



Déclenchement spontané du travail d'accouchement sur une grossesse à terme d'un fœtus anencéphale : une observation clinique inhabituelle

Spontaneous induction of labor in a full-term pregnancy of an anencephalic fetus:

an unusual case report

Teddy Habiragi Matega^{1,2}, Yvette Ufoymungu Neema¹, Jean-Jeannot Syhalikyolo Juakali¹, Gédéon Bosunga Katenga¹

Auteur correspondant

Teddy Habiragi Matega

Courriel : teddymatega@gmail.com

Summary

The fetal stress occurring at the end of pregnancy is linked to the peak of corticotropin-releasing hormone which is considered as the marker of placental clock. This stress is the spontaneous trigger of labor by stimulation of the corticotropic axis. In the anencephalic fetus, this mechanism is lacking due to the absence of synthesis of adrenocorticotrophic hormone secondary to hypothalamic-pituitary aplasia. In fact, anencephaly is almost always accompanied by the post-term pregnancy in the absence of hydramnios. However, when associated with hydramnios, it leads to premature delivery. We report a case of spontaneous induction of labor in pregnancy of thirty-eight weeks and one day. The pregnant woman had a collateral venous circulation in the abdominal wall, the uterine height was 41 centimeters, and the ultrasound scan showed an anencephalic fetus associated with polyhydramnios. The newborn died seven minutes after delivery. Therefore, although very rare, anencephaly associated with polyhydramnios can reach term. The second-trimester ultrasound should be performed in all pregnant women to detect this malformation and stop the evolution of the pregnancy because this pathology is incompatible with extrauterine life.

Keywords : Anencephaly, polyhydramnios, labor
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i3.9>

Received: December 8th, 2022

Accepted: April 19th, 2022

1 Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Kisangani, Kisangani, Province de la Tshopo, République Démocratique du Congo

2 Hôpital Provincial de la Police Nationale Congolaise, Kisangani, Province de la Tshopo, République Démocratique du Congo

Résumé

Le stress fœtal survenant au terme de la grossesse, lié au pic de production de la corticotropin releasing hormone, considérée comme l'horloge placentaire, est le déclencheur spontané du travail d'accouchement par stimulation de l'axe corticotrope. Ce mécanisme, cependant, par défaut de synthèse de l'hormone adrénocorticotrope secondaire à l'aplasie hypothalamo-hypophysaire fait défaut chez le fœtus anencéphale. En effet, l'anencéphalie s'accompagne presque toujours du dépassement de terme de la grossesse en absence de l'hydramnios. Par contre, associée à ce dernier, elle conduit à un accouchement prématuré. Nous rapportons un cas de déclenchement spontané du travail d'accouchement sur une grossesse de trente-huit semaines et un jour. La gestante avait une circulation veineuse collatérale au niveau de la paroi abdominale, la hauteur utérine était de 41 centimètres, l'échographie réalisée avait objectivé un fœtus anencéphale associé à un polyhydramnios. Le nouveau-né était décédé sept minutes après l'accouchement. Ainsi, bien que très rare, l'anencéphalie associée au polyhydramnios peut atteindre le terme de la grossesse. L'échographie du deuxième trimestre devrait être réalisée chez toute les gestantes pour dépister cette malformation et arrêter l'évolution de la grossesse, car cette pathologie est incompatible avec la vie extra-utérine.

Mots-clés : Anencéphalie, Polyhydramnios, Travail

Reçu le 8 décembre 2022

Accepté le 19 avril 2022

Introduction

L'anencéphalie est une malformation grave du système nerveux central (SNC) et est définie comme une absence totale ou partielle du crâne, avec absence du cerveau. Son incidence est de 1 à 5 sur 1000 naissances, et le taux de mortalité est de 100 % pendant la vie intra-utérine ou dans les heures ou jours après la naissance (1). Le stress fœtal survenant au terme de la grossesse, lié au pic de production de la corticotropin releasing hormone, qui est considérée comme l'horloge placentaire, est le déclencheur spontané du travail d'accouchement par stimulation de l'axe corticotrope (2).

Ce mécanisme, cependant, par défaut de synthèse de l'hormone adrénocorticotrope secondaire à l'aplasie hypothalamo-hypophysaire fait défaut chez le fœtus anencéphale (3). En effet, l'anencéphalie s'accompagne presque toujours du dépassement de terme de la grossesse en absence de l'hydramnios. Par contre, associée à ce dernier, elle conduit à un accouchement prématuré (4).

Nous rapportons un cas très rare de déclenchement spontané du travail d'accouchement sur grossesse de 38 semaines et 1 jour chez un fœtus anencéphale, hypotrophique associée à un polyhydramnios.

