

RESULTATS DU DECLENCHEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT A L'HOPITAL EVANGELIQUE DE BEMBEREKE AU BENIN

RESULTS CHILDBIRTH INDUCTION OF LABOR AT THE EVANGELICAL HOSPITAL IN BENIN BEMBEREKE

DENAKPO JL. (1), SIDI (2), SALIFOU K. (2), HOUNKPATIN B. (1), LOKOSSOU S. (3), OGOUDJOBIM. (3), TOGNIFODE V. (3), GBEGNON D. (2), PERRIN RX (1)

1- CHU Mère Enfant Lagune, Cotonou, Benin

2- CHU Départemental du Borgou, Parakou, Benin

3- CHU Départemental de l'Oueme/Plateau, Porto-Novo, Benin

Correspondances : Dr DENAKPO Justin Lewis, Maître de Conférences Agrégé de gynécologie obstétrique - CHU Mère Enfant Lagune de Cotonou, Benin - 01 BP 107 Cotonou, Benin

RESUME

Objectif : évaluer le pronostic du déclenchement artificiel du travail d'accouchement à l'hôpital Evangélique de Bembéréké au Bénin.

Méthode : il s'est agi d'une étude prospective et descriptive à l'hôpital Evangélique de Bembéréké sur une période de 10 mois allant du 1^{er} Novembre 2014 au 31 Aout 2015. Etaient incluses dans l'étude les gestantes porteuses d'une grossesse mono-fœtale en présentation céphalique dans un utérus non cicatriciel. Le déclenchement a été fait par une perfusion d'ocytocine lorsque le score de Bishop était favorable. Dans les cas de Bishop défavorable le déclenchement était précédé d'une maturation cervicale au misoprostol.

Résultats : la fréquence du déclenchement artificiel du travail d'accouchement était de 10,23%. Les indications étaient dominées par la rupture prématurée des membranes 33,33% des cas, la grossesse prolongée dans 32,05%, la mort fœtale in utero dans 14,74% et la pré-éclampsie dans 07,05%. Le taux d'accouchement par voie basse était de 94,23%. Sur 156 accouchements 133 nouveaux nés étaient vivants et 27 mort-nés issus de mort fœtale in utero. Le score d'APGAR était bon 77 dans 95,49% à la 1^{ère} minute, et dans 100% des cas à la 5^{ème} minute. La morbidité maternelle était marquée par la déchirure périnéale dans 0,64%, et l'hémorragie de la délivrance dans 0,64% des cas. Aucun décès maternel n'a été noté.

Conclusion : le déclenchement artificiel du travail d'accouchement est une méthode sûre et efficace d'induire le travail en cas de sélection rigoureuse des patientes.

Mots clés : travail d'accouchement, déclenchement artificiel, pronostic maternel et périnatal

ABSTRACT

Objective: To assess the prognosis of the artificial trigger delivery of the work to the Evangelical Hospital Bembéréké Benin.

Method: it was a question of a prospective descriptive study at the Evangelical Hospital Bembéréké over a period of 10 months from 1 November 2014 to 31 August 2015. Were included in the study carriers of a single pregnant pregnancy -fœtale in cephalic presentation in an unscarred uterus. The outbreak was done by oxytocin infusion when the Bishop score was favorable. In cases of adverse Bishop triggering was preceded by a cervical ripening with misoprostol.

Results: The frequency of the artificial trigger delivery of the work was of 10.23%. The indications were dominated by premature rupture of membranes 33.33% of cases, prolonged pregnancy in 32.05%, in utero fetal death in 14.74% and preeclampsia in 07.05%. The birthing vaginally rate was 94.23%. Deliveries of 156 133 newborns were alive and 27 stillbirths from fetal death. APGAR score was good 77 95.49% in the first minute, and in 100% of cases in the 5th minute. Maternal morbidity was marked by the perineal tear in 0.64%, and postpartum hemorrhage in 0.64% of cases. No maternal death was noted.

Conclusion: the induction of childbirth labor is a safe and effective method to induce labor in case of careful selection of patients.

Keywords: labor delivery , artificial triggering, maternal and perinatal prognosis

INTRODUCTION

Les exigences de la pratique obstétricale actuelle amènent de plus en plus l'obstétricien à induire le travail d'accouchement plus tôt que ne l'aurait fait la nature de façon spontanée. Ainsi le taux de déclenchement artificiel du travail a connu une augmentation dans de nombreux pays ces deux dernières décennies [1, 2]. Il est passé de 10,4 % en 1981 à 22,6 % en 2010 en France [3], et de 9,5% en 1990 à 22,1% en 2004 aux Etats Unis. [4]. Autrefois réalisé pour des raisons médicales, les indications du déclenchement se sont élargies au fil des années. Ainsi de nombreux déclenchements du travail sont faits pour des raisons non médicales. Il s'agit du déclenchement de principe qui permet au couple et à l'équipe obstétricale de planifier l'accouchement. Cependant cette pratique n'est pas sans risque pour la mère le fœtus et le nouveau né. A l'Hôpital Evangélique de Bembereke, 1800 accouchements sont réalisés en moyenne chaque année et le déclenchement artificiel est de plus en plus pratiqué. L'objectif de l'étude était d'analyser les indications et le pronostic du déclenchement artificiel du travail d'accouchement dans cet hôpital de zone du Nord Bénin.

