

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 25 (2015)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIEUS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218-225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

- Assistance médicale à la procréation en contexte de risque viral lié au VIH à l'hôpital de la Pitié-salpêtrière, Paris**  
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M...54 - 60
- Le dispositif intra-utérin (DIU) du post partum immédiat : une étude comparative entre le DIU placé au cours de la césarienne et celui posé après un accouchement par voie basse.**  
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Prise en charge et évolution de l'éclampsie en milieu obstétrical: étude rétrospective de 91 cas au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)**  
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- Les lésions urétérales en chirurgie gynécologique et obstétricale : bilan de 10 ans au CHU-Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso.**  
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Bilan d'une expérience pilote d'ouverture d'une unité de néonatalogie dans une maternité de niveau 2 à Dakar**  
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et la satisfaction des usagers dans le district de Bamako**  
Théra T, Diallo B, Téguté I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Soins apres avortement dans un district sanitaire urbain en milieu africain: cas du district de Bogodogo a Ouagadougou, Burkina faso**  
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Fistules vesico-vaginales: aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques au CHU de Conakry, Guinée**  
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Résultats du déclenchement du travail d'accouchement à l'hôpital évangélique de Bembereke au Bénin**  
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX ..... 104 - 108

## CAS CLINIQUE

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant**  
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoïba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

- Medically assisted procreation in HIV risk viral context at hospital Pitié-salpêtrière, Paris.***  
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M....54 - 60
- The intra-uterine device (iud) of the immediate postpartum A comparative study between the caesarean iud and the iud inserted after a natural delivery.***  
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Support and management of eclampsia: retrospective study about 91 cases at the teaching hospital of Bouaké (Cote d'ivoire)***  
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- The ureteral lesions in gynecological and obstetrical surgery: cases review of 10 years at the University Teaching Hospital Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso***  
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/Bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Opening balance of a pilot of a neonatal unit in a aternity level 2 in Dakar***  
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation of obstetrical cares and users satisfactions in Bamako's district***  
Théra T, Diallo B, Tégoué I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Post abortion care in an urban health district in the African environment: the case of Bogodogo district in Ouagadougou, Burkina Faso***  
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Vesicovaginal fistulas: anatomical and clinical aspects and therapeutic in Conakry teaching hospital, Guinea***  
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Results childbirth induction of labor at the evangelical hospital in Benin Bembereke***  
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX ..... 104 - 108

## CASE REPORT

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant***  
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoiaba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

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

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

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

1- CHU Mère Enfant Lagune, Cotonou, Benin

2- CHU Départemental du Borgou, Parakou, Benin

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

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

### RESUME

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

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

**Résultats** : la fréquence du déclenchement artificiel du travail d'accouchement était de 10,23%. Les indications étaient dominées par la rupture prématurée des membranes 33,33% des cas, la grossesse prolongée dans 32,05%, la mort fœtale in utero dans 14,74% et la pré-éclampsie dans 07,05%. Le taux d'accouchement par voie basse était de 94,23%. Sur 156 accouchements 133 nouveaux nés étaient vivants et 27 mort-nés issus de mort fœtale in utero. Le score d'APGAR était bon ?7 dans 95,49% à la 1<sup>ère</sup> minute, et dans 100% des cas à la 5<sup>ème</sup> minute. La morbidité maternelle était marquée par la déchirure périnéale dans 0,64%, et l'hémorragie de la délivrance dans 0,64% des cas. Aucun décès maternel n'a été noté.

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

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

### ABSTRACT

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

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

**Results**: The frequency of the artificial trigger delivery of the work was of 10.23%. The indications were dominated by premature rupture of membranes 33.33% of cases, prolonged pregnancy in 32.05%, in utero fetal death in 14.74% and preeclampsia in 07.05%. The birthing vaginally rate was 94.23%. Deliveries of 156 133 newborns were alive and 27 stillbirths from fetal death. APGAR score was good ?7 95.49% in the first minute, and in 100% of cases in the 5th minute. Maternal morbidity was marked by the perineal tear in 0.64%, and postpartum hemorrhage in 0.64% of cases. No maternal death was noted.

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

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

## INTRODUCTION

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

## CADRE ET MÉTHODE

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

déclenchement, le pronostic périnatal, et le pronostic maternel.

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

## RESULTATS

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

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

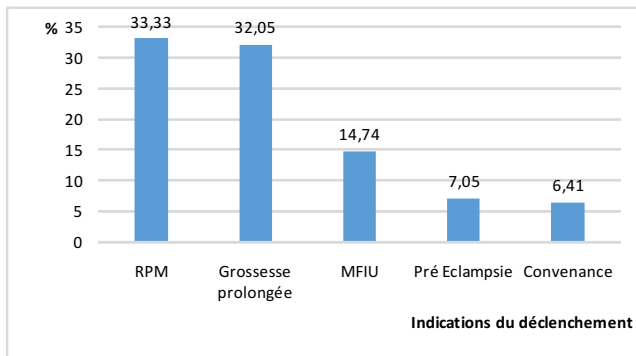
2- Caractéristiques de l'échantillon

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

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

### 3- Indications du déclenchement

Elles se présentent comme suit :



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

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

### 4- Modalités du déclenchement du travail

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

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

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

### 5- Issue du déclenchement du travail

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

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

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

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

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

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

### 6- Pronostic périnatal

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



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

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

#### 7- Pronostic maternel

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

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

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

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

#### CONCLUSION

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

#### RÉFÉRENCES

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

**8-Claartje M A, Huisman B, Marta J, Willem de Leeuw J, Ben W M, Kitty W M.** Cervical Ripening in The Netherlands: A Survey. *Obstet Gynecol Int* 2013; 2013: 745159.

**9-Kouam L, Kamdoun Mayo J, Shasha W, Ngassa P.** Le travail induit : conditions de succès et causes d'échec, une étude prospective de 162 cas. *Fr Gynecol Obstet* 1993 ; 88(4) : 243-8.

**10-Chiesa MMS, Mounanga M, Mayi S.** Déclenchement artificiel du travail par le misoprostol en intra vaginal : étude prospective au Gabon chez 97 patientes. *Méd d'Afr Noire* 1999; 46 (12).

**11-Abbassi M.** Intérêt du misoprostol dans le déclenchement du travail. Thèse : Med : Maroc 2011 ; 136 p

**12-Mongelli M, Opatola B.** Duration and

variability of normal pregnancy. Implication for clinical practice. *J reprod Med* 1995; 40: 645-8.

**13-Austin C, Sanchez-Ramos L, Adair CD.** Labor induction with intravaginal misoprostol compared with the dinoprostone vaginal insert: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:624-9

**14-Calder AA, Loughney AD, Weir CJ, Barber JW.** