 175cm. Les constantes étaient normales (TA= 110/60 mm Hg, T° =37.2 ° C, et les pouls = 85 bpm)



**Figure 1:** échographie faite à la 8<sup>ème</sup> semaine de gestation

\* Correspondence to: Gabkika Bray Madoué, MD  
Hôpital de la Mère et de l'enfant de N'Djamena  
District de N'Djamena Sud - Tchad  
Tel: + (235) 66277129  
E-mail: kickbray@yahoo.fr

A l'examen physique : nous avons enregistré une contraction utérine de 30 secondes de durée (il n'y a pas de tocographe dans le centre). La hauteur utérine était de 41cm, le premier jumeau était en présentation céphalique. Au toucher vaginal, le col était médian, effacé à 100% et dilaté à 4cm, les membranes intactes et le bassin était normal. Le doigtier a ramené de la glaire striée au sang. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

L'échographie réalisée en salle d'accouchement a permis de confirmer la présentation céphalique pour le premier jumeau. Les autres foetus étaient aussi en présentation céphalique.

Les estimations des poids des foetus étaient: 2750g, 2800g and 2550 respectivement pour le premier jumeau, le 2ième jumeau et le 3ième jumeau. Deux masses placentaires ont été identifiées.

Au vue des antécédents de la patiente, des présentations et des poids des foetus, nous avons réalisé successivement par la voie vaginale l'accouchement :

- du premier bébé, de sexe féminin, pesant 2550 g, APGAR 8-10.
- Du 2nd bébé de sexe féminin pesant 2520g, APGAR 9-10,
- et du 3ième bébé de sexe masculin pesant 2650, APGAR 8-10.

La délivrance a été sans particularité. Les deux placentas ont pesé 900g and 420g. Les suites des couches ont été simples avec exéat au 2ième jour post-partum.



Figure 2: Les nouveau-nés après la naissance.

## DISCUSSION

L'incidence des grossesses triples est de plus en plus croissante dans le monde grâce à l'apport de l'assistance médicale à la procréation [8]. La multiparité, les âges extrêmes, et le facteur héréditaire sont cités comme éléments favorisant la survenue des grossesses multiples [1 ; 3].

Le mécanisme expliquant les grossesses multiples spontanées est souvent le bizygodisme [1, 6]. Le phénomène de superfoetation n'est pas rapporté dans l'espèce humaine, par contre la superfécondation est

observée [1]. La fécondation de deux ovules lors d'un même cycle a conduisant à la grossesse triple a été rapportée [1, 3, 7].

L'échographie réalisée précocement est un examen déterminant dans l'identification du nombre des placentas et des cavités amniotiques [8]. Le signe de Lambda est une caractéristique annonçant la présence de deux placentas [8-9]. Le signe de T quant à lui dénote de l'existence de deux sacs ovulaires avec un placenta unique. Cependant la distinction entre le signe de T ou de lambda devient très aléatoire voire difficile avec l'avancée du terme compliquant la décision sur la voie d'accouchement [8-9]. Dans le contexte de grossesse triple, l'identification du nombre des cavités amniotiques est capitale pour la surveillance et le mode d'accouchement. La cavité amniotique unique augmente le risque de survenue de complications fœtales tant durant la grossesse que lors de l'accouchement [8-9]. L'échographie faite au 1er trimestre dans ce que nous rapportons a démontré son importance dans la gestion de la grossesse triple.

La proportion des foetus en présentation céphalique lors des grossesses multiples est estimée à 80% [10]. L'accouchement par voie vaginale du premier foetus en présentation céphalique se passe souvent sans incident. Cependant, il reste un sujet de controverse lorsque le foetus se présente en présentation de siège. Ainsi le collège américain de gynécologie et obstétrique a conseillé d'emblée une césarienne pour être à l'abri des complications que recèle la présentation de siège [12].