CADRE ET METHODE

Il s'est agi d'une étude prospective à viser descriptive qui a couvert une période de 10 mois allant de Novembre 2014 à Août 2015. Elle a été réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Evangélique de Bembéréké dans le département du Borgou en République du Bénin. La population d'étude était constituée des femmes qui ont accouché dans le service dans cette période. Etaient incluses dans l'étude les gestantes avec un fœtus unique, en présentation céphalique dont l'âge gestationnel était supérieur à 28 SA, un espace inter-génésique supérieur à 12 mois, et en l'absence de disproportion foetopelvienne. Nous n'avons pas inclus dans notre étude les gestantes qui ont un utérus cicatriciel, ou une contre-indication absolue à l'accouchement par voie basse. Les gestantes ayant une hypersensibilité connue à l'une ou l'autre des molécules utilisées étaient exclues de l'étude. L'échantillonnage a été systématique et exhaustif. La taille minimum de l'échantillon était de 28, calculée à partir de la formule de Schwartz avec $p = 1,84\%$ (prévalence du déclenchement artificiel du déclenchement du travail en 2009 au Mali) [5]. Les variables étudiées étaient : la fréquence du déclenchement artificiel du travail, les indications, les modalités du déclenchement, l'issue du

déclenchement, le pronostic périnatal, et le pronostic maternel.

Lorsque le score de Bishop était favorable ≥ 7 , le déclenchement était fait avec une perfusion d'ocytocine. Ne disposant pas de seringue électrique, il s'agissait de diluer 5UI d'ocytocine dans du sérum glucose 5% qu'on passait à un débit initial de 4 gouttes / min. Ce débit était augmenté de 4 gouttes toutes les 15 minutes jusqu'à l'obtention d'au moins 3 contractions utérines par minute sans dépasser 32 gouttes par minutes. En cas de Bishop défavorable < 7 on procédait d'abord à une maturation cervicale au misoprostol à la dose de 50ug toutes les 6 heures sans dépasser 200ug en fonction des modifications cervicales, suivie de la perfusion d'ocytocine. Cependant la maturation cervicale induit parfois à elle seule le travail d'accouchement, et il n'était plus nécessaire d'administrer la perfusion d'ocytocine. Enfin si elles étaient intactes les membranes étaient rompues dès l'apparition des premières contractions utérines. La surveillance du travail a été faite à l'aide du partogramme de l'OMS. Les données collectées ont été traitées et analysées avec le logiciel Epi info 3.5.1_2008. Le test statistique utilisé était le test χ^2 de Pearson et la différence était significative lorsque $p < 0,05$. Pour les considérations éthiques nous avons obtenu l'autorisation des autorités administratives de l'Hôpital Evangélique de Bembéréké et le consentement éclairé des gestantes. Enfin la confidentialité des données a été assurée.

RESULTATS

1-Fréquence du déclenchement du travail d'accouchement à l'Hôpital Evangélique de Bembereke.

Du 1^{er} Novembre 2014 au 31 Août 2015, nous avons enregistré dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Evangélique de Bembéréké un total de 1525 accouchements dont 156 accouchements provoqués. La fréquence du déclenchement du travail dans cette période était de 10,23%.

2- Caractéristiques de l'échantillon

L'âge moyen des gestantes était de $28,68 \pm 7,15$ ans. Les gestantes étaient mariées dans 62,18% des cas, elles n'étaient pas scolarisées ou avaient un niveau d'instruction du primaire dans 85,26% des cas, et provenaient essentiellement de la commune de Bembéréké dans 60,26% des cas. Au plan des antécédents elles étaient des paucigestes dans 44,23% des cas, de nullipares et multipares dans les mêmes proportions 25% des cas. Le nombre d'enfants vivants variait de 1 et 2 dans 46,15% des cas. S'agissant des antécédents médicaux, 'infection

a VIH et le diabète ont été retrouvés dans des proportions respectives de 1,28% et de 0,64% des cas. Le nombre de consultation prénatale était supérieur ou égal à 4 dans 48,72% des cas, dont la première réalisée au premier trimestre dans 36,84% des cas. Les consultations ont été assurées par des prestataires qualifiés (gynécologues et sages-femmes) dans 50,64% des cas.

