

Prévalence et pronostic du déclenchement artificiel du travail d'accouchement à Kisangani, R D Congo

Matega Habiragi Teddy¹, Maindo Alongo Mike-Antoine¹, Juakali Syalikyolo Jean-Jeannot¹, Manga Okenge Jean-Pascal¹, Katenga Bosunga Gédéon¹

1. Département de gynécologie et obstétrique. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Université de Kisangani.

Citez cet article : Matega Habiragi Teddy, Maindo Alongo Mike-Antoine, Juakali Syalikyolo Jean-Jeannot, Manga Okenge Jean-Pascal, Katenga Bosunga Gédéon. *Prévalence, type et pronostic du déclenchement artificiel du travail d'accouchement à Kisangani, R.D.Congo.* KisMed Juin 2021, Vol 11(1) : 458-466

RESUME

Introduction : le déclenchement artificiel du travail d'accouchement ne peut être pratiqué que si, chez la gestante, l'accouchement par voie vaginale n'est pas contre-indiqué et si la mère ou le nouveau-né bénéficieront d'une issue plus favorable que si l'accouchement avait eu lieu plus tard. Cette étude a été menée pour déterminer la prévalence et le pronostic du travail lors du déclenchement artificiel du travail d'accouchement.

Méthodes : C'était une étude descriptive transversale, menée à l'Hôpital Général de Référence Makiso/Kisangani du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2019. L'échantillon était de 107 patientes sur 3.182 accouchements réalisés. La collecte des données était rétrospective. Nous avons utilisé les dossiers d'accouchement et le partogramme. Les données collectées ont été encodées sur une feuille d'Excel 2010 et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO Version 7.2.2.6.

Résultats. La prévalence du déclenchement artificiel du travail d'accouchement était de 3,36% avec comme indications la rupture prématurée des membranes (28,97%), la mort in utero (25,23%), la grossesse prolongée (20,56%) et la convenance (27,10%). Les méthodes de déclenchement utilisées étaient la solution d'ocytocine (43,93%) et le misoprostol par voie vaginale (42,99%). Le taux d'échec du déclenchement était de 13,8%. Trente-neuf virgule vingt-neuf pourcent de femmes avaient accouché par césarienne indiquées pour modifications pathologiques du rythme cardiaque fœtal (42,86%), l'échec du déclenchement du travail (33,33%), l'hypercinésie (28,57%) et le travail prolongé (19,05%). 30% de nouveau-nés avaient un score d'Apgar < 7 à la cinquième minute.

Conclusion. Le déclenchement de travail reste intriqué d'un fort taux d'échec et de césarienne. Ceci peut justifier sa faible prévalence à Kisangani.

Mots clés : Déclenchement du travail, score de Bishop, ocytocine, misoprostol, Kisangani

SUMMARY

Introduction: Artificial induction of labor can only be performed if, in the pregnant woman, vaginal delivery is not contraindicated and if the mother or the newborn will benefit from a more favorable outcome than if the childbirth had taken place later. This study was conducted to determine the prevalence and prognosis of labor artificially induced.

Methods: This was a cross-sectional descriptive study, conducted at the Makiso / Kisangani General Reference Hospital from January 1, 2015 to December 31, 2019. The sample was 107 patients out of 3,182 deliveries. Data collection was retrospective. We had used the birth records and the partograph. The data collected was encoded on an Excel 2010 sheet and analyzed using EPI INFO Version 7.2.2.6 software.

Results: The prevalence of artificial induction of labor was 3.36% with indications of premature rupture of membranes (28.97%), death in utero (25.23%), prolonged pregnancy (20.56%).) and convenience (27.10%). The induction methods used were oxytocin solution (43.93%) and vaginal misoprostol (42.99%). The induction failure rate was 13.8%. 39.25% of women had a cesarean delivery indicated for pathological changes in fetal heart rate (42.86%), failure to induce labor (33.33%), hypercinesia (28.57%) and prolonged work (19.05%). 30% of newborns had an Apgar score <7 by the fifth minute.

Conclusion: Induction of labor remains entangled with a high rate of failure and cesarean section. This may justify its low prevalence in Kisangani.

Key words: induction of labor, Bishop score, oxytocin, misoprostol, Kisangani.

Correspondance : Matega Habiragi Teddy, Département de gynécologie et obstétrique. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Université de Kisangani, E-mail: teddymatega@gmail.com

INTRODUCTION

Le déclenchement artificiel du travail d'accouchement est une intervention médicale destinée à induire de manière artificielle les contractions utérines qui provoquent l'effacement progressif et la dilatation du col utérin, en vue d'aider la gestante à connaître un accouchement par voie vaginale dans le délai de 24 à 48 heures. Cette intervention est indispensable si en termes de santé, la mère ou le nouveau-né bénéficieront d'une issue plus favorable que si l'accouchement avait eu lieu plus tard ; et s'adresse aux gestantes n'ayant pas débuté le travail, quel que soit l'état des membranes [1,2]. Pour déclencher artificiellement le travail, les sociétés médicales recommandent le décollement des membranes, les méthodes mécaniques, l'utilisation de la solution d'ocytocine, les prostaglandines et la rupture artificielle des membranes [3,4]. Cependant, la solution d'ocytocine ne peut être administrée pour cette fin que lorsque les conditions locales au niveau du col sont favorables et cela sur base du score de Bishop [5]. L'OMS [4] interdit l'utilisation de l'amniotomie seule pour déclencher le travail car cette méthode est irréversible et le risque infectieux augmente avec le délai d'ouverture de l'œuf ≥ 6 heures favorisant ainsi une chorioamniotite, les infections néonatales et du postpartum. Si le col n'est pas favorable, on procède à la maturation cervicale aux gels ou comprimés à base des prostaglandines placées en intravaginal ou intracervical [6]. Les prostaglandines de synthèse sont largement utilisées au cours des 20 dernières années dans le déclenchement artificiel du travail suite à leur plus grande efficacité [7]. Cependant, les analogues des prostaglandines E2 coûtent cher, doivent être conservés au réfrigérateur entre 2°C et 8°C et ne pas congeler [8]. Ces conditions rendent difficile leur utilisation dans les milieux à faible revenu. Les analogues de la prostaglandine E₁ c'est-à-dire le misoprostol constitue une alternative cependant, la forme disponible dans notre milieu est de 200 microgramme (μg) alors que la fédération internationale de gynéco-

obstétrique (FIGO) et l'OMS [4,9] recommandent des doses faibles de 25 μg . D'où la difficulté de fractionner le misoprostol par 8.

Selon l'OMS [10], la prévalence du déclenchement du travail d'accouchement dans les pays développés est de 25% ; cependant, dans les pays en voie de développement (PVD), la prévalence serait plus faible et d'autres auraient une prévalence similaire à celle des pays développés. Aux Etats Unis d'Amérique (USA) et aux Royaumes Unis (UK), l'American College of Gynecology and Obstetrics (ACGO) [11] avait trouvé un taux de 20% d'induction du travail. En Amérique Latine, Glauca V et al [12] avaient trouvé un taux de 4,9% d'induction du travail et à cela s'associait un taux élevé de césarienne. Ils ont conclu que l'induction du travail sur une grossesse à terme pourrait réduire la morbidité néonatale et maternelle. Mbele AM et al [13] avaient trouvé un taux variant entre 1,4 % et 6,8 % en Afrique et une moyenne de 4,9% et l'avaient justifié par la carence d'infrastructures sanitaires et des moyens d'investigation nécessaire pour indiquer le plus tôt le déclenchement artificiel du travail. Oshodi Y et al [14] avaient mené une enquête à Lagos au Nigéria dans un hôpital tertiaire et ont trouvé un taux de 16,7%. En RDC, à Kinshasa, Tandou-Umba B et al [15] avaient mené une étude rétrospective de cohorte sur le pronostic maternel et périnatal après déclenchement du travail aux Cliniques Universitaires de Kinshasa et ont trouvé une prévalence de 3,2%.

Cependant, la RDC est parmi les pays au monde qui ont le plus grand nombre de décès néonataux et chaque année 93.000 nouveau-nés meurent avant d'atteindre 1 mois représentant 1 sur 35, soit un taux moyen de 28,8 ‰ alors qu'il est de 3‰ dans les pays développés [16]. Ce taux élevé de mortalité néonatale serait aussi en rapport avec la faible prévalence de déclenchement artificiel du travail, l'indication inadéquate de certaines méthodes de déclenchement artificiel, les fortes doses des prostaglandines et le

défaut de monitoring de parturientes par manque de cardiotocogramme dans plusieurs structures sanitaires.

C'est ainsi que nous souhaiterions savoir si l'issue du déclenchement artificiel du travail d'accouchement serait associée à la méthode de déclenchement utilisée.

Cette étude avait pour objectif de déterminer la prévalence du déclenchement artificiel du travail d'accouchement et le pronostic de travail après déclenchement à Kisangani.

MATERIEL ET METHODES

C'était une étude descriptive transversale, menée à l'Hôpital Général de Référence Makiso/Kisangani, Province de la Tshopo, République Démocratique du Congo du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2019. La population de notre étude était constituée de toutes les parturientes ayant accouché pendant la période d'étude et dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 28 semaines. L'échantillon était constitué de 107 patientes répondant aux critères d'inclusion suivants : avoir subi un déclenchement artificiel du travail sur une grossesse monofoetale, avoir utérus non cicatriciel, avoir une pelvimétrie clinique normale pour les primipares ou avoir accouché au moins une fois par voie basse pour les non primipares et avoir les membranes intactes car 95% de gestantes avec rupture prématurée des membranes sur une grossesse à terme auront un déclenchement spontané du travail dans les 24 heures [17]. Etaient exclues les cas de : déclenchement spontané du travail, tous les accouchements avant 28 semaines, grossesses gémellaires, utérus cicatriciel, bassin chirurgical.

Etaient considérées comme échec de déclenchement du travail lorsque malgré l'utilisation d'une méthode de déclenchement du travail, le score de Bishop demeurait < 6 après 24 heures ; travail prolongé lorsqu'on n'obtient pas l'accouchement dans les 24 heures qui suivent le début de l'induction du travail. Les dossiers d'accouchement et le partogramme nous ont servi pour la collecte des données en nous servant d'un

protocole d'enquête comprenant les paramètres socio-anthropométriques, gynéco-obstétricaux, l'indication et la méthode utilisée pour déclencher le travail, le déroulement du travail, la voie d'accouchement et le pronostic maternel périnatal. Les données collectées ont été encodées sur une feuille d'Excel 2010 et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO Version 7.2.2.6.

RESULTATS

La prévalence de déclenchement artificiel de travail était de 3,36%.

La moyenne d'âge des patientes était de $27,07 \pm 6,09$ ans avec 86,92% ayant un âge compris entre 18 et 34 ans. Nos patientes étaient : mariées (81,31%), multipares (48,6%) et résidaient dans la commune de Makiso (63,55%) et n'avaient pas d'occupation (68,22%) (tableau I).

La solution d'ocytocine était la méthode la plus utilisée pour déclencher le travail d'accouchement (43,93%) suivie de misoprostol par voie vaginale (42,99%). Les autres méthodes étaient la sonde Foley en intracervicale (12,15%), le décollement des membranes (1,87%) et l'amniotomie (0,93%) (tableau II).

Avant le déclenchement du travail, le score de Bishop était inférieur à 6 chez 62 patientes (57,94%) et 6 ou plus chez 45 patientes (42,06%). Les indications de déclenchement étaient : grossesse prolongée dans 20,56% des cas, 28,97% pour rupture prématurée des membranes, 25,23% pour mort in utero ; 3,74% pour prééclampsie et 27,10% des cas pour des raisons de convenance personnelle (Tableau III).

La moyenne était de $7,04 \pm 1,83$. Le plus petit score était 0 et le plus grand score 9. Le taux d'échec du déclenchement du travail était de 13,08% soit 14 patientes. 65 patientes (60,75%) avaient accouché par voie basse et 42 patientes (39,25%) avaient accouché par césarienne. Une accouchée (0,93%) avait présenté l'hémorragie du postpartum. Les nouveau-nés ayant présenté un APGAR inférieur à 7 à la cinquième minute et qui ont bénéficié une

réanimation étaient au nombre de 24 (30,00%) ; sont exclus les cas de mort in utero) (tableau IV)

Tableau I : Profil des patientes (N=107)

