UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Indications et voie d’accouchement en cas de déclenchement d’un travail au CHUK CHUK. Une étude réalisée au CHUK, à propos de 116 cas

Habikimana, Japhet

2020-04
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/327

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

INDICATIONS ET VOIE D'ACCOUCHEMENT EN CAS DE DECLENCHEMENT D'UN TRAVAIL AU CHUK.

Une étude réalisée au CHUK, à propos de 116 cas

Par
Japhet HABIKIMANA

Directeur de thèse :
Pr Déogratias NTUKAMAZINA

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Avril 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE

I.BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. Professeurs Emérites

1. Pr Evariste NDABANEZE : Thérapeutique
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie Chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie Chirurgicale

III. Professeurs ordinaires

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies Infectieuses et Parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Enterologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie

8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie, Sémiologie Digestive

IV. Professeurs associés

1. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
2. Pr Gordien NGENDAKURIYO : O.R.L
3. Pr Salvator HARERIMANA : Gynécologie-Obstétrique
4. Pr Serge BAHIMANGA : Pédiatrie
5. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
6. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
7. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie
8. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie –Obstétrique Soins Maternels et Infantiles
9. Pr J. Claude NIYONDIKO : Anatomie
10. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie, Sémiologie Cardiaque
11. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté

12.Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique

13.Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale

14.Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie-Obstétrique

15.Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation

16.Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologies Infectieuses et Parasitaires, Endocrinologie

17.Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs, Anesthésie-réanimation

18.Pr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie

19.Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie

20.Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale et Physiologie

21.Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou ; Sémiologie Chirurgicale

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie
2. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale..
3. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale

4. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
5. Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
6. Dr NDAYISHIMIYE Alice : Pédiatrie
7. Dr MUREKATETE Chantal : Radiologie
8. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
9. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie Chirurgicale
10. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
11. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
12. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-Anatomie

VI.CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie

Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la Santé Publique

Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche; Epidémiologie et Déontologie

Dr Alexandre NIYONKURU : Biophysique

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Desiré HABONIMANA : Epidémiologie

4. Dr Daniel NDUWAYO : Neuro-Physiologie
5. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Service de Santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr IRANGABIYE Eloi : Histologie
4. Dr NTAWUYAMARA Epipode : Biochimie
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologie

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : C.C : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : C.C : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : C.C: Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thaddée BARANCIRA : C.C : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : C.C: Chimie Générale et Organique
6. Dr KAYOYA Jean Bosco : C.C : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU :C.E : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : C.C : Psychologie Générale
9. MmeJoëlle GATORE : A : Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : A : Anglais Médical

11.Dr Michelle MUKESHIMANA : CC : Informatique

12.Mme Patricie BARAHINDUKA : A : Soins Infirmiers

13.Dr KAMO Emmanuel : Médecine du Travail

14.Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I

15.Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II

16.Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

Dieu le Père tout puissant, le Miséricordieux qui m'a permis par sa grâce de mener à terme ce travail

A mon père, pour votre amour d'un travail bien fait

A ma chère mère, pour votre incomparable sens social

A mes frères et sœurs, pour votre fraternité sans faille

A mes cousins et cousines, pour vos encouragements

A la 35ème promotion de la Faculté de Médecine, pour les joies et les peines partagées

A tous mes amis, pour votre compagnie,

Je dédie cette thèse

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Déogratias NTUKAMAZIN**A, pour avoir accepté de diriger avec bonté et rigueur scientifique ce travail. Qu'il trouve ici toute notre gratitude.

Au **Professeur Salvator HARERIMANA**, Président du jury, pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Au **Docteur Jacques NDIKUBAGENZI**, Membre du jury. Nous sommes honorés de vous compter parmi nos juges. Qu'il nous soit permis de vous exprimer nos sentiments de profonde gratitude.

A tous nos maitres depuis l'école primaire à l'université.

Au personnel du Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge, pour l'accueil et l'encadrement au cours de nos stages et recherches.

A toute personne qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

$\bar{x}$: Moyenne

< : Inférieur

> : Supérieur

≤ : Inférieur ou égal

≥ : Supérieur ou égal

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ATP : Adénosine tri phosphatase

BCF : Bruits cardiaques fœtaux

BSS : Bosse sero-sanguine

C.C : Chargé de cours

CA : Circonférence abdominale

CHUK : Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge

Coll. : Collaborateurs

CPN : Consultation prénatale

DAT : Déclenchement artificiel du travail

DFM : Disproportion fœto-maternelle

DFP : Disproportion fœto-pelvienne

DRA : Détresse respiratoire aigue

g : gramme

GEU : Grossesse extra-utérine

h : heure

HAS : Haute Autorité de la Santé

HRP : Hématome rétro-placentaire

HTA : Hypertension artérielle

INNP : Infection néonatale précoce

IVG : Interruption volontaire de la grossesse

MFIU : Mort fœtale intra-utérine

Min : Minute

Mu : milli-unité

p : degré de signification au seuil conventionnel de 5%.

PAD : Pression artérielle diastolique

PAS : Pression artérielle systolique

Pg : Prostaglandines

PGE : Prostaglandines E

PGF : Prostaglandines F

PV : Prélèvement vaginal

RCF : Rythme cardiaque fœtal

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

RPM : Rupture prématurée des membranes

RPMAT : Rupture prématurée des membranes à terme

Ru486 : Mifépristone

S : Syntocinon

SA : Semaines d'aménorrhée

SFA : Souffrance fœtale aigue

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

TA : Tension artérielle

t : test t-student

TVP : Thrombose veineuse profonde

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

X^2 : Chi-carré

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Score de BISHOP 20

Tableau II. Correspondance des débits de perfusion de Syntocinon® en intraveineuse en fonction des dilutions……..……28

Tableau III. Répartition des patientes selon l'âge 32

Tableau IV. Répartition des patientes selon la gestité. 33

Tableau V. Répartition des patientes selon leur parité. 33

Tableau VI. Répartition des patientes selon la provenance..... 34

Tableau VII. Répartition des patientes selon leur profession..... 34

Tableau VIII. Répartition des patientes selon leur état civil. 35

Tableau IX. Répartition des patientes selon le nombre de CPN 35

Tableau X. Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment du DAT..... 36

Tableau XI. Répartition des patientes selon les pathologies découvertes au cours de la grossesse……36

Tableau XII. Répartition selon l'état des BCF à l'entrée 37

Tableau XIII. Répartition des indications au DAT 37

Tableau XIV. Répartition des patientes selon la méthode de DAT. 38

Tableau XV. Répartition des moyens utilisés en fonction des indications..... 38

Tableau XVI. Répartition des patientes selon les conditions cervicales. 39

Tableau XVII. Répartition des méthodes en fonction du score de Bishop 39

Tableau XVIII. Répartition des patientes selon l'obtention du temps de latence……40

Tableau XIX. Répartition du temps de latence selon le Bishop..... 41

Tableau XX. Répartition du temps de latence selon la parité 41

Tableau XXI. Temps de latence moyenne selon la parité au score de Bishop égal. 42

Tableau XXII. Répartition du temps de latence selon la méthode de DAT 42

Tableau XXIII. Répartition du temps de latence selon la méthode au score de Bishop égal……43

Tableau XXIV. Répartition de la durée moyenne du travail selon le Bishop 43

Tableau XXV. Répartition de la durée moyenne du travail selon la méthode 44

Tableau XXVI. Durée moyenne du travail selon la méthode à Bishop égal 44

Tableau XXVII. Répartition de la durée moyenne du travail selon la parité..... 45

Tableau XXVIII. Répartition des patientes selon la voie d'accouchement 45

Tableau XXIX Répartition des patientes selon les indications des césariennes . 46

Tableau XXX. Indications des césariennes en fonction des méthodes de DAT . 47

Tableau XXXI. Répartition des césariennes en fonction des indications de

DAT……48

Tableau XXXII. Voie d'accouchement en fonction de la parité 48

Tableau XXXIII. Voie d'accouchement en fonction de la méthode 49

Tableau XXXIV. Répartition des complications en fonction des méthodes 49

Tableau XXXV. Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 1ère et 5è minute……50

Tableau XXXVI. Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance 50

Tableau XXXVII. Répartition des nouveau-nés en fonction des complications périnatales…….51

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE i

DEDICACES vii

REMERCIEMENTS viii

LISTE DES ABREVIATIONS ix

LISTE DES TABLEAUX xii

TABLE DES MATIERES xv

CHAPITRE 0. INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. GENERALITES 3

I.1. Historique 3

I.2. Bases anatomiques et physiologiques du déclenchement spontané du travail d'accouchement 4

I.2.1. Modifications anatomiques 5

I.2.1.1. Activité contractile du myomètre 5

I.2.1.2. Modifications du col 6

I.2.2. Facteurs intervenant dans le déclenchement du travail. 6

I.2.2.1. Prostaglandines. 6

I.2.2.2. Placenta et ses annexes. 7

I.2.2.3. Facteurs hormonaux 7

I.2.2.4. Facteurs fœtaux 9

I.2.2.5. Facteurs immunologiques..... 9

I.3. Déclenchement artificiel du travail..... 10

I.3.1. Indications 10

I.3.1.1. Déclenchement d'indications médicales..... 10

I.3.1.2. Déclenchement de convenance personnelle..... 16

I.3.2. Contre-indications au DAT. 16

I.3.2.1. Contre-indications absolues..... 16

I.3.2.2. Contre-indications relatives :..... 17

I.3.3. Dangers de l'induction et les conditions de DAT. 18

I.3.3.1. Dangers de l'induction. 18

I.3.3.2. Conditions de DAT..... 19

I.4. Méthodes de DAT 20

I.4.1. Méthodes non médicamenteuses. 22

I.4.1.1. Amniotomie. 22

I.4.1.2. Stimulation mamelonnaire..... 22

I.4.1.3. Décollement du pôle inférieur. 23

I.4.1.4. Ballonnets 23

I.4.1.5. Acupuncture avec ou sans stimulation électrique :..... 24

I.4.2. Méthodes médicamenteuses 24

CHAP II. MATERIEL ET METHODES.....29

II.1. Matériel 29

II.1.1. Cadre d'étude..... 29

II.1.2. Type d'étude 29

II.1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion..... 30

II.1.3. 1. Critères d'inclusion..... 30

II.1.3.2. Critères d'exclusion 30

II .2. Méthodologie..... 30

II.2.1. Recueil des données..... 30

II.2.2. Saisie et traitement des données..... 31

II.2.3. Difficultés rencontrées..... 31

CHAPITRE III. RESULTATS.....32

III.1. Données épidémiologiques..... 32

III.1.1. Fréquence..... 32

III.1.2. Age..... 32

III.1.3. Gestité 33

III.1.4. Parité 33

III.1.5. Provenance 34

III.1.6. Profession 34

III.1.7. Etat civil 35

III.2. Données sur la grossesse actuelle 35

III.2.1. Nombre de consultations prénatales 35

III.2.2. Age gestationnel 36

III.2.3. Pathologies maternelles 36

III.2.4. Etat du bruit du cœur fœtal (BCF) à l'entrée 37

III.3. Indications au DAT 37

III.4. Méthodes utilisées 38

III.4.1. Indications et méthodes utilisées pour le DAT 38

III.5. Etude des modifications cervicales 39

III.5.1.Patientes et Score de Bishop 39

III.5.2. Score de Bishop et méthodes 39

III.6. Travail d'accouchement 40

III.6.1. Temps de latence (avant début du travail) 40

III.6.1.1.Temps de latence selon Bishop 41

III.6.1.2. Temps de latence selon la parité 41

III.6.1.3. Temps de latence selon la méthode 42

III.6.2. Durée du travail 43

III.6.2.1. Durée moyenne du travail selon le Bishop 43

III.6.2.2. Durée moyenne du travail selon la méthode au DAT 44

III.6.2.3. Durée moyenne du travail selon la parité 45

III.7. Accouchement 45

III.7.1. Voie d'accouchement 45

III.7.2. Indications des césariennes 46

III.7.3. Indications des césariennes et méthodes de DAT 47

III.7.4. Césariennes et indications de DAT 48

III.7.5. Voie d'accouchement selon la parité 48

III.7.6. Voie d'accouchement selon la méthode 49

III.8. Complications maternelles 49

III.9. Données du nouveau-né 50

III.9.1. Etat néonatal 50

III.9.1.1. Score d'APGAR à la naissance 50

III.9.2. Poids de naissance 50

III.9.3. Morbidité néonatale 51

III.9.4. Mortalité néonatale 51

CHAPITRE IV. DISCUSION 52

IV.1. Epidémiologie 52

IV.1.1. Caractéristiques générales 52

IV.1.1.1. Fréquence 52

IV.1.1.2. Age. 52

IV.1.1.3. Parité 53

IV.1.1.4. Provenance 53

IV.2. Données de la grossesse actuelle. 54

IV.2.1. Age gestationnel 54

IV.3. Indications du DAT et moyens utilisés 54

IV.4. Score de Bishop 55

IV.5. Travail d'accouchement 55

IV.5.1. Temps de latence 55

IV.5.2. Durée du travail 56

IV.6. Accouchement 57

IV.6.1. Terminaison du travail 57

IV.6.2. Indications de césariennes 57

IV.7. Données du nouveau-né 58

IV.8. Pronostic materno-fœtal 59

CHAPITRE V. CONLUSION ET RECOMMANDATIONS 60

V.1. Conclusion 60

V.2. Recommandations..... 61

BIBLIOGRAPHIE.....62

ANNEXES 72

RESUME 77

CHAPITRE 0. INTRODUCTION

La parturition est un phénomène complexe, impliquant de nombreuses modifications physiologiques tant sur le plan maternel que sur le plan fœtal, aboutissant à l'expulsion fœtale [1].

Le déclenchement artificiel du travail est le fait d'induire artificiellement le processus du travail d'accouchement avant son déclenchement spontané, et ce, en vue de procéder à l'expulsion de l'unité fœto-placentaire [2].

Le déclenchement du travail d'accouchement reste un geste très fréquent en obstétrique [3]. Le taux de déclenchement du travail d'accouchement était de 2,49% à la maternité du point « G » à Bamako en 2001, de 19,7% en France métropolitaine en 2003 et de 15% au Pakistan en 2008 [4]. Il est indiqué lorsque les risques associés au prolongement de la grossesse, tant pour la mère que pour le fœtus, sont supérieurs aux risques associés au déclenchement et à l'accouchement [5, 6]. L'indication de tout déclenchement du travail doit être motivée par des raisons médicales (tenant en compte du bien-être fœtal ou toute pathologie maternelle) ou par des raisons non médicales (déclenchement de convenance ou personnelle) [7]. C'est un geste qui peut être émaillé de complications materno-fœtales, raison pour laquelle il faut bien réfléchir sur son indication.

Au cours de nos stages dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge, nous avons trouvé que le déclenchement du travail d'accouchement était beaucoup plus pratiqué.

Cela nous a donné l'envie de connaître les différents motifs de ces déclenchements et la voie d'accouchement. Nous nous sommes fixés comme objectifs :

Objectif général

Analyser les indications et la voie d'accouchement en cas de déclenchement artificiel du travail d'accouchement.

Objectifs spécifiques

- Identifier les facteurs associés à la mise sous déclenchement.
- Analyser les indications du déclenchement d'un travail d'accouchement et la voie d'accouchement
- Comparer les méthodes de déclenchement
- Décrire les complications maternelles et néonatales
- Formuler des recommandations

CHAPITRE I. GENERALITES

I.1. Historique

L'histoire de l'induction du travail est très ancienne. Depuis les successions hippocratiques : selon Hippocrate, l'agitation du fœtus entrainaît une rupture des membranes et par la suite le déclenchement du travail. Jusqu'à nos jours, l'histoire du déclenchement du travail s'est enrichie de l'expérience de plusieurs recherches. Différents procédés ont été utilisés à différentes périodes [8, 9].

Au XVIIIème siècle, des chercheurs comme Saranus d'Ephère ont proposé le ramollissement du col par les corps gras, et son élève Moshion a été le premier à décrire la dilatation manuelle et instrumentale du col [8]. Le médecin arabe, Abel [8], est devenu le premier inventeur de nombreux instruments dilatateurs du col. Mais, avec l'avènement du ballon de Boissard aux alentours de 1894, ces méthodes dites physiques ont été abandonnées.

Au XIXème siècle, le décollement du pôle inférieur a été envisagé comme intervention sur l'œuf lui-même pendant que l'amniotomie prônée par Macaulay depuis les années 1750 connaissait un regain d'intérêt [9].

Le début du XXème siècle a été marqué par l'essai des moyens chimiques. Ainsi, l'ergot de seigle, sulfate de quinine en association avec un extrait post-hypophysaire (pituitine) ont été utilisés et ont réussis à engendrer les contractions utérines [9, 10].

La spartéine a remplacé ces derniers en 1940. L'ocytocine et son analogue synthétique, le syntocinon, ont par la suite marqué un tournant décisif dans l'induction du travail [9, 10,11].

La découverte des prostaglandines vers 1970 a marqué un pas important dans la maîtrise du DAT. Depuis lors, les prostaglandines et leurs dérivés synthétiques ont consolidé progressivement leur position dans l'arsénal des méthodes de mûrissement et de DAT [9].

Partant du fait que la progestérone maintient l'utérus quiescent pendant la période gestationnelle et que la baisse de sa synthèse provoque l'entrée spontanée en travail, une nouvelle famille est née : les antagonistes de la progestérone, dont le chef de file est la mifépristone (RU 486). Son utilisation remonte dans les années 1990 et a déjà fait preuve de son efficacité [11, 12].

I.2. Bases anatomiques et physiologiques du déclenchement spontané du travail d'accouchement

La cascade des réactions qui aboutissent au déclenchement spontané du travail dans l'espèce humaine n'est pas encore bien maitrisée [8]. Actuellement, la majorité des auteurs s'accordent à reconnaître deux données importantes [13]: le myomètre, dont l'activité en fin de la grossesse devient intense et synchronisée ; le col utérin, par l'intermédiaire des modifications histochimiques qu'il subit surtout en fin de gestation.

I.2.1. Modifications anatomiques

On reconnait à l'utérus gravide à terme trois parties fonctionnellement différentes [8, 14] :

- Le corps essentiellement musculaire ;
- Le segment inférieur formé dans la 2è partie de la gestation par des mouvements différentiels des différentes couches musculaires ;
- Le col utérin essentiellement conjonctif.

I.2.1.1. Activité contractile du myomètre

Le myomètre est un muscle hétérogène organisé en plusieurs plans musculaires. L'activité contractile du muscle utérin s'opère à deux niveaux différents mais intimement liés :

- Au niveau cellulaire ;
- Au niveau de l'organe.

Au niveau cellulaire : le glissement de l'un par rapport à l'autre des filaments d'actine et de myosine [15] est le point de départ de la contraction utérine. Cette contraction des myofilaments s'effectue sous l'effet du calcium et de l'énergie fournie après hydrolyse de l'adénosine triphosphate (ATP).

Au niveau du myomètre : la transmission du potentiel d'action d'une cellule excitée à une cellule contiguë s'effectue par l'intermédiaire des jonctions intracellulaires appelées « gap-Junction » [16].

I.2.1.2. Modifications du col

Le col, classiquement long, tonique et ferme pour maintenir le produit de conception au cours de la grossesse, subit des modifications qui, le plus souvent, surviennent quelques jours avant le début du travail (ramollissement, effacement et dilatation du col) [11].

Ces modifications tiennent à deux éléments essentiels :

- Une modification des glycosaminoglycanes tant dans leur concentration que dans leur distribution avec appel d'eau à ce niveau ;
- Une dégradation du collagène sous l'action d'enzymes, la collagénase et la protéase, avec appel de cellules de la lignée blanche.

Il en résulte un relâchement de la trame collagénique. Ces modifications sont tous sous la dépendance hormonale [14].

I.2.2. Facteurs intervenant dans le déclenchement du travail.

I.2.2.1. Prostaglandines.

Elles semblent être un facteur essentiel dans le déroulement du travail et elles sont actuellement considérées comme médiateur final commun de la parturition.

Plusieurs éléments attestent de leur rôle fondamental dans le déclenchement du travail :

- Produits inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines (anti-inflammatoires non stéroïdiens) permettent de prolonger la grossesse ;

- L’administration des prostaglandines exogènes peut induire le travail quel que soit le terme de la grossesse ;
- Augmentation de leur synthèse au niveau des membranes fœtales, de la déciduale et du myomètre au moment du travail ;
- Augmentation des prostaglandines F et E dans le plasma maternel au moment du travail ;
- Augmentation significative de leur concentration dans le liquide amniotique avec un maximum au cours du travail [17, 18,19].

I.2.2.2. Placenta et ses annexes.

Leur action s’exerce par l’intermédiaire de deux hormones stéroïdiens, les œstrogènes et la progestérone, dont la production est massivement augmentée pendant la grossesse [11]. Les œstrogènes, sécrétés par le placenta pendant la grossesse, auraient une action facilitatrice de la contraction utérine en augmentant l’excitabilité myométriale et le nombre de récepteurs à l’ocytocine.
La progestérone, hormone classiquement connu comme maintenant la gestation, assure une hypo-contractilité jusqu'à terme [18].

I.2.2.3. Facteurs hormonaux

Ces facteurs interviennent dans les actions suivantes [13, 16, 18]:

- La synthèse des prostaglandines au niveau de la caduque, du myomètre et du col ;

- La distension utérine intervient dans le déclenchement du travail par deux mécanismes :
    a. Une action directe d'ouverture progressive de l'œuf par modification de forme du segment inférieur ;
    b. Une action indirecte par l'intermédiaire d'un réflexe neurohormonal ou de sécrétion de prostaglandines entrainant une augmentation de l'excitabilité des fibres étirées suivant la loi de LAPLACE.
- L'action de l'ocytocine, sécrétée par l'hypophyse, est augmentée par l'accroissement de la concentration et de la sensibilité des récepteurs utérins en début du travail. Elle entre en synergie avec les prostaglandines dont elle facilite la synthèse ;
- L'action des catécholamines: L'utérus est sensible aux catécholamines quand il est gravide et que des contractions utérines peuvent être provoquées par une perfusion de dopamine chez une femme enceinte ;
- L'action de la relaxine a été prouvée chez l'animal. Son utilisation clinique pour le mûrissement du col utérin a pu donner des résultats bénéfiques en synergie avec les prostaglandines bien que son rôle physiologique demeure hypothétique.

I.2.2.4. Facteurs fœtaux

Les facteurs fœtaux sont de trois ordres [8, 18] :

- Les catécholamines fœtaux produits par le fœtus et sécrétés de façon élevés près du terme dans le liquide amniotique facilitent les mécanismes responsables du déclenchement du travail en augmentant la synthèse des prostaglandines ;
- L'ocytocine fœtale : sa libération par le fœtus se passe pendant le travail mais ne constitue pas un facteur initiateur ;
- Les corticoïdes ont un rôle prouvé chez la brebis mais suspecté et non démontré dans l'espèce humaine.

I.2.2.5. Facteurs immunologiques

SZEKERES-BARTH et Coll. ont mis en évidence une augmentation de l'activité cytotoxique des lymphocytes et une diminution de la sensibilité des lymphocytes à la progestérone au cours du travail et en cas d'accouchement prématuré. Ils ont conclu à un phénomène immunologique possible du déclenchement du travail, mais le mécanisme exact n'est pas expliqué [8].

En conclusion, les facteurs intervenant dans le déclenchement du travail spontané sont nombreux. Si le rôle de certains est clairement démontré, celui de beaucoup d'autre mérite aujourd'hui encore d'être prouvé.

I.3. Déclenchement artificiel du travail

I.3.1. Indications

Schématiquement, on distingue le déclenchement d'indication médicale (réalisé soit avant terme, à terme ou après terme) et celui d'indication non médicale dit de principe ou de convenance.

I.3.1.1. Déclenchement d'indications médicales

Encore dit déclenchement de nécessité, ils sont dictés par le souci de sauver la vie de la mère ou de l'enfant ou des deux à la fois.

a. Les indications d'ordre maternel :

Les indications d'ordre maternel sont nombreuses et ne peuvent être toutes mentionnées ici. A titre d'exemple, nous pouvons signaler:

- **Mort fœtale in utero :**

La cause de la mort fœtale in utero la plus retrouvée est une cause placentaire, suivie secondairement de causes chromosomiques, malformatives, et infectieuses.

Trois arguments justifient le DAT en cas de MFIU :

Éviter les troubles de l'hémostase dont la fréquence est proportionnelle à la durée de rétention fœtale ; Prévenir une éventuelle infection ; Éviter l'impact physiologique sur la mère et son entourage [2,20, 21, 22, 23].

- **Cardiopathies**

Les modifications hémodynamiques au cours de la grossesse peuvent entrainer des états de surcharge sur une pompe cardiaque déjà fatiguée avec un risque de décompensation [24].

- **Les cancers**

Les cancers n'ont pas d'influence en tant que telle sur l'évolution de la grossesse et vice-versa. La principale menace est d'ordre thérapeutique avec l'embryofœtotoxicité de la chimiothérapie et de la radiothérapie [16, 25].

- **Etc.**

b. Indications dans l'intérêt fœtal

- **Dépassement du terme :**

Sont considérés comme en dépassement du terme les grossesses dont la durée est supérieure à 294 jours, soit 42 SA révolues [26, 27, 28].

Le terme dépassé expose à plusieurs risques : macrosomie et complications traumatiques de l'accouchement, souffrance fœtale par insuffisance placentaire, inhalation méconiale pouvant survenir in utero, mortalité périnatale augmentant progressivement avec le terme [3, 11, 27, 29].

Actuellement, les recommandations de l'HAS sont de surveiller les grossesses toutes les 48 heures à partir de 41SA et 0 jour et de déclencher l'accouchement à 41 SA et 6 jours avec la possibilité d'une maturation cervicale au préalable.

A partir de 41 SA, le déclenchement du travail peut être proposé à condition que le col soit favorable et d'avoir obtenu l'accord de la patiente. Cette attitude peut être motivée par une impossibilité de surveillance régulière, une demande de la patiente ou une nécessité d'organisation des soins [30].

- **Retard de croissance intra-utérin (RCIU)**

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) désigne l'incapacité du fœtus à atteindre son potentiel de croissance déterminé génétiquement en raison de diverses causes. Il est défini le plus souvent par un poids de naissance inférieur au 10ème percentile pour l'âge gestationnel sur les courbes de croissance [31].

Le fœtus porteur d'un RCIU est un fœtus fragile et l'accouchement peut représenter une période à risque d'acidose métabolique ou d'asphyxie périnatale. Un déclenchement, même sur col défavorable, est envisageable sous surveillance continue du rythme cardiaque fœtal (RCF) dans les situations obstétricales favorables et en l'absence de perturbations hémodynamiques fœtales sévères [32].

Mais, il n'y a pas de données suffisantes qui permettent de formuler une appréciation sur les avantages ou les risques infectieux du déclenchement artificiel du travail en cas de RCIU à terme. L'arrêt de croissance intra-utérine est une situation à haut risque périnatal qui doit conduire à provoquer la naissance après concertation avec le pédiatre de la structure [30].

- **Incompatibilité sanguine fœto-maternelle**: La plus fréquente et la plus grave est l'iso-immunisation dans le système rhésus [32].

Il y'a indication au DAT devant une patiente multipare avec antécédents de maladies rhésus ou encore devant une patiente qui a échappé à la séro-prophylaxie lors d'un événement obstétrical antérieur (accouchement, fausses couches, IVG, GEU), et que la surveillance intensive par échographie, taux d'agglutinines irrégulières sériques et bilirubine amniotique rapporté au diagramme de LILEY ait permis à cette grossesse à haut risque de prolonger jusqu'à terme [33].

- **Diabète :**

La principale complication pour l'enfant du diabète gestationnel est la dystocie mécanique, avec un risque de séquelles pour le fœtus. Ce risque est corrélé au poids fœtal, il est plus important dans la macrosomie asymétrique du diabète.
Limiter ce risque est possible en césarisant les enfants de plus de 4500g et en déclenchant l'accouchement avant que des enfants macrosomes n'atteignent ce poids [3,34]. L'étude de la circonférence abdominale (CA) doit être faite : CA>38cm, césarienne ; CA entre 35-38cm, déclenchement [34].

- **Les malformations**

Comme l'anencéphalie et les anomalies caryotypiques : Trisomies 21 et 18. Le problème majeur demeure celui d'en poser le diagnostic à temps.

- **Grossesse gémellaire**

Le déclenchement du travail d'accouchement en cas de grossesse gémellaire reste discuté.

Bien que les études ne permettent pas de conclure quant à l'intérêt du déclenchement en cas de grossesse gémellaire de déroulement normal, il est recommandé de ne pas dépasser 39 SA 6 jours, du fait de l'augmentation de la mortalité périnatale après ce terme.

C. Les indications materno-fœtales

La rupture prématurée des membranes (RPM)

La RPM avant terme (RPMAT) survient dans 3% des grossesses et est responsable de 30% des accouchements prématurés. La RPM expose à des risques de l'infection, de la prématurité, de la procidence et de l'hématome rétro placentaire (HRP) [35, 36]. La conduite à tenir doit prendre en compte le risque infectieux qui augmente avec la durée de l'exposition [3, 37].

Avant 34 SA, il est recommandé de prescrire une antibiothérapie pour diminuer le risque infectieux, d'effectuer une corticothérapie de maturation pulmonaire et d'éventuellement associer cela à une tocolyse au moins de courte durée, permettant ainsi de réaliser complètement la cure de corticoïdes [38, 39, 40].

Entre 34 et 37 SA, la situation fait controverse. Deux solutions sont possibles: le déclenchement immédiat ou l'expectative sous antibiothérapie. Une attitude agressive de déclenchement dans le but d'éviter une morbidité infectieuse maternelle et fœtale, peut accroître inutilement le taux de césariennes. A l'inverse, le respect d'un travail spontané lors d'une conduite trop attentiste peut favoriser le développement d'infections materno-fœtales sévères [41].

La question est de savoir le délai d'expectative.

Ce délai se situe entre 12 heures et 24 heures après la RPM pour la plupart des auteurs [41, 42].

Après 37 SA, les recommandations sont l'expectative jusqu'à 48 heures en présence d'un PV négatif. Si par contre le PV se révèle positif au streptocoque B, le déclenchement du travail s'avère nécessaire en association à une antibiothérapie [15,30, 43].

d. Les syndromes vasculo-rénaux

La prééclampsie est une complication de la grossesse survenant principalement au troisième trimestre et spécifique à la gestation humaine. Elle est définie par l'association d'une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 100mmHg (survenue après 20 SA) et d'une protéinurie supérieure ou égale à 0,30g par 24 heures [37].

La prééclampsie est secondaire à un dysfonctionnement placentaire, à une anomalie de la placentation et responsable d'une activation, voire d'une lésion de l'endothélium maternel, avec pour conséquences une hypertension, une néphropathie glomérulaire et une augmentation de la perméabilité vasculaire [44]. Elle comporte plus de complications fœtales et maternelles surtout dans les formes sévères [45]. L'insuffisance rénale aigue au cours de la grossesse peut éventuellement être secondaire à une néphropathie préexistante brutalement aggravée par la prééclampsie. Le risque de mise en dialyse définitive est alors élevé chez ces patientes [46].

I.3.1.2. Déclenchement de convenance personnelle

La Haute Autorité de la Santé recommande d'envisager un déclenchement de convenance seulement lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- Utérus non cicatriciel ;
- Terme précis (à partir de 39 SA) ;
- Col favorable (score de Bishop ≥ 6) ;
- Présentation céphalique ;
- Absence de disproportion fœto-maternelle (DFM) ;
- Demande ou accord de la patiente et informations des modalités et des risques potentiels [7,47].

I.3.2. Contre-indications au DAT.

Il s'agit de contre-indications obstétricales à l'accouchement par voie basse et donc au déclenchement, et aussi de contre-indications relatives ou temporaires liées à certaines techniques [33].

I.3.2.1. Contre-indications absolues

a. Contre-indications à l'accouchement par voie basse.

Dans ces cas, une cause maternelle, fœtale ou ovulaire impose la césarienne prophylactique. Une étude soigneuse de la confrontation céphalo-pelvienne (avec éventuellement pelvimétrie et l'échographie) est obligatoire avant toute décision de déclenchement.

Le déclenchement est contre-indiqué dans toutes les circonstances où l'accouchement par voie basse est exclu :

- Bassin chirurgical ;
- Disproportion fœto-pelvienne ;
- Placenta prævia ;
- Obstacle prævia;
- Infections génitales à Herpès ;
- Présentations autres que céphaliques.

b. La souffrance fœtale aigue qui nécessite une césarienne en urgence ;

c. Les prématurités.

I.3.2.2. Contre-indications relatives :

Les contre-indications peuvent être liées à plusieurs paramètres dont :

- Liées à la parité : Grâce au monitorage fœtal et l'enregistrement direct de l'activité utérine, la grande parité n'est plus une contre-indication absolue au DAT [12].

- Liées aux antécédents : antécédents de chirurgie utérine, qu'il s'agisse de césarienne, d'hystérotomie ou de myomectomie.

- Liées à une technique de DAT :

- Contre-indication à l'emploi d'ocytociques dans la fragilité utérine : utérus cicatriciel, grande prématurité, grossesses multiples, etc. ;

- Contre-indication à l'amniotomie : présentation non céphalique et non fixée, du fait du risque de procidence du cordon ;
- Les prostaglandines sont proscrites en cas d'allergies aux prostaglandines, d'asthme et de glaucome [8].
- En cas de rupture des membranes, avec status cervical défavorable, les prostaglandines locales sont proscrites également en raison du risque infectieux [33].

I.3.3. Dangers de l'induction et les conditions de DAT.

I.3.3.1. Dangers de l'induction.

La prise en charge des grossesses et accouchements doit être effectuée en fonction des niveaux de risque estimé pour la femme enceinte et pour le fœtus [48].

Chez le fœtus : le DAT peut entraîner une anomalie du rythme cardiaque, une souffrance fœtale aigue (liquide amniotique méconial). Il y'a également risque d'infection fœtale et de procidence du cordon.

Chez la mère : un échec d'induction affecte l'état psychologique.

L'induction du travail peut aussi entrainer une hyperstimulation utérine avec rupture utérine [49] et des lésions périnéales. Un travail prolongé a des risques d'infection maternelle ou d'hémorragie du postpartum [50].

I.3.3.2. Conditions de DAT

Le déclenchement de l'accouchement représente une décision médicale dont le but est l'accouchement de la patiente suite à l'induction du travail par la méthode la plus adaptée et sous surveillance stricte.

Avant de procéder à un déclenchement, il faut :

- S'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires à la surveillance maternelle et fœtale ;
- Faire un examen obstétrical complet pour vérifier les conditions locales et l'absence de contre-indications;
- Réaliser le déclenchement du travail à proximité du bloc de césarienne ;
- Noter clairement dans le dossier les constatations, l'indication et la décision prise, dater et signer ;
- Informer la patiente du fait et cette dernière doit donner un consentement éclairé. La tenue du partogramme doit être faite en temps réel ;
- S'assurer que les conditions cervicales sont favorables :

L'appréciation de la maturation du col utérin se fait par le toucher vaginal pour établir un score visant à quantifier la chance de maturation cervicale.

Le score le plus utilisé en pratique courante est le score de Bishop. Il est basé sur cinq critères cliniques auxquels sont affectés des valeurs en point.

Il varie de 0 à 13 points.

Tableau I. Score de BISHOP

	0	1	2	3
Dilatation	Fermée	1-2 cm	3-4 cm	≥ 5 cm
Effacement	Long	½ Long	Court	Effacé
Consistance	Rigide	Mou	Souple	-
Position	Postérieure	Intermédiaire	Antérieure	-
Présentation	Mobile	Amorcée	Fixée	Engagé

Le score est favorable lorsqu'il est ≥ 6 points et défavorable lorsqu'il est < 6 points [30]. En cas de Bishop défavorable, beaucoup d'auteurs proposent une maturation cervicale préalable par les prostaglandines en administration locale sous forme de gel ou d'ovules [11, 51].

Certains auteurs ont envisagé d'utiliser l'échographie endovaginale, plus objective et reproductive, pour mesurer la longueur du col et son ouverture [52, 53]. Mais, la mesure de la longueur échographique du col n'apporte aucun bénéfice par rapport au simple score de Bishop pour évaluer le succès éventuel d'un déclenchement, jugé sur le taux de césarienne [54].

I.4. Méthodes de DAT

On distingue plusieurs méthodes de déclenchement :

a. Méthodes mécaniques :

- Décollement des membranes ;
- Dilatateurs cervicaux (sonde de Foley) ;
- Ballonnets.

b. Méthodes chirurgicales :

Amniotomie ou rupture artificielle des membranes (RAM), qui nécessite une présentation amorcée ou fixée.

c. Méthodes pharmacologiques :

Les produits les plus utilisés sont :

- **Les prostaglandines** : PGF2a (Dinoprostone®), PGE2 (Propess®, Prostine®, Prepidil®) et analogues des prostaglandines E1 : Misoprostol (Cytotec®) ; Les antiprogestérones : Mifépristone (Mifégyne®) : stéroïde de synthèse à action anti-progestérone ;
- **Ocytociques.**

d.Techniques diverses de maturation et de déclenchement :

- Acupuncture avec ou sans électrostimulation ;
- Stimulation mamelonnaire ;
- Rapports sexuels.

Ces méthodes peuvent être arbitrairement classées en deux groupes :

- Les méthodes non médicamenteuses ;
- Les méthodes médicamenteuses.

I.4.1. Méthodes non médicamenteuses.

I.4.1.1. Amniotomie.

Est largement utilisée chez les Anglo-Saxons. C'est la rupture des membranes [49]. Cette méthode est souvent associée à une perfusion d'Ocytocique, mais elle peut être utilisée seule. Il faut que le col soit déhiscent (entrouvert) et la présentation fixée ou amorcée. On utilise en général une branche d'une pince à griffe ordinaire (type pince de Kocher [55] ou pince de Hegar). On peut également rompre les membranes "à vue" dans la lumière d'un amnioscope.

Les inconvénients sont de deux ordres :

- D'une part, cette méthode est irréversible ;
- D'autre part, le risque d'infection augmente avec le délai d'accouchement et devient important après 24 heures [5].

I.4.1.2. Stimulation mamelonnaire

Elle est la méthode la plus ancienne. La stimulation mamelonnaire permet une modification significative du score de Bishop, ce qui promeut la mise en travail ou facilite une éventuelle provocation.

Les auteurs ont mis en évidence une diminution significative du nombre d'hémorragie de la délivrance chez les femmes pratiquant une stimulation mamelonnaire prénatale [56].

I.4.1.3. Décollement du pôle inférieur

Le décollement du pôle inférieur de l'œuf est une méthode mécanique de déclenchement du travail qui peut être proposée quand un déclenchement sans raison médicale est engagé. Le geste consiste à pratiquer un toucher vaginal afin d'atteindre l'orifice interne du col, puis à effectuer un "balayage" circulaire entre les membranes fœtales et la paroi utérine sans rompre la poche des eaux.

Ce procédé aurait pour effet d'entrainer une libération de prostaglandines afin de déclencher des contractions utérines. Mais les études faites à ce sujet restent contradictoires [42]. Ses inconvénients sont : malaises, saignement et irritation de l'utérus [57].

Avant la pratique du geste, on doit informer la patiente du fait que le taux de réussite n'est pas de 100%, qu'il n'augmente pas le taux d'infections maternelles et néonatales, et que ce peut être plus ou moins douloureux [30].

I.4.1.4. Ballonnets

Il existe plusieurs variétés : celui de Champetier de Ribes ; des ballonnets plus modernes ont été dérivés des sondes vésicales tels ceux de Dubecq, Salasc ou Slavtchev.

Actuellement, quelques auteurs utilisent des sondes vésicales en cas de score cervical défavorable. Du fait d'un manque de données, ils ne sont pourtant pas recommandés en première intention. Mais ils semblent être efficaces, faciles et bien tolérés, en particulier en cas d'utérus uni-cicatriciel.

Ils ont une efficacité identique aux prostaglandines. Les bougies, les laminaires et les ballonnets exercent une stimulation mécanique de l'utérus par la distension de l'orifice interne et le décollement des membranes et finissent par entrainer la sécrétion endogène de la prostaglandine [37, 58, 59]. Mais ils sont abandonnés [60].

I.4.1.5. Acupuncture avec ou sans stimulation électrique :

Cette méthode est utilisée en Chine principalement. La technique diffère légèrement suivant les auteurs. Les données disponibles ne permettent pas de conclure sur l'intérêt de l'utilisation de l'acupuncture (méthode pouvant être utilisée en fin de la grossesse dans la maturation du col et en salle de naissance dans les douleurs de l'accouchement [61, 62] ou l'homéopathie pour induire le travail [30].

I.4.2. Méthodes médicamenteuses

Le choix du produit dépend en général de l'état du col, défini par le score de Bishop:

- Si le col est mûr (score de Bishop ≥ 6), on utilise généralement une perfusion d'ocytocine de synthèse, Syntocinon®, associé ou non à l'amniotomie;
- Si le col est immature (score de Bishop < 6), on procède à une maturation cervicale, par prostaglandines E2 (dinoprostone). Cette maturation est suivie la plupart du temps de la perfusion d'ocytocine [3].

a. Les prostaglandines.

Différents modes d'administration des prostaglandines E2, naturelles, ont été testés pour le déclenchement du travail: voie intraveineuse, orale, extra-amniotique, intra vaginale (prepidil® 0,5mg) [30, 63]. La voie la plus utilisée actuellement est la voie vaginale car elle comporte moins d'effets indésirables et est jugée comme étant la plus efficace [64].

Il existe [30, 63]:

- Le dispositif vaginal à libération prolongée (Propess® 10mg) placé dans le cul de sac postérieur pour une durée de 24 heures;
- Le gel vaginal (Prostine® 2mg), également placé dans le cul de sac postérieur pour une durée de 4 heures.

Le Misoprostol n'a pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en obstétrique mais est couramment utilisé depuis de très nombreuses années dans les interruptions médicales au 2è et 3è trimestre de grossesse [58].

Son efficacité est prouvée mais son fort pouvoir utérotonique entraine une augmentation des hypercinésies et des anomalies du rythme cardiaque fœtal [65]. La voie vaginale est la première voie d'intention même si la voie orale et sublinguale semble avoir la préférence des patientes.

L'utilisation de la Mifépristone, antiprogestérone, a fait l'objet d'études dans le déclenchement du travail et n'a pas montré son efficacité.

Ce produit n'a pas d'AMM pour le déclenchement du travail. Le misoprostol associé au mifépristone semble plus efficace que le misoprostol seul [58].

Les effets indésirables et complications des prostaglandines [6,10]:

- Nausées et vomissements;

- Hypercinésie ou hypertonie utérine associée ou non à une perturbation du rythme cardiaque fœtal. Pour retrouver une dynamique utérine normale, il faut retirer le Propess® ou faire un lavage vaginal si on a utilisé un gel vaginal;

- risque de rupture utérine, associé aux ocytociques (ils potentialisent l'effet des ocytociques).

Les prostaglandines sont contre-indiquées en cas d'hypersensibilité aux prostaglandines, d'asthme ou de glaucome. Le déclenchement par Propess® est contre-indiqué en cas d'utérus cicatriciel, de prééclampsie avérée [10].

b. L'ocytocine.

L'ocytocine naturelle est un nonapeptide hormonal synthétisé dans l'hypothalamus et stocké dans la post-hypophyse. Elle est présente dans le plasma pendant toute la grossesse.

En fin de la grossesse, on observe, grâce à une augmentation du nombre de récepteurs spécifiques membranaires, une sensibilité accrue pour l'ocytocine au niveau utérin.

Cette stimulation des récepteurs aboutit à la libération de prostaglandines et à des contractions du muscle utérin.

L'ocytocine augmente également la force et la fréquence des contractions en élevant la concentration de calcium [66, 67].

Le Syntocinon® est un ocytocique de synthèse qui a la même constitution et les mêmes propriétés pharmacologiques que l'ocytocine [66]. L'ocytocine est utilisée actuellement associée à l'amniotomie.

Il est recommandé d'employer le protocole suivant:

- 5 UI de Syntocinon® dans 500 ml de glucosé 5%.
- Au débit initial de 2,5 mUI/min;
- La dose est progressivement augmentée toutes les 20 à 30 minutes, de 2,5 mUI/min en 2,5 mUI/min.

Il faut employer la dose d'ocytocine la plus faible possible en visant à obtenir au maximum 3 à 4 contractions par 10 minutes. Il est recommandé de ne pas dépasser la dose de 20 mUI/min. Cependant, une dose de 32 mUI/min peut être utilisée en cas de nécessité.

L'ocytocine est administrée à l'aide d'une pompe à perfusion électrique ou d'une seringue électrique avec une valve anti-reflux [30,63] ou d’une perfusion classique.

Tableau II. Correspondance des débits de perfusion de Syntocinon® en intraveineuse en fonction des dilutions (66).

Dilution de 5 UI de Syntocinon® dans 500cc de sérum	Dilution de 5 UI de Syntocinon® dans 50cc de sérum	Débit en milli-unité par minute
15 ml/h	1,5 ml/h	2,5
30 ml/h	3 ml/h	5
45 ml/h	4,5 ml/h	7,5
60 ml/h	6 ml/h	10
75 ml/h	7,5 ml/h	12,5
90 ml/h	9 ml/h	15
105 ml/h	10,5 ml/h	17,5
120 ml/h	12 ml/h	20

1ml= 10mUI = 20gouttes.

Les effets indésirables et complications d'ocytocine [10, 66]:

- Les doses variables de perfusion du Syntocinon® entrainent une hypertonie utérine ou hypercinésie. Dans ce cas, arrêt de l'administration est nécessaire au rétablissement dynamique utérin physiologique. Si elle n'est pas suffisante, la trinitrine (Nastispray®, Nitronal®) est utilisée pour engendrer la vasodilatation;

- En cas de surdosage ou d'utilisation prolongée, la Syntocinon® a un effet antidiurétique;

- L'administration d'ocytocine de synthèse peut aussi provoquer une augmentation de la pression artérielle et l'hémorragie du post-partum.

CHAP II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Matériel

II.1.1. Cadre d'étude

Notre étude a été menée dans le Département de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK). Le CHUK est une structure de soins publique qui est un centre de référence nationale. Il assure des fonctions de soins, d'encadrement des étudiants externes et internes, des médecins stagiaires ou en cours de spécialisation.

Le département de gynécologie-obstétrique de CHUK comprend trois services :

1. Le service des consultations externes qui assure les consultations externes et tient les registres, les fiches et les dossiers gynéco-obstétricaux des patientes classés par ordre alphabétique ;
2. Le service de bloc opératoire et des accouchements avec : trois blocs opératoires, trois salles d'accouchement et une salle de réanimation néonatale ;
3. Le service des hospitalisations.

II.1.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 12 mois (du 1er Août 2018 au 31 juillet 2019). C'est une étude à visée descriptive et comparative des méthodes de DAT.

II.1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

II.1.3. 1. Critères d'inclusion

Etaient incluses :

- Toute patiente ayant un terme théorique $\geq$ 28 SA déclenchée par le syntocinon ou les prostaglandines au CHUK.

II.1.3.2. Critères d'exclusion

Etaient exclues :

- Toute patiente ayant reçu le Syntocinon ou prostaglandines en dehors du déclenchement (Fausses couches incomplètes, régularisation du travail d'accouchement, expulsions, etc.) ;
- Toute patiente déclenchée au CHUK et dont le dossier médical n'était pas retrouvé ou était inexploitable.

II .2. Méthodologie

II.2.1. Recueil des données

Au cours de notre étude, nous avons consulté différents documents à savoir :

- Registre des grandes interventions
- Registre des mouvements des malades
- Registre des accouchements
- Dossiers des patientes

Les données recueillies ont été enregistrées sur une fiche d'enquête préétablie.

II.2.2. Saisie et traitement des données

La saisie des données s'est faite par l'outil informatique Microsoft Excel 2007. Nous avons utilisé le logiciel R pour le traitement des données. Le test t-student est utilisé pour la comparaison des durées moyennes du travail après déclenchement et le test chi-carré (X^2), pour la comparaison de deux proportions.

Les moyennes ont été calculées par la formule : $\bar{x} = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{k} x_i$

II.2.3. Difficultés rencontrées

Au cours de notre étude, nous avons rencontrés certaines difficultés dans le recrutement des patientes telles que :

- Des dossiers non clôturés ;
- Manque de certaines fiches ;
- Des dossiers inexploitables ;
- Des patientes ayant bénéficiées du DAT non signalées.

CHAPITRE III. RESULTATS

III.1. Données épidémiologiques

III.1.1. Fréquence

Durant la période de notre étude, soit 12 mois (du 1er Août 2018 au 31 Juillet 2019), 2792 accouchements ont eu lieu au CHU de Kamenge dont 132 déclenchements soit 4,72%. Parmi ces dossiers, 16 ont été exclus : 9 dossiers n'étaient pas retrouvés (6,81%) et 7 dossiers étaient inexploitables (5,30%). Nous avons pu ainsi étudier 116 dossiers.

III.1.2. Age

Tableau III. Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	%
< 21	4	3,45
21-35	103	88,79
≥ 36	9	7,76
Total	116	100
Âge moyen	29,17 ans	

L'âge moyen des patientes était de 29,17 ans avec des extrêmes de 17 ans et 41 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 21 ans à 35 ans avec 88,79%.

III.1.3. Gestité

Tableau IV. Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	%
Primigestes	51	43,97
Paucigestes (≤ 3)	47	40,52
Multigestes (≥ 4)	18	15,51
Total	116	100
Gestité moyenne	2,19	

Les primigestes étaient les plus nombreuses avec 43,97%. La gestité moyenne était de 2,19 avec des extrêmes de 1 à 9 grossesses.

III.1.4. Parité

Tableau V. Répartition des patientes selon leur parité.

Parité	Effectif	%
Nullipares	60	51,72
Parité ≥ 1	56	48,28
Total	116	100
Parité moyenne	1	

Les nullipares étaient les plus représentées avec 51,72%. La parité moyenne était de 1 avec des extrêmes de 0 à 7.

III.1.5. Provenance

Tableau VI. Répartition des patientes selon la provenance.

Province	Effectif	%
BUJUMBURA MAIRIE	96	82,76
BUJUMBURA	5	4,31
AUTRES PROVINCES	15	12,93
TOTAL	116	100

Les patientes provenaient plus de Bujumbura Mairie, soit 82,76%.

III.1.6. Profession

Tableau VII. Répartition des patientes selon leur profession.

Profession	Effectif	% (n=116)
Cultivatrices	41	35,34
Salariées	26	22,42
Ménagères	27	23,28
Etudiantes	7	6,03
Chômeurs	7	6,03
Commerçantes	8	6,90
Total	116	100

Les cultivatrices étaient les plus représentées avec 41 patientes sur 116 patientes (35,34%).

III.1.7. Etat civil

Tableau VIII. Répartition des patientes selon leur état civil.

Etat civil	Effectif	%
Célibataire	3	2,59
Mariée	112	96,55
Divorcée	1	0,86
Total	116	100

Les patientes mariées étaient les plus représentées avec 96,55%. Les célibataires ne représentaient que 2,59%.

III.2. Données sur la grossesse actuelle

III.2.1. Nombre de consultations prénatales

Tableau IX. Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	%
0	3	2,59
1-2	65	56,03
3-4	48	41,38
Total	116	100

Trois gestantes n'avaient fait aucune CPN

III.2.2. Age gestationnel

Tableau X. Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment du DAT.

Terme	Effectif	%
28-36 SA	3	2,59
37-41 SA	99	85,34
≥ 42 SA	14	12,07
Total	116	100

Le déclenchement du travail d'accouchement a été plus observé pour un terme de grossesse situé entre 37 et 41 SA, soit 85,34%.

III.2.3. Pathologies maternelles

Tableau XI. Répartition des patientes selon les pathologies découvertes au cours de la grossesse.

Pathologies/Grossesse	Effectif (n=116)	%
Accès palustre	4	3,45
Infection urinaire	4	3,45
Anémie	1	0,86
Aucune	107	92,24

Les pathologies les plus retrouvées au cours de la grossesse étaient l'accès palustre et l'infection urinaire avec chacun 3,45%. 92,24% n'avaient aucune pathologie.

III.2.4. Etat du bruit du cœur fœtal (BCF) à l'entrée

Tableau XII. Répartition selon l'état des BCF à l'entrée

BCF (Battements par minute)	Effectif	%
0	4	3,45
120-160	112	96,55
Total	116	100

Les BCF n'ont pas été retrouvés dans 3,45%.

III.3. Indications au DAT

Tableau XIII. Répartition des indications au DAT

Indication	Effectif	%
Dépassement de terme	54	46,55
RPM	34	29,31
Macrosomie	4	3,45
Convenance personnelle	4	3,45
Diminution des MAF	4	3,45
Oligoamnios sévère	3	2,59
Hydramnios	1	0,86
Dépassement de terme+Pré-éclampsie	1	0,86
RPM+Prééclampsie	1	0,86
TVP	1	0,86
Oligoamnios+Placenta calcifié	1	0,86
RCIU	1	0,86
RPM+Dépassement de terme	1	0,86
HTA gravidique	1	0,86
Oligoamnios+Diminution des MAF	1	0,86
Mort fœtale in utero	3	2,59
Mort fœtale in utéro+Prééclampsie	1	0,86
Total	116	100

Les indications de déclenchement les plus représentées étaient le dépassement de terme et la RPM avec respectivement 46,55% et 29,31%.

III.4. Méthodes utilisées

Tableau XIV. Répartition des patientes selon la méthode de DAT

Méthode	Effectif	%
Syntocinon	53	45,69
Prostaglandines	63	54,31
Total	116	100

54,31% des patientes ont été déclenchées par les prostaglandines contre 45,69% des patientes déclenchées par le syntocinon.

III.4.1. Indications et méthodes utilisées pour le DAT

Tableau XV. Répartition des moyens utilisés en fonction des indications

Indications	Pg	S	Total
Dépassement de terme	34	20	54
RPM	11	23	34
Macrosomie	3	1	4
Convenance	0	4	4
Diminution des MAF	3	1	4
Oligoamnios sévère	2	1	3
Hydramnios	1	0	1
Dépassement+Prééclampsie	1	0	1
RPM+Prééclampsie	0	1	1
TVP	0	1	1
Oligoamnios+Placenta calcifié	1	0	1
RCIU	1	0	1
RPM+Dépassement de terme	0	1	1
HTA gravidique	1	0	1
Oligoamnios+Diminution des MAF	1	0	1
Mort fœtale intra-utérin	3	0	3
Mort fœtale intra-utérin+Prééclampsie	1	0	1
Total	63	53	116
%	54,31	45,69	100

Le déclenchement pour raison médicale constituait 96,55% contre 3,45% pour raison non médicale. Les prostaglandines représentaient 54,31%. Les prostaglandines ont été utilisées dans 62,96% pour le dépassement de terme.

III.5. Etude des modifications cervicales

III.5.1.Patientes et Score de Bishop

L'appréciation des conditions locales est faite grâce au score de Bishop.

Tableau XVI. Répartition des patientes selon les conditions cervicales.

Bishop	Effectif	%
Favorable	39	33,62
Défavorable	77	66,38
Total	116	100

Les patientes ayant un score de Bishop défavorable étaient les plus représentées avec 66,38%.

III.5.2. Score de Bishop et méthodes

Tableau XVII. Répartition des méthodes en fonction du score de Bishop

	Score de Bishop			
Méthodes	Bishop < 6	Bishop ≥ 6	Total	X^2 & p
Prostaglandines	62	1	63	X^2=54,961
Syntocinon	15	38	53	P<0,001
Total	77	39	116	
%	66,38	33,62	100	

Le syntocinon a été moins utilisé chez les patientes avec score de Bishop défavorable (15 cas sur 77 cas), soit 19,48% alors que les prostaglandines ont été utilisées dans 80,52% (62 cas sur 77 cas). Cette différence est statistiquement significative avec p<0,001.

III.6. Travail d'accouchement

III.6.1. Temps de latence (avant début du travail)

Tableau XVIII. Répartition des patientes selon l'obtention du temps de latence

Temps de latence	Effectif	%
Mentionné	90	77,59
Non mentionné	26	22,41
Total	116	100
Temps de latence moyen	4h27min	

Le temps de latence a été mentionné dans 77,59%. Le temps de latence moyen était de 4h27min.

III.6.1.1.Temps de latence selon Bishop

Tableau XIX. Répartition du temps de latence selon le Bishop

Latence	≤ 3H	]3-6H]	> 6H	Pas de travail	Effectif	Moyenne	t & p
Défavorable	11	18	33	15	77	5h39min	t=5,6618
Favorable	20	5	3	11	39	2h05min	p<0,001
Total	31	23	36	26	116		
%	26,72	19,83	31,04	22,41	100		

Le temps de latence était plus court (2h05min) quand les conditions obstétricales au début du déclenchement étaient favorables. Cette différence est statistiquement significative (p<0,001). A la 3è heure, les entrées en travail étaient de 64,52% pour un score de Bishop favorable contre 35,48% pour un score de Bishop défavorable.

III.6.1.2. Temps de latence selon la parité

Tableau XX. Répartition du temps de latence selon la parité

Latence	≤ 3H	]3-6H]	> 6H	Pas de travail	Effectif	Moyenne	t & p
Nullipares	9	12	24	15	60	5h	t=1,472
Parité ≥ 1	22	11	12	11	56	3h51min	p=0,071
Total	31	23	36	26	116		
%	26,72	19,83	31,04	22,41	100		

Le temps de latence était plus court (3h51min) pour les patientes à parité ≥ 1. Cette différence est non statistiquement significative (p=0,071). Les entrées en travail étaient de 29,03 % pour les nullipares contre 70,97% pour les patientes à parité ≥ 1 à la 3è heure.

Tableau XXI. Temps de latence moyenne selon la parité au score de Bishop égal.

Parité	Bishop < 6		Bishop ≥ 6		t & p
	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	
Nullipares	42	6h20min	18	1h54min	t= -1,4626
Parité ≥1	35	4h49min	21	2h14min	p=0,92

Le temps de latence était plus long chez les nullipares (6h20min) que chez les patientes à parité ≥ 1 (4h49min) si les conditions cervicales étaient défavorables. Cette différence est non statistiquement significative (p=0,92).

III.6.1.3. Temps de latence selon la méthode

Tableau XXII. Répartition du temps de latence selon la méthode de DAT

Latence	≤ 3H	]3-6H]	> 6H	Pas de travail	Effectif	Moyenne	t & p
Prostaglandines	7	15	29	12	63	6h06min	t=5,231
Syntocinon	24	8	7	14	53	2h29min	P<0,001
Total	31	23	36	26	116		
%	26,72	19,83	31,04	22,41	100		

Le syntocinon a été plus efficace à initier le travail que les prostaglandines avec respectivement 2h29min et 6h06min. Cette différence est statistiquement significative avec p<0,001.

Tableau XXIII. Répartition du temps de latence selon la méthode au score de bishop égal

Méthode	Bishop < 6		Bishop ≥ 6		t & p
	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	
Prostaglandines	62	6h09min	1	2h30min	t=2,6617
Syntocinon	15	3h33min	38	2h04min	p=0,99

Au score de Bishop défavorable, une longue durée de latence s'observe chez les patientes sous prostaglandines (6h09min).

III.6.2. Durée du travail

Elle a été obtenue chez 55 patientes et variait de 30 minutes à 12h avec une durée moyenne de 2h14min.

III.6.2.1. Durée moyenne du travail selon le Bishop

Tableau XXIV. Répartition de la durée moyenne du travail selon le Bishop

Durée du travail	≤ 4H	]4-8H]	>8H	Pas de travail	Effectif	Moyenne	t & p
Favorable	15	3	0	21	39	1h31min	t=2,3172
Défavorable	14	19	4	40	77	2h36min	p=0,01
Total	29	22	4	61	116		

La durée moyenne du travail était plus longue (2h36min) quand les conditions obstétricales locales étaient défavorables.

III.6.2.2. Durée moyenne du travail selon la méthode au DAT

Tableau XXV. Répartition de la durée moyenne du travail selon la méthode

Durée du travail	≤4H	]4-8H]	>8H	Pas de travail	Effectif	Moyenne	t & p
Syntocinon	18	5	0	30	53	1h32min	t=2,6001
Prostaglandines	11	17	4	31	63	2h50min	p=0,005
Total	29	22	4	61	116		

Le travail évoluait rapidement vers l'accouchement avec le syntocinon (1h32min) que les prostaglandines (2h50min).

Tableau XXVI. Durée moyenne du travail selon la méthode à Bishop égal

Méthode	Durées moyennes				t & p
	BISHOP < 6	Effectif	BISHOP ≥ 6	Effectif	
Syntocinon	1h36min	15	1h30min	38	t=1,7972
Prostaglandines	2h51min	62	1h55min	1	p=0,04

La durée du travail était moins longue avec le syntocinon (1h36min) qu'avec les prostaglandines (2h51min) si les conditions locales étaient défavorables.