3- Indications du déclenchement

Elles se présentent comme suit :

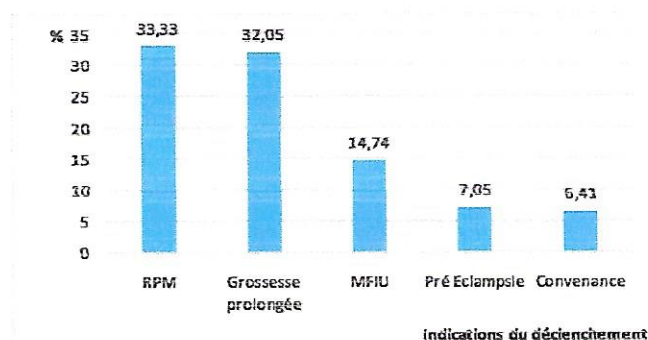


Figure: Répartition des gestantes selon les indications du déclenchement du travail

Les indications de déclenchement étaient dominées par la rupture prématurée des membranes et les grossesses prolongées. Les indications de convenance étaient retrouvées dans 6,41% des cas.

4- Modalités du déclenchement du travail

Tableau I: Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel, le score de Bishop et le nombre de dose de misoprostol

Variabiles	Effectif	%
Age gestationnel en SA		
? 37	60	35,45
37-41	46	29,48
≥ 41	50	32,05
Total	156	100
Score de Bishop		
1-3	41	26,28
4-6	110	70,51
≥7	05	3,20
Total	156	100
Nombre de dose nécessaire de misoprostol		
1	66	43,71
2	34	22,52
3	13	08,61
4	151	100
Total		

La maturation cervicale a été nécessaire chez 151 patientes soit 96,79% des cas. Elle a été obtenue avec deux doses de 50 microgramme de misoprostol dans 43,71% des cas. La rupture des membranes a été artificielle dans 65,38% des cas. La perfusion d'ocytocine pour induire les contractions utérines du travail d'accouchement a été faite dans 64,24% des cas.

5- Issue du déclenchement du travail

Le taux de gestantes entrées en travail était de 98,07%. Le déclenchement avait échoué chez trois gestantes de notre série, et la césarienne a été faite pour échec de déclenchement.

La durée du travail et la voie d'accouchement sont résumées dans le tableau II.

Tableau II: Répartition des gestantes selon le mode d'accouchement

	Effectif	%
d'accouchement		
<3H	18	11,76
3-6H	99	64,71
6-10	34	22,22
>10H	2	01,31
Total	153	100
Voie d'accouchement		
Voie basse spontanée	133	85,25
Ventouse	13	08,33
Forceps	1	00,64
Césarienne	9	05,77
Total	156	100
Indication Césarienne (n=9)		
Souffrance fœtale aigue	5	55,56
Echec de déclenchement	3	33,33
Présentation de front	1	11,11
Total	9	100

La durée du travail d'accouchement variait de 3 à 6 heures dans 64,71% des cas. Des durées plus longues (>10 heures) ont été notées dans 1,33% des cas et correspondaient à des cas de mort fœtale in utero.

L'accouchement a été réalisé par voie basse dans 147 cas soit un taux de 94,33%. Dans 8,97% des cas il a été nécessaire de réaliser une extraction instrumentale. Les indications de césariennes étaient essentiellement la souffrance fœtale aiguë et l'échec de déclenchement.

6- Pronostic périnatal

Sur 156 accouchements nous avons enregistré 133 nouveau-nés vivants et 23 mort-nés issus des morts fœtales in utero. L'état des nouveau-nés à la

naissance a été évalué par la cotation du score d'APGAR. Les 23 cas de morts fœtales in utero ne sont pas concernés.

Sur un total de 133 nouveau-nés vivants, 6 avaient un score d'APGAR inférieur à 7 à la première minute. Ils ont été réanimés et le score d'APGAR était bon supérieur à 7 à la 5^{ème} minute dans 100 % des cas. Mais 27 nouveau-nés ont été transférés en néonatalogie soit 17,31% des cas. Les motifs de transfert des nouveau-nés en néonatalogie étaient essentiellement l'infection néonatale et la prématurité. Enfin le poids moyen a la naissance était de 2889,70 ±554,47g. La durée moyenne du séjour en néonatalogie était de 2,2 jours. Tous les nouveau-nés transférés en néonatalogie étaient sortis vivant dont 4 contre avis médical.

7- Pronostic maternel

Nous n'avons pas enregistré d'effets secondaires liés au misoprostol ni à l'ocytocine notre étude. Aucune complication maternelle n'a été notée dans 98,72% des cas, La déchirure périnéale et l'hémorragie de la délivrance ont été noté dans les mêmes proportions soit 0,64% des cas. Aucun cas de décès maternel n'a été déploré.