Profil patientes	n	%
Age*		
≤ 19	11	10,28
20-34	82	76,64
≥ 35	14	13,08
Parité		
Grandes multipares	17	15,89
Multipares	52	48,60
Secondipares	18	16,82
Primipares	20	18,69
Commune résidentielle		
Makiso	68	63,55
Tshopo	18	16,82
Mangobo	14	13,08
Kabondo	5	4,67
Lubunga	2	1,87
Occupation		
Elève/Étudiante		
Sans	16	14,95
Salariée	73	68,22
Secteur informel	6	5,61
	12	11,21

*moyenne d'âge= 27,06 ± 6,08 ans

Tableau II : Méthodes de déclenchement du travail utilisées

Méthodes	n	%
Solution d'ocytocine	47	43,93
Misoprostol	46	42,99
Décèlement des membranes	2	1,87
Amniotomie	1	0,93
Sonde Foley intracervical	13	12,15

La césarienne était indiquée pour souffrance fœtale aiguë chez 18 patientes (42,86%), pour échec du déclenchement du travail chez 14 patientes (33,33%), pour hypercinésie chez 12 patientes (28,57%), pour dystocie de progression du fœtus chez 4 patientes (9,52%), pour prérupture utérine chez 1 patiente (2,38%) et pour le travail prolongé chez 8 patientes (19,05%) (tableau V).

Tableau III : Score de Bishop et Indications du déclenchement artificiel du travail

	n	%
Score de Bishop*		
< 6	62	57,94
≥ 6	45	42,06
Grossesse prolongée	22	20,56
Rupture prématurée des membranes	31	28,97
Mort in utero	27	25,23
Prééclampsie	4	3,74
Diabète gestationnel	1	0,93
Convenance	29	27,10

Tableau IV : Evolution et pronostic de travail

	n	%
Effectivité du déclenchement		
Echec	14	13,08
Réussite	93	86,92
Voie d'accouchement		
Voie basse	65	60,75
Césarienne	42	39,25
Complications maternelles		
Hémorragie du postpartum	1	0,93
Aucune	106	99,07
Complications néonatales		
Asphyxie néonatale	24	30,00
Aucune	56	70,00

*Moyenne de score de Bishop = 7,04 ± 1,82

Tableau 5. Les indications de césarienne

	n	%
Anomalie des RCF	18	42,86
Echec déclenchement	14	33,33
Hypercinésie	12	28,57
Dystocie progressive	4	9,52
Prérupture utérine	1	2,38
Travail prolongé	8	19,05

DISCUSSION

Le déclenchement artificiel du travail d'accouchement est devenu une pratique courante en obstétrique dans les pays industrialisés où le taux est de 1 sur 4 accouchements [10]. Au Sri Lanka la prévalence est de 35,5% [18] et Sarah EL [19] avait trouvé aux Etats-Unis

d'Amérique une prévalence de 25%. Ce taux élevé de déclenchement du travail serait lié à la qualité des services prénatals qui permettent de dépister certains facteurs de risque chez la gestante ou le fœtus pour lesquels le déclenchement artificiel du travail s'avère bénéfique que laisser évoluer la grossesse. Cependant, dans les pays en voie de développement et essentiellement en Afrique, Mbele AM et al [13] avaient trouvé une prévalence variante entre 1,4%-6,8% avec une moyenne de 4,9%. Ceci correspond à la prévalence de 3,2% trouvée aux Cliniques Universitaires de Kinshasa en RDC par Tandou-Umba et al [14], mais Oshodi Y et al [15] avaient trouvé une prévalence de 16,7% dans leur étude menée à un hôpital tertiaire de Lagos au Nigeria. Dans notre étude, nous avons trouvé une prévalence de 3,36%. Cette faible prévalence serait liée aux services prénatals au cours desquels on devrait dépister les facteurs de risque et diagnostiquer certaines pathologies pour lesquelles en termes de santé pour la gestante et le fœtus, le déclenchement artificiel du travail serait plus bénéfique que de laisser évoluer la grossesse.