III.6.2.3. Durée moyenne du travail selon la parité

Tableau XXVII. Répartition de la durée moyenne du travail selon la parité

	Durée du travail						
Parité	≤4H	]4-8H]	>8H	Pas de travail	Effectif	Moyenne	t & p
Nullipares	8	12	4	36	60	2h27min	t= -0,81446
Parité ≥ 1	21	10	0	25	56	2h01min	p=0,79
Total	29	22	4	61	116		

La durée du travail était non significativement moins longue pour les nullipares que pour les patientes à parité ≥ 1.

III.7. Accouchement

III.7.1. Voie d'accouchement

Tableau XXVIII. Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	%
Voie basse	55	47,41
Césarienne	61	52,59
Total	116	100

Les accouchements par voie basse représentaient 47,41%.

III.7.2. Indications des césariennes

Tableau XXIX. Répartition des patientes selon les indications des césariennes

Indications	Effectif	%
SFA	22	36,06
Echec de déclenchement	12	19,67
Dilatation stationnaire	4	6,55
Dilatation stationnaire+SFA	3	4,92
DFP	3	4,92
SFA+DFP	3	4,92
Hypotension artérielle	1	1,64
DFP+hypercinésie	1	1,64
Hypocinésie	1	1,64
Cordon battant	1	1,64
Syndrome pré-rupture utérine+hypercinésie	1	1,64
SFA+défaut d'engagement	1	1,64
Défaut d'engagement+dilatation stationnaire	1	1,64
HTA	1	1,64
Prééclampsie	1	1,64
SFA+échec de déclenchement	1	1,64
Syndrome pré-rupture utérine	1	1,64
SFA+hypercinésie	1	1,64
SFA+dystocie de démarrage	1	1,64
Hypercinésie+dystocie de démarrage	1	1,64
Total	61	100

Les indications de césariennes les plus retrouvées étaient : souffrance fœtale aigue et l'échec de déclenchement avec respectivement 36,06% et 19,67%.

III.7.3. Indications des césariennes et méthodes de DAT

Tableau XXX. Indications des césariennes en fonction des méthodes de DAT

Indications	Pg	S	Total
SFA	13	9	22
Echec de déclenchement	4	8	12
Dilatation stationnaire	1	3	4
Dilatation stationnaire+SFA	3	0	3
DFP	2	1	3
SFA+DFP	1	2	3
Hypotension artérielle	1	0	1
DFP+hypercinésie	1	0	1
Hypocinésie	0	1	1
Cordon battant	0	1	1
Syndrome pré-rupture utérine+hypercinésie	1	0	1
SFA+défaut d'engagement	1	0	1
Défaut d'engagement+dilatation stationnaire	0	1	1
HTA	0	1	1
Prééclampsie	1	0	1
SFA+échec de déclenchement	0	1	1
Syndrome pré-rupture utérine	0	1	1
SFA+hypercinésie	0	1	1
SFA+dystocie de démarrage	1	0	1
Hypercinésie+dystocie de démarrage	1	0	1
Total	31	30	61

Le taux de césarienne était de 50,82% pour les patientes déclenchées par les prostaglandines contre 49,18% des patientes déclenchées par le syntocinon. Pour 22 cas de SFA, 59,09% (13 cas sur 22 cas) étaient des patientes déclenchées par les prostaglandines.

III.7.4. Césariennes et indications de DAT

Tableau XXXI. Répartition des césariennes en fonction des indications de DAT

Indications	Césariennes	%
Dépassement de terme	30	49,18
RPM	17	27,86
Oligoamnios sévère	2	3,28
Convenance	2	3,28
Macrosomie	2	3,28
TVP	1	1,64
RPM+dépassement de terme	1	1,64
RCIU	1	1,64
Oligoamnios+placenta calcifié	1	1,64
RPM+prééclampsie	1	1,64
Dépassement de terme+prééclampsie	1	1,64
Diminution des MAF	2	3,28
Total	61	100

Le dépassement de terme totalisait à lui seul 33 césariennes (49,18%) contre 19 césariennes (27,86%) pour RPM.

III.7.5. Voie d'accouchement selon la parité

Tableau XXXII. Voie d'accouchement en fonction de la parité

Parité	Voie basse	Césarienne	Effectif	X^2 & p
Nullipares	24	36	60	X^2=3,9672
Parité ≥ 1	31	25	56	p=0,02
Total	55	61	116	

On observe plus de césariennes chez les nullipares : 36 cas sur 61 cas (59,02%) que chez les patientes à parité ≥ 1 : 25 cas (40,98%).

Cette différence est statistiquement significative (p=0,02).

III.7.6. Voie d'accouchement selon la méthode

Tableau XXXIII. Voie d'accouchement en fonction de la méthode

Méthodes	Voie basse	Césarienne	Effectif	X^2 & p
Syntocinon	23	30	53	X^2=0,032
Prostaglandines	32	31	63	p=0,85
Total	55	61	116	

Les accouchements par voie basse représentaient 41,82% (23 cas sur 55 cas) pour les patientes déclenchées par le syntocinon contre 58,18% (32 cas sur 55 cas), patientes déclenchées par les Prostaglandines. Cette différence est non statistiquement significative avec p=0,85.

III.8. Complications maternelles

Tableau XXXIV. Répartition des complications en fonction des méthodes

	Méthodes		
Complications	S	Pg	Total
Hypercinésie	1	3	4
Syndrome pré-rupture utérine	1	0	1
Déchirure périnéale	2	1	3
Hypocinésie	1	0	1
Déchirure du col		1	1
Total	5	5	10

8,62% (10 patientes sur 116 patientes) des patientes avaient présentées des complications. L'hypercinésie était la complication la plus retrouvée avec 40% (4 cas sur 10 cas).

III.9. Données du nouveau-né

III.9.1. Etat néonatal

III.9.1.1. Score d'Apgar à la naissance

Les morts fœtales in utero sont exclues (4 cas).

Tableau XXXV. Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1ère et 5è minute

Apgar	Effectif	
	1ère minute	5è minute
< 7	5	3
≥ 7	107	109
Total	112	112

Les nouveau-nés avec un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5ème minute représentaient 2,68% (3 nouveau-nés sur 112 nouveau-nés).

III.9.2. Poids de naissance

Tableau XXXVI. Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids de naissance (g)	Effectif	%
[1500-2500[	8	6,90
[2500-4000]	102	87,93
>4000	6	5,17
Total	116	100
Poids moyen (g)	3345,29	

La majorité des nouveau-nés avaient un poids de naissance compris entre 2500g et 4000g (87,93%).

III.9.3. Morbidité néonatale

Tableau XXXVII. Répartition des nouveau-nés en fonction des complications périnatales

Complications	Effectif	% (n=112)
SFA	22	19.64
INNP	21	18.75
SFA+INNP	7	6.25
DRA	6	5.36
BSS	2	1.79
Convulsions	1	0.89
Aucune	53	47.32

Les complications néonatales ont été trouvées dans 52,68%. La souffrance fœtale aigue et l'infection néonatale étaient les complications les plus fréquentes avec respectivement 19,64% et 18,75%

III.9.4. Mortalité néonatale

Un cas de décès a été retrouvé soit 0,89%. La cause était l'asphyxie périnatale.

CHAPITRE IV. DISCUSION

IV.1. Epidémiologie

IV.1.1. Caractéristiques générales

IV.1.1.1. Fréquence

La fréquence générale du DAT dans notre étude était de 4,72%. Cette fréquence est comparable aux résultats trouvés par Birintanya N. au Burundi en 1997 : 5,29%. [12]. Par contre, cette fréquence est nettement supérieure à celles rapportées par Coulibaly [4] au Mali en 2019 et Dolo M [8] au Mali en 2010 (respectivement 2,8% et 1,84%) et inférieure à celles rapportées par Dolo M [8] en France en 2010 et Chaillet et Coll. [6] au Canada en 2014 (respectivement 22,7% et 24,9%). La fréquence du DAT est variable dans le temps et suivant les pays. Le taux de déclenchement est en général plus élevé dans les pays développés que dans les pays en développement. Cette différence peut être expliquée par les différentes méthodes de déclenchement. Dans notre étude, nous avons pris seulement les cas de déclenchement par méthode médicamenteuse.

IV.1.1.2. Age.

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle de 21 à 35 ans (88,79%) avec l'âge moyen de 29,17 ans.

Cette forte représentativité de la tranche d'âge de 21 à 35 ans est nettement supérieure à celle trouvée dans l'étude de Dolo M [8] au Mali en 2010 qui a trouvé 73,12% pour la tranche d'âge de 20 à 34 ans avec l'âge moyen de 27 ans. Comme lui, nous pensons que cette tranche d'âge correspond à la période de pleine activité génitale.

IV.1.1.3. Parité

Dans notre série, les nullipares étaient majoritaires (51,72%). D'autres auteurs dans leurs séries respectives sur le DAT ont retrouvé des proportions de nullipares similaires. En effet, M.M.Aquino et coll. [68], au Brésil en 2003, Nahimana P. [11], au Burundi en 2007, et DC. Merrill et coll. [69], aux USA en 1999, ont trouvé respectivement 51,4%, 50,3% et 52,4% de nullipares. Par contre, SW.Ngai et coll. [70], à Hong Kong en 2000, ont retrouvé une proportion très élevée (82%).

IV.1.1.4. Provenance

La majorité de nos patientes provenaient de la Mairie de Bujumbura (82,76%). Nos résultats sur la provenance des patientes sont semblables à ceux de N.Birintanya [12] en 1997 et P.Nahimana [11] en 2007 au Burundi. Une raison simple peut expliquer cette situation : le CHUK est situé en Mairie de Bujumbura.

IV.2. Données de la grossesse actuelle.

IV.2.1. Age gestationnel

Dans notre série, 85,34% des patientes déclenchées avaient un terme théorique de 37 à 41 SA. Par contre, Coulibaly A [4] au Mali en 2019 a trouvé un taux faible par rapport au nôtre (69,60%) avec le même terme. Cela pourrait être lié aux indications et différentes pathologies gravidiques rencontrées dans tel ou tel pays.

IV.3. Indications du DAT et moyens utilisés

Les indications de déclenchement les plus fréquentes dans notre série étaient :

Le dépassement de terme (46,55%) : Ce résultat est nettement supérieur à ceux de Coulibaly [4] au Mali en 2019, Abbassi M [71] au Mali en 2011 et Birintanya N. [12] au Burundi en 1997 respectivement 21,57%, 34,69% et 23,63%.

La RPM (29,31 %) : Ce résultat est comparable à celui rapporté par Dolo M. [8] au Mali en 2010 : 27,15%, mais nettement inférieur au taux trouvé par Coulibaly au Mali en 2019: 40,2% [4]. Ce taux de RPM pourrait s'expliquer par la fréquence des infections urinaires sur grossesse avec un taux de 3,45%.

La majorité des cas de RPM dans notre série ont été déclenchée au Syntocinon (67,65%). Ceci semble en accord avec la relative contre-indication à l'usage des prostaglandines locales car ces dernières peuvent accroître le risque infectieux.

En présence d'une rupture des membranes, le recours à l'ocytocine devrait être envisagé avant la mise en œuvre d'une prise en charge non interventionniste.

Les prostaglandines ont été plus utilisées dans notre série dans des conditions cervicales défavorables (62 cas sur 63 cas, soit 98,41%). Elle est une méthode de choix lors que les conditions cervicales sont défavorables.

IV.4. Score de Bishop

Dans notre série, 33,62% des patientes avaient un score de Bishop favorable. D'autres auteurs ont retrouvé des patientes avec un score de Bishop fortement favorable. En effet, R.Mallet et coll. [72] en France au CHU de Besançon en 1991, P.Nahimana [11] en 2007 et N.Birintanya [12] en 1997 au Burundi, dans leurs études, ont trouvé respectivement 62%, 65% et 58,79% des patientes avec un score de Bishop favorable. C'est une situation qui mérite d'être soulignée d'autant plus que la majorité des auteurs s'accordent à reconnaître qu'au cours de l'induction du travail, le score de Bishop est l'un des paramètres essentiels du pronostic de l'accouchement par la voie basse. Ce score permet non seulement de faire le pronostic du déclenchement mais également d'orienter dans le choix de la méthode appropriée.

IV.5. Travail d'accouchement

IV.5.1. Temps de latence

Dans notre série, le temps de latence moyen était de 4h27minutes. Notre résultat est comparable à ceux retrouvés par B.Mercer et Coll. [73] aux USA en 1991 et P.Nahimana [11] au Burundi en 2007 (respectivement 4h06min et 3h36min).