Observation clinique

Il s'agissait d'une parturiente âgée de 27 ans, mariée qui était G₅P₄A₀D₀ résident à la commune de la Tshopo, ville de Kisangani, province de la Tshopo, en République Démocratique du Congo qui avait consulté ; pour des douleurs abdomino-pelviennes à type des contractions utérines, sur une grossesse de 38 semaines et 1 jour. Sa première séance de consultation prénatale (CPN) était très tardive à la 23^e semaines d'aménorrhée (SA), la hauteur utérine et le contour ombilical étaient respectivement, de 25 cm, et 95 cm. L'examen échographique a montré une grossesse unifœtale évolutive avec un fœtus anencéphale, et une déchisence de l'orifice interne du col (figure 1), ainsi que la flèche amniotique de 48 millimètres (mm). Au vu de cette constatation, l'arrêt de la grossesse était indiquée ; mais la parturiente avait refusé et n'est revenue qu'à terme de la grossesse, déjà en travail d'accouchement.



Figure 1. Béance de l'orifice interne du col sur grossesse de 23 semaines

1 Cavité utérine contenant du liquide amniotique

2 Déchisence de l'orifice interne du col sur grossesse de 23 semaines

Ses 4 accouchements antérieurs étaient réalisés par voie basse, tous les enfants sont vivants, en bon état de santé apparente, et les poids de naissance étaient respectivement, de 3200gr, 3100gr, 3000gr et 3600 gr.

À l'examen physique général, son état général était conservé, les signes vitaux se présentaient de la manière suivante : température 36°C, pression artérielle 120/70 mmHg, pulsation 88/minute, fréquence respiratoire 22 cycles par minute. Son poids était de 82 Kg et sa taille de 1,63 m soit un IMC de 30,8 Kg/m².

À l'examen obstétrical

L'abdomen était surdistendu, l'ombilic déplié avec une circulation veineuse collatérale au niveau de la paroi abdominale. La hauteur utérine était de 41cm, les contractions utérines étaient présentes mais faibles à raison d'une contraction toutes les 10 minutes avec une durée moyenne de 15 secondes. Le signe de flot était positif, la présentation céphalique haute et de contour irrégulier. La position était 2^eme, les bruits cardiaques fœtaux (BCF) étaient lointains, assourdis, comptés à 147 battements par minute. Au toucher vaginal, le col était médian, mou, effacé à 50 %, dilaté à 5 cm, la poche des eaux était tendue donnant le signe de glaçon. L'examen échographique avait confirmé le diagnostic d'anencéphalie avec un polyhydramnios et une flèche amniotique de 115 mm. Il s'agit donc d'un travail d'accouchement dans sa phase active sur une grossesse à terme, fœtus anencéphale associé à un polyhydramnios. La prise en charge a consisté en administration d'une perfusion d'un litre de sérum physiologique et la réalisation d'une rupture artificielle de la poche des eaux (RAPE) ayant ramené 4500 millilitre (ml) de liquide amniotique (LA) clair et la hauteur utérine était revenue à 29 cm.

Dans son évolution, 1h 30 minutes plus tard, les contractions utérines étaient devenues efficaces et sur dilatation complète, nous avons dirigé l'accouchement par voie basse. Le nouveau-né était anencéphale (figure 2), de sexe féminin, hypotrophique (2100 gr), 46 cm de taille, avec un score d'Apgar de 4/3/0. Nous avons noté un

défaut partiel du crâne et du cuir chevelu. La délivrance avait eu lieu 5 minutes plus tard selon le mode de Duncan. Le nouveau-né était décédé 7 minutes après l'accouchement.



Figure 2. Nouveau-né anencéphale, vue de face
1 Anencéphalie avec absence partielle du crâne et du cuir chevelu

Discussion

Malgré la déhiscence de l'orifice interne du col décelée à l'échographie sur grossesse de 23 semaines (figure 1) qui serait liée à l'excès du liquide amniotique, les membranes sont restées intactes jusqu'au terme de la grossesse. La surdistension utérine et l'incompétence cervicale sont des étiologies fréquentes de fausses couches tardives et d'accouchement prématuré (5).

L'anencéphalie est une malformation congénitale très rare du SNC et est associée à un taux de mortalité de 100 % pendant la vie intra-utérine ou dans les heures ou jours après la naissance (1). Le cas que nous présentons avait un Score d'Apgar faible (4/3/0) et est décédé 7 minutes après l'accouchement.

Dans 30-50 % de cas d'anencéphalie, on observe le polyhydramnios et une tendance à l'accouchement prématuré. L'hydramnios fait suite soit à un trouble de la déglutition fœtale associé ou non à une glossoptose par défaut du tonus musculaire obstruant l'œsophage, empêchant ainsi toute déglutition, soit à une baisse de la production déciduale de la prolactine, hormone qui intervient dans la résorption du LA en favorisant le transfert de l'eau du versant fœtal vers le versant maternel (6). Cela conduit souvent à un polyhydramnios aigu et un accouchement prématuré par rupture prématurée

des membranes ou par apparition précoce des contractions utérines suite à la surdistension de l'utérus.

Malgré la hauteur utérine de 41 cm, la flèche amniotique de 115 mm et la quantité du LA de 4.500 ml confirmant le polyhydramnios, devraient provoquer un accouchement prématuré par stimulation précoce des contractions utérines ; et la déhiscence des membranes à travers l'orifice cervical, les membranes sont demeuraient intactes. Le travail d'accouchement s'était finalement déclenché sur grossesse à terme, ce qui est presque particulier pour le cas. Faute de plateau technique, aucune investigation particulière n'a été faite afin de déceler l'origine du polyhydramnios.