La rupture prématurée des membranes constitue l'indication prépondérante dans notre série, soit 28,97%. Tandou-Umba et al [15] avaient aussi trouvé à Kinshasa en RDC un taux de 29,5% de déclenchement du travail indiqué pour RPM. Cependant, Lueth GL et al [20] avaient trouvé en Ethiopie que la RMP était l'indication la plus fréquente (41,1%) du déclenchement artificiel du travail. Cela serait lié essentiellement à la fragilisation des membranes due aux infections cervico-vaginales qui sont fréquentes au troisième trimestre de la grossesse et les carences nutritionnelles chez les gestantes dans les pays en voie de développement qui entraînent une fragilité intrinsèque des membranes. Lyubomirskaya et al [21] en Ukraine avaient trouvé les infections génitales chez 32,5% de gestantes avec RPM. Cependant, Grobman WA et al [22] avaient trouvé à Chicago aux Etats-Unis une prévalence de 16,2% de RPM qui ont indiqué le déclenchement artificiel du

travail. La rupture des membranes qui ne s'accompagne pas de l'accouchement dans les 6 heures qui suivent est un facteur favorisant la chorioamniotite, les infections néonatales et du postpartum. D'où la nécessité de déclencher artificiellement le travail. Cependant, Bulletin AP [17] avait trouvé qu'il y a déclenchement spontané du travail à 95% dans les 24 heures qui suivent la RPM chez gestantes avec une grossesse à terme.

La mort in utero demeure fréquente dans les pays en voie de développement soit 13,6% à Kamina en République Démocratique du Congo [23] alors que Mac Dorman et al [24] avaient trouvé aux USA une prévalence de 6,1‰. Le déclenchement artificiel du travail d'accouchement était indiqué à 25,23 % pour MIU au cours de notre série. Ce pourcentage est très élevé comparativement aux études menées à Kinshasa RDC [15] où le déclenchement du travail était indiqué à 4,3% pour mortinaissance. Døgl M et al en Norvège [25] avaient trouvé un taux de 3,3% de déclenchement artificiel du travail pour toutes les morbidités fœtales. Cette différence serait liée au faible taux de mort in utero dans les pays développés. La mort in utero indique le déclenchement artificiel du travail car elle expose la mère aux complications psychologiques, la déchirure des voies génitales basse, trouble de coagulation, l'hémorragie du postpartum, le choc, l'endométrite, la péritonite et parfois la césarienne [26,27].

La grossesse prolongée expose la mère au risque de césarienne (20%), césarienne d'urgence (12%), hémorragie du postpartum (5%), lésions périnéales de haut degré (9%) et le fœtus ou le nouveau-né au syndrome d'inhalation du liquide amniotique (1,4%), asphyxie périnatale (1,4%), dystocie des épaules (4%), fracture des épaules (4‰), mortalité périnatale (4‰) et mortalité néonatale précoce (1,4‰) [28]. C'est pour cela la grossesse prolongée constitue une indication fréquente du déclenchement artificiel du travail d'accouchement car les risques maternels et périnatals sont évidents. Dans notre série, 20,56% d'induction artificielle du

travail étaient indiquées pour grossesse prolongée. Cette fréquence est proche de celle trouvée à Kinshasa [15] (14,6%) et aux USA par Willian A et al (28,1%) [21].

L'indication de convenance personnelle pour le déclenchement artificiel du travail d'accouchement était fréquente (27,10%). Cette fréquence est de loin supérieure à celle trouvée aux USA par Willian A et al [21] (13,8%), et à Norvège par Dôgl M et al (9,5%) [25]. Le déclenchement artificiel du travail ne doit être indiquée que lorsqu'il existe une indication médicale claire et que les avantages attendus l'emportent sur les complications potentielles [10].

Notons qu'il y a un faible taux de déclenchement artificiel du travail indiqué pour les pathologies médicales maternelles. Seules la prééclampsie et le diabète étaient notés à une fréquence de 3,74% et 0,93% respectivement. Ces taux sont largement inférieurs à ceux trouvés à Kinshasa RDC [15] où le déclenchement du travail était indiqué à 54,1% pour prééclampsie, 4,3% pour diabète gestationnel et 0,8% cardiopathie maternelle. Aux USA, Willian et al avaient trouvés que 24,0% de déclenchement artificiel du travail étaient indiqués pour les antécédents médicaux maternels [21]. Le dépistage systématique des pathologies médicales maternelles au cours des consultations prénatales au troisième trimestre de la grossesse par un personnel qualifié pourrait indiquer d'avantage le déclenchement artificiel du travail.