Le temps de latence était significativement plus long avec les prostaglandines (6h06min) qu'avec le syntocinon (2h29min). N.Birintanya [12], au Burundi en 1997, a fait le même constat avec un temps de latence de 6h08min pour les prostaglandines contre 3h pour le syntocinon.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les prostaglandines permettent d'abord de faire la maturation cervicale et l'obtention d'un score favorable et jouent après sur l'ouverture de l'œuf.

Le temps de latence était non significativement plus long pour les nullipares (5h) que pour les patientes à parité ≥ 1 (3h51min). Comme Birintanya N. [12] au Burundi en 1997, nous constatons que la parité semble avoir une influence importante sur la durée de la phase de latence.

IV.5.2. Durée du travail

Dans notre série, la durée du travail moyenne était de 2h14min. S.Parashi et coll. [74] en Iran en 2005, dans leur étude, ont retrouvé une durée du travail moyenne proche de la nôtre (2h37min).

La durée du travail était significativement plus longue avec les prostaglandines (2h50min) qu'avec le syntocinon (1h32min). N.Birintanya [12] au Burundi en 1997, dans son étude, a trouvé qu'elle est moins longue (respectivement 5h49min et 5h). Par contre, Maillet et coll. [72] en France au CHU de Besançon en 1991, ont trouvé que la durée moyenne du travail a été plus longue avec le syntocinon qu'avec les prostaglandines.

Quant à la parité, elle était moins longue pour les nullipares (2h27min) que pour les patientes à parité ≥ 1 (2h01min). Comme N.Birintanya [12] au Burundi en 1997 et Maillet et coll. [72] en France en 1991, nous constatons que la parité semble influencer sur la durée du travail.

IV.6. Accouchement

IV.6.1. Terminaison du travail

Dans notre série, 47,41% des patientes ont eu un accouchement par voie basse. Notre taux de succès est nettement inférieur aux taux trouvés par Dolo M [8] au Mali en 2010, Blanchot J. [63] en France en 2012 et J. Ivars [1] en France en 2012 respectivement 98,75%, 61,3% et 90,5%. Le taux d'échec dans notre série était de 52,59%. Ce taux est plus élevé par rapport à ceux retrouvés par Coulibaly [4] au Mali en 2019, Dolo M [8] au Mali en 2010, Ivars J en 2012. [1] et Abbassi [71] au Mali en 2011 (respectivement 7,84%, 1,23%, 13,7% et 20,35%). Cela peut être dû à la mauvaise surveillance du travail ou au mauvais choix de la méthode de déclenchement.

IV.6.2. Indications de césariennes

Les indications principales de césariennes dans notre série étaient la souffrance fœtale aigue avec 36,06% et l'échec de déclenchement avec 19,67%. Ainsi, Abbassi M [71] au Mali en 2011 a trouvé des indications similaires avec respectivement 14,15% et 4,42%.

Le taux de césariennes était plus élevé chez les nullipares (59,02%) que chez les patientes à parité ≥ 1 (40,98%). D'autres auteurs ont fait le même constat [12, 61].

Les taux d'échec du syntocinon (49,18%) et de prostaglandines (50,82%) étaient non statistiquement significatifs. Comme Maillet et Coll. [72] en France au CHU de Besançon en 1991, nous constatons que les méthodes de déclenchement n'influencent pas dans la d'accouchement.

IV.7. Données du nouveau-né

L'état néonatal à la naissance apprécié en fonction du score d'Apgar à la première minute comme à la cinquième minute était satisfaisant dans notre série : 4,46% de nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à la 1ère minute et 2,68% à la 5ème minute.

Dans son étude, Coulibaly [4] au Mali en 2019, a trouvé 1,96% de nouveau-nés avec un indice d'Apgar <7 à la 1ère minute. DC.Merril et coll. [69] aux USA en 1999 ont trouvé 5,5% à la 5ème minute. Par contre, KD.Butt et coll. [75] au Canada en 1999, Dolo M [8] au Mali en 2010 et SW.Ngai et coll. [70] à Hong Kong en 2000 n'ont observé aucun nouveau-né avec un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5ème minute. Ceci nous permet d'affirmer que le DAT ne détériore pas l'état néonatal.

La majorité des nouveau-nés dans notre série avaient un poids compris entre 2500g et 4000g avec 87,93%.

Le poids moyen était de 3345,29g. Il n'y avait pas de prématurité iatrogène induite par le DAT. D'autres auteurs, dans leurs études respectives, ont fait le même constat [11, 12, 70].

IV.8. Pronostic materno-fœtal

Durant notre étude, nous n'avons pas enregistré de décès maternel ni de rupture utérine. Coulibaly [4] au Mali en 2019 et Birintanya [12] au Burundi en 1997 ont abouti aux mêmes résultats que le nôtre.

L'hypercinésie était la complication maternelle la plus retrouvée avec 40%. C'est la complication la plus retrouvée dans la littérature en cas de déclenchement [6, 10, 66].

Dans notre série, l'infection néonatale et la souffrance fœtale aigue étaient les deux complications néonatales les plus fréquentes avec respectivement 19,64% et 18,75%. La souffrance fœtale aigue a été la complication la plus rapportée par N.Birintanya [12] en 1997 et P.Nahimana [11] en 2007 au Burundi.

Le taux de mortalité néonatale était de 0,89%. Ce résultat est comparable à ceux trouvés par Manariyo [76] au Burundi en 2000 et DC.Merril et coll. [69] aux USA en 1999 respectivement 1,3% et 1,2%. Par contre, AIT Ali Hassane [5] en France en 2014 n'a trouvé aucun cas de mortalité néonatale. Ceci nous permet de souligner que le déclenchement ne cause pas la mortalité néonatale.

CHAPITRE V. CONLUSION ET RECOMMANDATIONS

V.1. Conclusion

Au terme de notre travail, nous pouvons conclure que le déclenchement du travail d'accouchement reste un geste couramment pratiqué dans la maternité du CHU de Kamenge (4,72% des accouchements). Les nullipares étaient plus nombreuses. Les indications étaient plus dominées par le dépassement de terme. Les prostaglandines et le syntocinon étaient les produits utilisés dans le déclenchement du travail d'accouchement. Une différence statistiquement significative a été notée en faveur d'usage des prostaglandines devant un score de Bishop défavorable. Pour la voie d'accouchement, il y a eu légèrement plus d'accouchements par voie basse que par césarienne et un taux élevé de césariennes a été noté chez les nullipares. Le déclenchement du travail d'accouchement devrait s'accompagner d'une surveillance stricte car il peut y avoir des complications. Nous avons trouvé un syndrome de pré-rupture chez une parturiente qui était sous syntocinon et trois cas d'hypercinésie chez trois parturientes qui étaient sous déclenchement par prostaglandines.

Aucun cas de décès maternel et on déplore un cas de décès fœtal par souffrance fœtale très aiguë.

V.2. Recommandations

Aux femmes enceintes :

- Répondre massivement à la consultation du neuvième mois pour l'appréciation du pronostic et des modalités d'accouchement ;
- Consulter le plus tôt possible en cas de la survenue d'une pathologie sur une grossesse pour une meilleure prise en charge ;

A l'équipe obstétricale :

- Garder la rigueur dans les indications et contre-indications du DAT ;
- Bien évaluer le score de BISHOP avant le DAT ;
- Assurer une surveillance stricte du travail au cours du déclenchement artificiel.

Aux décideurs :

Nous saluons la mesure du Gouvernement d'assurer gratuitement les soins pour les femmes venant pour accoucher et les enfants de moins de cinq ans dans les structures de soins publiques.

Nous demandons ensuite au Gouvernement de rendre disponible des ressources humaines, matérielles et financières et de motiver le personnel soignant pour que la mesure prise soit bien exécutée.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Ivars J**. Intérêt d'un score de Bishop simplifié intégrant la parité pour prédire les succès d'un déclenchement du travail. Thèse de Doctorat en Médecine. Université du droit et de la santé-lille2 2012

2. **Dean L et al.** Déclenchement du travail. J ObsetGynaecol Can 2013; 35(9): 858-860.

3. **M. Boulvain, N. J. Meyer**. Déclenchement de l'accouchement: le pour et le contre. Revue Médicale Suisse 2015, 11: 2011-5.

4. **Coulibaly A**. Déclenchement artificiel du travail d'accouchement : Utilisation du misoprostol (pronostic maternel et fœtal) au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Bamako 2019.

5. **AIT Ali Hassane**. "Le déclenchement dans la grossesse prolongée." Thèse de Doctorat en Médecine ; Université Sidi Mohammed Ben Abdellah 2014

6. Chaillet et coll. Le déclenchement du travail. Université de Sherbrooke. SOGC 2014

7. Ricbourg, A., et al. "Indications du déclenchement artificiel du travail." La lettre du gynécologue 366(2011):14-19.

8. Dolo M. Déclenchement artificiel du travail d'accouchement : utilisation du misoprostol dans la maternité du centre de santé de référence de la commune. Thèse Médecine ; Université de Bamako 2010

9. **Duchatel F**. "Evolution des méthodes actuelles de déclenchement du travail." Histoire des sciences médicales 30(1996):251-258.

10. **Pomat C**. Le déclenchement du travail sur un col perméable, Thèse de Doctorat en Médecine : Université Claude Bernard Lyon I ; 2013.

11. **Nahimana P**. Déclenchement artificiel du travail au Syntocinon® au CHUK: Etude comparative de deux protocoles en cas de RPM sur grossesse à terme ou de grossesse prolongée à partir de 41SA. Thèse de Doctorat en Médecine, Université du Burundi, 2007.

12. **Birintanya N**. Déclenchement artificiel du travail. Indications- méthodes-résultats. Thèse de Doctorat en Médecine. Université du Burundi 1997.

13. Berland M. Physiologie du déclenchement spontané du travail. Editions techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), obstétrique, 5-049-D- 22-1995, 8p

14. AubardY., Chinchilla A.M., Dubayle G., Cantaloude M., Gana J., Baudet J. Formation continue. Le col de l'utérus en cours de grossesse. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1998, 27, 12, 755-764.

15. **Haute Autorité de la Santé RPC**. Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. Synthèse des recommandations septembre 2001.

http://www.has-santé.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention anténatale du risque infectieux bacterien-rec.pdf.

16. **Lansac J., Body G. et Coll**. Pratique de l'accouchement. Simep SA., 1998, Paris, France.

17. Mamadou Sangaré. Déclenchement du travail d'accouchement dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du point G BAMAKO. Thèse de Médcine. KO. 2001...96p;56. Université de Bamako

18. **Ardiet E**. Formation continue des sages-femmes. Déclenchement artificiel du travail.fev.2005. http://ardiet.emmanuel.free-fr/documents/div/declencht-travail.ppt#1-25.

19. **Ger,an G., Carbone B**. "Physiologie de la contraction utérine" in obstétrique.-Paris: ellipses, 1995, pp.690-698.

20. Quibel **T., Bultez T., Nizard J., Subtil D., Huchon C., Rozenberg P**. Mort fœtale in utero. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 2014, 43, 10, p.883-907.

21. **Martine K IE, Vial Y, Hohlfeld P**. Management of in utero fetal death: which assessment to undertake? J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2006. Oct; 35(6): 594-606.

22. **Cayrol M.** Mort fœtale in utero: Existe-t-il un intérêt à répéter les bilans d'hémostase pour détecter une coagulopathie? Thèse de doctorat en médecine ; Université François Rabelais 2014.

23. **Carey MJ Rodger., Rodger GM**. Disseminated intravascular coagulation: clinical and laboratory aspects. Am J Hematol. 1998 Sep; 59(1):65-73.

24. **Blum G. F., Massard G., Brekt H., Geschickt G., Dreyfus J.** Accouchement provoqué: indications et contre- indications. Rev.fr. Gynécol. Obstét., 1986, 10, 537-543.

25. **Persch M., Abrar D., Leonard J., Bonhomme J.P., Simone et Gillet J.Y.** Interruption médicale de grossesse. Indication et techniques. Etude critique et réflexionà propos de 324 cas. Rev.fr. Gynécol. Obstét. 1992, 87, 2, 70-75

26. **Muller G., Herlicoviez M**. Les grossesses prolongées. Encycl. Méd. Chir., Paris, Obstétrique, 5077 c10, 12-1982.