De nos jours, l'accouchement des triplets est réalisé de plus en plus par césarienne [6, 12]. Cependant, l'accouchement par la voie basse reste toujours possible. L'abord du détroit supérieur par la partie céphalique du premier jumeau apparaît comme un facteur autorisant la tentative d'accouchement par la voie basse. L'estimation du foetal peut corroborer cette tentative d'accouchement par la voie vaginale si le poids foetal est moyen. L'accouchement du foetus se passe sans incident pour les multipares si le poids est estimé à 3000g [13]. Notre attitude se justifie par l'estimation des poids faite en salle d'accouchement. Les poids des foetus variaient entre 2550- 2700g. Considérant tous ces facteurs pouvant autoriser l'accouchement par voie basse nous avons pu réaliser l'accouchement du triplet sans incident. La surdistension utérine due aux grossesses multiples est citée comme un facteur favorisant la survenue de l'hémorragie du post-partum [14-15], ainsi le suivi postpartum a été très rapproché avec exéat à J2 mettant à l'abri de l'hémorragie du post-partum immédiat.

## CONCLUSION

L'accouchement des triplets par voie vaginale reste toujours possible. Les facteurs tels que : les poids des foetus, les présentations fœtales, la parité maternelle, et la réalisation de l'échographie (précocement et en fin de grossesse) sont déterminant pour la prise de décision devant indiquer toute tentative d'accouchement par la voie basse.

### Approbation des auteurs

Tous les auteurs approuvent la soumission de cet article.

### Conflit d'intérêt

Il n'y a aucun conflit d'intérêt.

### Financement

Aucun financement n'a été obtenu lors de la préparation et

la rédaction de cet article.

### Consentement

Pour ce travail nous avons reçu l'assentiment de la patiente et celui du médecin chef de l'hôpital de district sud de N'Djamena.

### REFERENCES

1. Vaast P, Lucot JP, Chauvet MP et al. Grossesses multiples. Étude anatomoclinique et prise en charge. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie/Obstétrique*, 5-030-A-10, 2000, 20 p.
2. Petterson B, Blair A, Watson L, et al. Adverse outcome after multiple pregnancies. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1998 ; 12 : 1-7.
3. Pons JC, Charlemaine C, Dubreuil E, and al. Management and outcome of triplet pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998 ; 76 : 131-139.
4. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ. Three decades of twin births in the United States, 1980–2009. *NCHS Data Brief* 2012; (80):1–8.
5. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, and al. Births: final data for 2010. *Natl Vital Stat Rep* 2012; 61(1):1–100.
6. Christiane T A, Justin D, Benjamin H, and al. Heterotopic pregnancy at National University center, department of Gynecology/Obstetric about: 3 intra uterine babies and one ectopic baby. *Pan African Medical Journal*. 2015; 20:394
7. Multifetal pregnancy reduction. Committee Opinion No. 553. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013;121:405–10.
8. Philippe B, Bernard GM, Yann R et al. Twin and multiple pregnancies in ultasoung in obstetric practices, Edition masson 2014: 634-9
9. Doubilet PM, Benson CB. « Appearing twin »: undercounting of multiple gestations on early first trimester sonograms. *J Ultrasound Med* 1998 ; 17 : 199-203
10. Kaplan K, Rabinerson D. Mode d'accouchement des grossesses gémeillaires avec un premier jumeau en présentation par le siège. *Encycl Méd Chir, Obstétrique*, 5-049-L-49, 2002, 3 p.
11. Adams DM, Chervenak FA. Gestion des grossesses multiples. *Clin Obstet Gynecol* 1990 ; 33 : 52-60
12. Collège Américain de gynécologie-obstétrique. *Grossesses multiple*. Washington DC, 1989
13. Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, and al. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique*, 5-049-D-27, 1998, 35 p.
14. Oyelese Y, Ananth CV. Hémorragie du post-partum: épidémiologie, facteurs de risque et causes. *Clin ObstetGynecol*2010;53(1):147-56.
15. Lansac j, Teurnier F, Nguyen F. *Delivrance normale et pathologique*. *Traité d'obstétrique* Ed Masson, paris 2010. P 144-146.