Dans notre série, 57,94% des patientes avaient un score de Bishop <6. Ceci est proche de celle trouvée à Kinshasa où le score de Bishop moyen était de $6,2 \pm 1,5$ lors qu'on déclenchait le travail [15]. Cela est lié au principe que le score de Bishop ≥ 6 est associé à une augmentation du taux de réussite du déclenchement artificiel du travail. Cependant, 57,94% de gestantes avaient un score de Bishop < 6 et seulement 42,06% un score ≥ 6 avant le début du déclenchement artificiel du travail. Un col défavorable est associé à un taux élevé d'échec du déclenchement et de césarienne [2]. Le taux élevé du déclenchement artificiel du travail par la

solution d'ocytocine alors que le score de Bishop était < 6 justifierait le taux élevé d'échec du déclenchement (13,8%) et de césarienne (39,25%). Seulement 60,75% de gestantes avaient accouché par voie vaginale. Le taux d'échec dans notre série est supérieur à celui trouvé à Kinshasa/RDC qui était de 7,8% ainsi que le taux de césarienne qui était de 29,6% [15]. De même, Lueth GD et al [19] en Ethiopie qui avaient trouvé un taux d'échec de 7,2%, le taux de césarienne de 24% et le taux d'accouchement par voie vaginale de 76%. La maturation cervicale par les prostaglandines, la sonde Foley, le décollement des membranes ou l'amniotomie pour rendre favorable le score de Bishop et le recours à la solution d'ocytocine lorsque le score Bishop est ≥ 6 réduirait le taux d'échec ainsi que de césarienne [29]. Cependant, Tripathy P et al [30] avaient trouvé en Inde un taux de césarienne de 50,5% après le déclenchement artificiel du travail et les facteurs qui y liés étaient la gestité, la dose des prostaglandines et le faible score de BISHOP.

La solution d'ocytocine 10 unités internationales (UI) dans 1000 ml de sérum glucosé 5% était la méthode de déclenchement artificiel du travail la plus utilisée (43,93%) suivi du misoprostol 200 μ g par voie vaginale (42,99%). La sonde Foley était utilisée à 12,15%, le décollement des membranes à 1,87% et l'amniotomie à 0,93%. Tandou-Umba et al avaient trouvé à Kinshasa un taux de recours à l'ocytocine de 74,8%, au misoprostol de 17,3%, à la sonde Foley de 12,1% et l'amniotomie de 0,8% [15]. Tarimo CS et al [31] avaient trouvé en Tanzanie un taux de déclenchement du travail à l'ocytocine de 82,08%, au misoprostol de 13% et les autres méthodes n'ont été utilisées qu'à 4,92% ; et un taux de césarienne de 52%. Du fait que dans notre série le col était défavorable chez 57,94% de gestantes, on devrait d'abord procéder à la maturation cervicale par des faibles doses des prostaglandines ou autres méthodes avant de recourir à la solution d'ocytocine. Tripathy P et al avaient trouvé que le taux de césarienne

était élevé dans le groupe avec déclenchement du travail à l'ocytocine que les groupes où on avait utilisé d'autres méthodes [30]. Dans notre série, on a trouvé que l'induction du travail au misoprostol était efficace et il y avait déclenchement du travail chez toutes les gestantes l'ayant reçu. Cependant, la dose de 200 µg est forte par rapport aux recommandations de l'OMS et FIGO qui exigent la dose de 25µg pour le déclenchement artificiel du travail [4,9]. Les fortes doses de misoprostol exposent les gestantes à l'hypercinésie, prérupture ou rupture utérine et à la césarienne ; et le fœtus à des modifications pathologiques du rythme cardiaque fœtal [25,32]. Martina K et al [33] avaient trouvé que la dose de 50 µg de misoprostol était efficace, n'était pas nocive et aucun cas de rupture utérine n'avait été rapporté.

Dans notre série, 30% de nouveau-nés avaient un score d'APGAR < 7 à la cinquième minute nécessitant ainsi une réanimation néonatale [34]. Tandou-Umba [15] et al avaient trouvé un taux de 25% de détresse respiratoire après déclenchement artificiel du travail. Cependant, Wennerholm UB et al [35] en Suède avaient trouvé une prévalence de 1,3% de nouveau-nés avec APGAR < 7 à la cinquième minute après déclenchement artificiel du travail. Le score d'APGAR faible serait lié au déclenchement du travail par la perfusion d'ocytocine sur un col défavorable qui était souvent accompagné d'un travail prolongé et souffrance fœtale ; et aussi les fortes doses du misoprostol (200µg) qui s'accompagne d'une hyperstimulation utérine avec perturbation de la perfusion utéroplacentaire.

Le taux de césarienne était de 39,25% et l'indication la plus fréquente était la modification pathologique du rythme cardiaque fœtal (42,86%). Ce taux est élevé comparativement aux résultats de Nicholson JM et al [35] en Philadelphie aux USA qui avaient trouvé un taux de 0,9% de césarienne indiquées pour intolérance fœtale. Le trouble du rythme cardiaque fœtal serait lié à l'usage des fortes doses du

misoprostol qui entraînait une hyperstimulation utérine perturbant ainsi la perfusion utéroplacentaire, et au déclenchement du travail à la solution d'ocytocine sur un col défavorable qui entraînait le travail prolongé et de ce fait, une souffrance fœtale. Une évaluation systématique du score biophysique de Manning avant le déclenchement artificiel du travail serait indispensable afin d'apprécier le bien être fœtal car un score inférieur à 4 signes déjà une probable souffrance fœtale.

Le déclenchement du travail à la solution d'ocytocine sur un col défavorable constitue un facteur de risque de césarienne [30]. La césarienne après le déclenchement du travail à la solution d'ocytocine était indiquée dans notre série à une fréquence de 33,33% pour échec de déclenchement et 19,05% pour travail prolongé. D'où la nécessité de procéder à la maturation cervicale par usage des prostaglandines ou des méthodes mécaniques ; soit combiner à la solution d'ocytocine et l'amniotomie afin d'accélérer la maturation cervicale.

CONCLUSION

Le déclenchement de travail reste intriqué d'un fort taux d'échec et de césarienne. Ceci peut justifier sa faible prévalence à Kisangani.

REFERENCES

1. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Recommandations pour la pratique Clinique de la Haute Autorité de Santé. France Avril 2008. Online www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf
2. Leduc D., Anne B., Lily L., Jessica D. Déclenchement du Travail. *J Obstet Gynaecol* Jan 2016 ; 38(12S) : S 287-S310
3. Tsakiridis I, Mamopoulos A, Dagklis T. Induction of labor : An Overview of Guidelines. *Obstet gynecol Surv.* 2020 Jan; 75(1):61-72