En absence de l'hydramnios, l'anencéphalie est presque toujours associée au dépassement de terme de la grossesse. A cet égard, le déclenchement du travail d'accouchement est indiqué chez 55 % de gestantes porteuses de fœtus anencéphales et le taux de césarienne est de 1 % suite à l'échec de déclenchement du travail (7).

Dans le cas en discussion, le travail d'accouchement s'était déclenché spontanément sur grossesse à terme, probablement suite à l'effet mécanique de l'utérus surdistendu par le polyhydramnios ayant entraîné l'ouverture du col et la déhiscence des membranes à travers le canal cervical. Cette condition pouvait déclencher le réflexe neurohormonal de Ferguson, par voie lemniscale ou extralemniscale, en vue de la libération de l'ocytocine maternelle. Cependant, les contractions utérines étaient inefficaces. C'est ainsi la RAPE a été faite, une hauteur utérine de 29 cm améliorant ainsi les contractions utérines jusqu'à l'accouchement d'un nouveau-né anencéphale, de sexe féminin, pesant 2100 grammes, d'APGAR 4/3/0. La voûte crânienne et le cuir chevelu étaient partiels.

Les nouveau-nés anencéphales ont un poids moyen normal, mais généralement inférieur au 50ème percentile. Un poids moyen à la naissance de 1567 ± 746 gr a été trouvé chez les anencéphales, ce qui est inférieur aux valeurs standards (4). Ce nouveau-né avait pesé 2100 gr

qui fait partie de l'intervalle. L'hypotrophie fœtale est essentiellement liée à une résistance marquée aux effets hypoglycémisants de l'insuline constatée chez les nouveau-nés anencéphales après l'accouchement (8). Le test pour déceler la résistance à l'insuline n'a pas été fait chez le nouveau-né.

L'hydramnios est associé dans 40 % des cas à des malformations fœtales dont 50 % concernent le système nerveux (SN). Malheureusement, faute de consentement obtenu des parents, une autopsie n'a pu être réalisée, afin de rechercher d'autres éventuelles malformations viscérales.

Conclusion

L'anencéphale associé au polyhydramnios peut évoluer jusqu'à terme avec possibilité de déclenchement spontané du travail d'accouchement sur membranes intactes. Les consultations prénatales et l'échographie obstétricale entre la 12^{ème} et la 14^{ème} semaines demeurent indispensables chez toute gestante, afin de dépister précocement les malformations incompatibles avec la vie extra-utérine. Bien que les étiologies de l'anencéphalie demeurent pour la plupart des cas inconnues, les campagnes de supplémentation en acide folique gardent leur intérêt, chez toutes les gestantes et femmes en âge de procréer pour prévenir les malformations du tube neural.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs

Matega a initié le projet et rédigé le manuscrit. Neema a procédé à la révision critique du contenu, Juakali et Katenga ont procédé à la révision critique du contenu et validé la version finale du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Thomson M. The physiological roles of placental corticotropin-releasing hormone in pregnancy and childbirth. *Journal of Physiology and Biochemistry* 2013; **69** (3):559-573.
2. Munteanu O, Cirstoiu MM, Filipoiu FM, Neamtu MN, Stavarache I, Georgescu TA. The etiopathogenic and morphological spectrum of anencephaly: a comprehensive review of the literature. *Rom J Morphol Embryol* 2020; **61** (2):335-343.
3. Frosch MP, Anthony DC, Girolami U.D. The central nervous system: Pathological Basis of Disease. 7th Ed. Philadelphia: WB. Saunders Elsevier; 2004. pp. 1353-4
4. Mrudula C, Naveena S. Anencephaly: A case Report. *International Journal of Scientific Study* Oct 2014; **2** (7):255-257.
5. Cunningham FG, Lenevo KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman B, Casey B, Sheffield J. Williams obstetrics. 24th Edition Mc Graw-Hill Education 2014. p 837.
6. Theoharis T. Sonographic Assessment of Fetal Deglutition in Polyhydramnios. *Am 3 case Rep* 2010; **11**: 147-149.
7. Sawsan Al-Obaidly, Jis Thomas. Anencephaly and Obstetric Outcome beyond the Age of Viability. *J. Perinat. Med.* 2018; **46** (8): 885-888.
8. Lulia BF, Paulo AS, Rozania BX. Experiences of women in gestating and giving birth to anencephalic fetus: the multiple faces of obstetric violence. *J Neurol Strake* 2019; **9** (6): 331-336.

Comment citer cet article: Matega TH, Neema YU, Juakali JJS, Katenga GB. Déclenchement spontané du travail d'accouchement sur une grossesse à terme d'un fœtus anencéphale: une observation clinique inhabituelle. *Ann Afr Med* 2022; **15** (3): e4719-e4722. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i3.9>