27. **Le comité de médecine fœto-maternel, société des obstétriciens et gynécologues du canada**. Gestion de la grossesse prolongée, opinion du comité. J.Soc.Obstet.Gynaecol. Can. 1997:16(4):1581-6

28. **Boisselier PH. Guettier X**. Le terme dépassé. Revue de la littérature. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1995, 24, 739-746.

29. **Treisser A., Dreyfus M**. Le déclenchement du travail est-il justifié dans le diabète, la macrosomie et les grossesses prolongées? J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1995, 24, suppl., 41-47.

30. Deruelle A. Le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA: des recommandations à la pratique. Diss. UHP-Université Henri Poincaré, 2010.

31. El Ayoubi M. Le retard de croissance intra-utérin et la grande prématurité: impact sur la mortalité et morbidité à court et à moyen terme (Doctoral dissertation, Université Sorbonne Paris Cité). 2015.

32. **Perrotin, F., Simon, E.G., Potin J., et al**. Modalités de naissance du fœtus porteur d'un retard de croissance in utero. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 2013, 42,8, p.975-984.

33. **Berland M., Bremobs A**. Déclenchement artificiel du travail. Encycl. Méd. Chir. (Paris).Obstétrique. Fasc. 5017 G-10 (6-1978)

34. Fournie A., et al. Les indications obstétricales dans le diabète gestationnel: déclencher ou ne pas déclencher. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 2002, 31, 6, 21-29.

35. **Kayem G., Maillard F**. Rupture prématurée des membranes avant terme: attitude interventionniste ou expectative? Gynécologie obstétrique, 2009, 37, 4, p334-341

36. **Julien M., N'guema L., Bouzerara A., et al.** "Rupture prématurée des membranes: étude comparative des performances analytiques des tests de diagnostic biologique." Annales de Biologie clinique. 2018, 76, 3, p.300-306.

37. **Boyon C., Monsarrat N., Clouqueur E., Deruelle P**. Maturation cervicale : Y'a-t-il un avantage à utiliser un double ballonnet pour le déclenchement du travail ? Gynécologie obstétrique et Fertilité 2014, 42, 10, 674-680.

38. **Poulain P., Coiffic J., Lassel L**. Indications et modalités de prescription des corticoïdes et de la tocolyse en cas de rupture prématurée des membranes. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1999; 28:660-667

39. **Subtil D., Storme L., et Coll.** Vingt questions concernant la corticothérapie entérale. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1998; 27:298-308.GY 97116.

40. **P. Gillard, L. Sentilhes, P. Descamps**. Rupture prématurée des membranes en dehors du travail: conduite à tenir.p.288-303.

41. **Seince N., Biquard F., Sarfati R., Barjot P., Foucher F**. Rupture prématurée des membranes à terme: quel délai d'expectative? J. Gynécol. Obstét.Biol. Reprod.2001, 30, 42-50

42. **Ezra Y., Michaelson-Cohen R., Abramov Y., Rojansky N**. Prelabor rupture of the membranes at term: when to induce labor? Europ. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol. 115, 1, 15, 2004(7): 23-27

43. **Mélanie V**. Rupture prématurée des membranes entre 34 et 35 SA + 6j: étude sur le devenir néonatal en fonction de la prise en charge, déclenchement vs expectative. Gynécologie et obstétrique. 2013.

44**. Ghiglione S., Pottecher J., Tsatsaris V., Mignon A.**Prééclampsie et éclampsie: données actuelles. In: Congrès National d'anesthésie et de réanimation. 2007. p.205-215.

45. **Mboudou E.T. et al.** Hypertension au cours de la grossesse: aspects cliniques et épidémiologiques à l'Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Cameroun. Clinics in Mother and Child Health, 2009, 6, 2.

46. **Moulin B., Hertig A., Rondeau E**. "Reins et Prééclampsie." Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2010, 29, 4: 83-90.

47. **Doret, M**. "Déclenchement artificiel du travail." Pratique de l'accouchement (6è édition). 2016. 337-346

48. **Daniele C**. De la gestion technique du risque à celle du travail: l'accouchement en Hôpital public. Sociologie du travail 2005, 47, 2:245-262.

49. **Hélène L**. Le déclenchement du travail. SOGC. 2014. Université de Sherbrooke. www.inspq.qc.ca/information-perinatale.

50. **Boyon C., Deruelle P**. Déclenchement du travail: facteurs d'échec, morbidité maternelle et fœtale. La lettre du Gynécologue, 2011, n°366, p.20-26.

51. **Troostzijk A.L., Doesburg, W.H., et al.** Pre-induction intracervical application of a highly viscous prostaglandin.E2 gel in pregnant women with an unripe uterine cervix: a double-blind placebo-controlled trial. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 1992, 43, 2, p.105-111.

52. **Ancele J., Huissoud C.**Ultrasonographic score for predicting vaginal delivery within 24 hours of induction: A pilot study. Obstet. Gynaecol and Fertility. 2015, 43, 3, p.256-261.

53. **Thoreau, F., et al.** "18 intérêt de l'échographie du col par voie endovaginale dans la prédiction de l'issue du déclenchement artificiel du travail. J. Obstét. Biol. Reprod. 33.1(2004):70.

54. **Rozenberg P., Chevret S., et Ville Y**. Comparaison du score de Bishop et de la mesure échographique de la longueur du col dans la prédiction du risque de césarienne avant maturation du col par prostaglandines. Gynécologie obstétrique et fertilité, 2005, 33, 1-2, p.17-22.

55. **Le Breton Marie**. Pratique actuelle de l'amniotomie et influence sur le déroulement de travail. Diss. UHP-Université Henri Poincaré, 2011.

56. **Decollogny, Morgantin, et Sapino**. Impact des relations sexuelles sur la modification cervicale et la mise en travail de l'accouchement au terme d'une grossesse à bas risque. Haute école de santé Genève, 2013.

57. Comité de médecine fœto-maternelle et comité de pratique clinique-obstétrique. Le déclenchement du travail à terme. Directives cliniques de la SOGC, Août 2001:n°107

58. Pluchon M., Winner N. Misoprostol dans les interruptions médicales de la grossesse au 2è et 3è trimestres. Essais comparatifs. J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod.2014, 43, 2, 162-168.

59. **P .Ducarme, J. Grange, M. Vital**. Utilisation des ballonnets de dilatation cervicale en obstétrique. J.Gynécol.Obstét.Reprod.2016, 45, 2, 112-119.

60. **Rozemberg P., Berland M., Phillip**. Ocytociques, déclenchement de l'accouchement. EMC 2006, 5-049-D-10; 5-049-D-26; 5-049-Q-10.

61. **J.M.Stéphan.** Place de l'acupuncture en obstétrique. Entretien des sages-femmes 2010.

62. **E.Azria, M.Koskas, D.Chabat T, D.Luton** ; Acupuncture et grossesses: état des connaissances. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF). J. Gynécol. Obstét. Reprod. 2010; 39:61-76.

63. **Blanchot J**. Déclenchement artificiel du travail à terme à Port-Royal: Evaluations des pratiques professionnelles entre 1999 et 2009 en regard des recommandations de la HAS de 2008. Gynécologieetobstétrique 2011.

64. **Mackenzie, I**. Induction of labor at the start of the new millennium. Reproduction, 2006, (131), 979-998.

65. **Schmitz T., Goffinet F**. Contre l'utilisation du misoprostol dans le déclenchement du travail à terme en routine. Gynécologie obstétrique et fertilité, 2006, (34), 161-165.

66. **Clémence L**. Utilisation du Syntocinon® au cours du travail spontané: Evaluation des pratiques à la maternité de Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2013.

67. **Bagayoko Y**. L'administration de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune-II du district de Bamako. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Bamako. 2010

68. **Aquino M.N., Cecatti J.G**. Misoprostol versus oxytocin for labor induction in term and post term pregnancy: randomized controlled trial. Sao Paulo Med. J. 2003. 121 (3): 102-106.

69. **Merril C., Zlatnik FJ**. Randomized double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labor. Obstet. Gynecol., 1999; 94: 455-463.

70. **Ngai SW. et Coll**. Labor characteristics and uterine activity: misoprostol compared with oxytocin in women at term with prelabor rupture of the membrane. Br. J. Obstet. Gynaecol. 107 (2000), pp : 222-227.

71. **Abbassi M**. Intérêt du misoprostol dans le déclenchement du travail. Thèse de Médecine.136/2011. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah.

72. **Maillet R. et Coll.** Déclenchement artificiel du travail. Expérience de la maternité de CHU de Besançon. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1991, 86, 4,290-293

73. **Mercer et Coll**. Labor induction continuous low dose oxytocin infusion: a randomized trial. Obstet. Gynecol. 1991; 659- 63.

74. **Parashi S., Bonabi NB., Rashidi A**. Oxytocin induction of labor: A comparison of two protocols. Aust. NZJ. Obstet. Gynaecol. 2005 (12); 45 (6): 540-547.

75. **BUTT K.et Coll**. Randomized comparison of oral misoprostol and oxytocin for labor induction in term prelabor membranes rupture. Obstet.Gynecol. 1999; 94:994-999.

76. **Manariyo RP**. Contribution à l'étude du déclenchement artificiel du travail par amniotomie au CHUK à propos de 76 cas. Thèse de Doctorat en Médecine ; Université du Burundi. 2000.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. Identification de la patiente

Nom et prénom:

Âge:

Adresse:

Profession:

Etat civil:

II. Antécédents:

A. Gynéco-obstétricaux:

Gestité:

Parité:

Enfant(s) vivant(s) :

B. Médicaux:

C. Chirurgicaux:

III. Grossesse actuelle:

Grossesse suivie: Oui ☐ Non ☐

DDR:

Terme théorique:

Complications au cours de la grossesse:

IV. Indication du déclenchement

Dépassement du terme ☐

RPM ☐

Mort fœtale in utero ☐

Pré-éclampsie ☐

Autres (à préciser):

V. Examen obstétrical avant déclenchement

- BCF:
- HU:
- Score de Bishop :

VI. Méthodes utilisées

1. Déclenchement : syntocinon ☐ prostaglandines ☐

2. Temps de latence:

3. Durée du travail:

VII. Déroulement du travail

Succès ☐

Échec ☐

Aspect du liquide amniotique:

Complications maternelles:

VIII. Accouchement

A. Mode d'accouchement

AVB ☐

Césarienne : ☐ indication:

B. Délivrance : Naturelle ☐ Artificielle ☐

IX. Données du Nouveau-né

Apgar: 1è min.....5è min.....10è min.....

Âge (SA):

Sexe:

Poids de naissance:

Morbidité (SFA-INN- Détresse Respiratoire, etc.) :

Mortalité:

Aspect pédiatrique: Immature ☐ Mature ☐ Post mature ☐

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale:

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité,

Je garderai à mes maitres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus,

J'exercerai mon art avec conscience et dignité,

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale,

Mes collègues seront mes frères,

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient,

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès sa conception,

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité,

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

RESUME

But : Analyser les indications et la voie d'accouchement en cas de déclenchement artificiel du travail d'accouchement.

Malades et Méthodes : Etude rétrospective menée sur une période de 12 mois (du 1er Aout 2018 au 31 juillet 2019) dans le service de Gynéco-obstétrique de CHU de Kamenge. Etait inclue toute patiente ayant un terme théorique ≥ 28SA déclenchée par le syntocinon ou les prostaglandines au CHUK.

Résultats : Au total, 2792 accouchements ont eu lieu dont 132 déclenchements, soit 4,72%. La tranche d'âge la plus représentée était de 21 à 35 ans avec 88,79%. Les nullipares et les primigestes étaient les plus représentées avec respectivement 51,72% et 43,97%. Les principales indications médicales étaient le dépassement de terme (46,55%) et la rupture prématurée des membranes (29,31%). Le déclenchement d'opportunité ne représentait que 3,45%. Les prostaglandines ont été plus utilisées chez les patientes avec des conditions obstétricales défavorables (98,41%). Le taux de réussite de déclenchement était de 41,82% pour le syntocinon et 58,18% pour les prostaglandines. Le taux de césariennes était de 52,59%. Un décès néonatal a été enregistré; aucun décès maternel n'a été enregistré.

Conclusion : L'induction du travail nécessite une surveillance rigoureuse. La disponibilité des prostaglandines pour la maturation cervicale et des moyens suffisants pour la surveillance permettraient d'améliorer le taux de réussite et de réduire les césariennes.