Auteur	Taux d'échec après 4 doses de Misoprostol
AA. Calder (2008) [14]	10,4%
Deborah (2008) [15]	3,4%
Abassi 2011 [11]	4,42%
Dolo [5]	1,23%
Notre série (2015)	1,92%

Sur le plan pronostique le score d'APGAR n'était pas bon (<7) dans 95,49% des cas à la 1^{ère} minute et bon (>7) pour tous les nouveau-né à la 5^{ème} minute. Aucun cas de décès périnatal lié au déclenchement n'a été enregistré. La plupart des études randomisées ne retrouvent pas de conséquence périnatale néfaste du déclenchement même avec l'utilisation du misoprostol. La morbidité maternelle est dominée par 2 cas d'hémorragies du postpartum immédiat. La meilleure sélection des gestantes et surtout la surveillance du travail d'accouchement expliquent l'absence de rupture utérine. Par ailleurs à l'instar de l'étude de Cader [14], nous n'avons pas enregistré d'effets secondaires liés à l'utilisation du misoprostol. Les faibles doses utilisées et la fréquence d'utilisation explique cette bonne tolérance des patientes au misoprostol dans les différentes études. Enfin, aucun décès maternel n'a été noté dans les séries que

nous avons consultées, ce qui est également le cas dans notre étude.

CONCLUSION

La fréquence du déclenchement du travail d'accouchement était de 10,23%. Les indications de déclenchement du travail étaient dominées par la rupture prématurée des membranes, la grossesse prolongée, la mort fœtale in utero et la pré-éclampsie. La maturation cervicale a été nécessaire chez 96,79% des gestantes de l'étude dont le score de Bishop n'était pas favorable (<7). Le taux d'entrée en phase active du travail d'accouchement était de 98,07 %. La durée du travail d'accouchement variait de 3 à 6 heures dans 64,71% des cas, L'accouchement a été réalisé par voie basse dans 94,24% des cas. Les indications de césarienne étaient la souffrance fœtale aiguë et l'échec du déclenchement. Le taux de morbidité périnatale était de 14,40%. Aucun décès périnatal n'a été enregistré. Le taux de morbidité néonatale était de 1,28%. Aucun décès maternel n'a été enregistré. Au total le déclenchement artificiel du travail d'accouchement est une méthode sûre et efficace pour induire le travail d'accouchement sans risque d'augmentation de la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales.

RÉFÉRENCES

- Schott K. Early postpartum hemorrhage after induction of labor. *J Midwom health* 2008; 53 (5): 461-6.
- Mealing NM, Roberts CL. A population-based study. *Roy Aust new Zea obstet* Trenind labor 1998-2007.
- Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2012, 41 (2): 151-66
- Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ. Elective induction of labor versus expectant management of pregnancy *Ann Int Med* 2009; 151 : 252-263.
- Mariam Dolo Déclenchement artificiel du travail d'accouchement : utilisation du misoprostol dans la maternité du centre de sante de référence de la commune v. Thèse de médecine : Bamako, Mali 2010.
- Bartusevicius A, Barcaite E, Nadisauskiene R. Oral, vaginal and sublingual misoprostol for induction of labor. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 91(1):2-9.
- Poite IB. Programmation de l'accouchement : les sirènes de la toute puissance. 2000;05.46.09.33.11.

- 8-Claartje M A, Huisman B, Marta J, Willem de Leeuw J, Ben W M, Kitty W M. Cervical Ripening in The Netherlands: A Survey. *Obstet Gynecol Int* 2013; 2013: 745159.
- 9-Kouam L, Kamdoum Mayo J, Shasha W, Ngassa P. Le travail induit : conditions de succès et causes d'échec, une étude prospective de 162 cas. *Fr Gynecol Obstet* 1993 ; 88(4) : 243-8.
- 10-Chiesa MMS, Mounanga M, Mayi S. Déclenchement artificiel du travail par le misoprostol en intra vaginal : étude prospective au Gabon chez 97 patientes. *Méd d'Afr Noire* 1999; 46 (12).
- 11-Abbassi M. Intérêt du misoprostol dans le déclenchement du travail. Thèse : Med : Maroc 2011 ; 136 p
- 12-Mongelli M, Opatola B. Duration and variability of normal pregnancy. Implication for clinical practice. *J reprod Med* 1995; 40: 645-8.
- 13-Austin C, Sanchez-Ramos L, Adair CD. Labor induction with intravaginal misoprostol compared with the dinoprostone vaginal insert: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:624-9
- 14-Calder AA, Loughney AD, Weir CJ, Barber JW. Induction labour in nulliparous and multiparous women: a UK, multicenter, open-label study of intravaginal misoprostol in comparison with dinoprostone. *Br J Obst gynec* 2008; 115:1279-1288.
- 15-Deborah A, Win G. Misoprostol vaginal insert compared with dinoprostone vaginal insert. *Obstet Gynecol* 2008; 112:801-12.