4. WHO, Recommendations for induction of labour. World Health Organization Geneva, 2011
5. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J. Induction of labor. *JOGC* 2013 Sep ; 296 : 840-856
6. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD004945. Online www.cochranelibrary.com
7. Ambreen A., Waseem T., Nabecla S., Shaila A. Induction of labor. A comparison between Misoprostol and Dinoprostol. *PJMHS* Vol.5 N°4 Dec 2011. 620
8. Vidal 2018, Misoprostol. Online www.vidal.fr
9. FIGO Misoprostol-only. Recommended regimes 2017. Online www.figo.org
10. WHO Recommendations : induction of labour at or beyond term. World Health Organization, Geneva ; 2018. Online www.int/reproductivehealth
11. American College of Obstetrician and Gynaecologist : ACOG practice bulletin. Induction of Labor. *Obstet Gynecol.* 2009, 144 : 386-397
12. Glaucia V., José G., João P., Anibal F., Sirlei S., Ahmet M., Renato P., Mary A., Guillermo C. Elective induction versus spontaneous labour in Latin America. *World Health Organ* 2011 ; 89 : 657-665
13. Mbele AM, Makin JD, Pattinson RC. Can the outcome of induction of labor with oral misoprostol be predicted? *Org Art* 2007 ; 97 : 289-292
14. Oshodi Y., Agbara J., Fabamwo A., Oyedele Y., Akinlufu F., Ottun T. Feto-maternal outcome of induced versus spontaneous labour in Nigerian Tertiary Maternity Unit. *Trop J Obstet Gynaecol* 2017 ; 34 : 21-7
15. Tandu-Umba B., Laala T., Mbangama M. Maternal and perinatal outcomes of induction of labor at term in the university clinics of Kinshasa, DR Congo. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 3 (2013) 154-157
16. UNICEF, Non-Rounded Estimates of Neonatal Mortality Rates by Country. UNICEF New York 2018 February 20. Online www.unicef.com
17. Bulletin AP. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2007;109(4):1007-1019
18. WHO. Global Survey on Maternal and Perinatal Health. Geneva, World Health Organization 2010
19. Little SR. Elective induction of labor : what is the impact ? *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* Dec 2017 ; 44(4):601-614
20. Lueth GD, Kebede A, Medhanyie AA. Prevalence, outcomes and associated factors of labor induction among women delivered at public hospitals of Makelle town (a hospital based cross sectional study). *BMC Pregnancy Childbirth* 2020 Apr. 9;20(1):203
21. Lyubomirskaya K, Krut Y, Sergeyeva L, Khmils S, Lotoska O, Petrenko N, Kamyshny A. Preterm premature rupture of membranes ; prediction of risk in women of Zaporizhzhia region of Ukraine. *Pol Med J* 2020. 48(288):399-405
22. Grobman WA, Baillit J, Lai Y, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, Thorp JM, Lenovo KJ, Caritis SN, Prasad M, Tita ATN, Saade G et al. Defining failed induction of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2018 Jan. 218(1):122.e1-122.e8
23. Bwana KI, Kabamba NM, Mwembo TNA. Fréquence et facteurs de risque maternels de la mort foetale in utéro à Kamina, République Démocratique du Congo. *Panafrican Medical Journal* March 2016 ; 23 :114 doi :10.11604/pamj.2016.23.114.7817
24. Dorman MF, Kirmeye SE, Wilson EC. Fetal and perinatal mortality, United States, 2006. *Natl Vital Stat Rep* 2012. 60(8):1
25. Dogl M, Romundsta P, Berntzen LD, Fremzaarden OC, Kirial K, Kjolllesdal AM, Nyzaard B, Robberstad L, Steen T, Tappert C. Elective induction of labor :

- A prospective observational study. *PLoS ONE* 2018;13(11):e0208098
26. 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. 1358 Pages
 27. Fakiha I, Jameel MB. Maternal morbidity and mortality associated with delivery after intrauterine fetal death. *J Cool Physicians Surg Pak*. 2006 Oct;16(10):648-51
 28. CNGOF. RCP Grossesse prolongée et terme dépassé. Journées de Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Paris, 7 décembre 2011. Online reseau-naissance.fr/data//mediashare/96/urt5xckd0tmjv9izieo10z5c2mk2w.org
 29. Penfield CA, Wing DA. Labor induction techniques : Which is the best ? *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. Dec 2017;44(4):567-58
 30. Tripathy P, Pati T, Baby P, Mohapatra K. Prevalence and Predictors of failed induction. *Int J Pharm Sci Rev*. 2016 Agust;39(2):189-194
 31. Tarimo CS, Mahande MJ, Obure J. Prevalence and factors for caesarean delivery following labor induction at a tertiary hospital in North Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020; 20:173
 32. Vogel J, West H, Dowswell T. Titrated oral misoprostol for augmenting labour to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Sep; 23(9):CD0106487
 33. Martina K., Franziska K., Malgorzata R., Juazas K., Roland Z., Nicoles O. Maternal and neonatal outcome of labour induction at term comparing two regimens of misoprostol. Published Online : 2014-03-14 www.doi.org
 34. Wennerholm UB, Saltvedt S, Wessberg A, Alkmark M, Bergh C, Wendel SB et al. Induction of labour at 37 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish post-term induction study, SWEPIS):multicenter, open label, randomized, superiority trial. *BMJ* 2019;367:16131
 35. Nicholson JM, Yeager DL, Macones G. A preventive Approach to Obstetric Care in a Rural Hospital : Association Between Higher Rates of Cesarean Delivery. *Ann Fam Med* 2007 Jul;5(4):310-319

Citez cet article : Matega Habiragi Teddy, Maindo Alongo Mike-Antoine, Juakali Syalikyolo Jean-Jeannot, Manga Okenge Jean-Pascal, Katenga Bosunga Gédéon. Prévalence, type et pronostic du déclenchement artificiel du travail d'accouchement à Kisangani, R.D.Congo. KisMed Juin 2021, Vol 11(1) : 458-466
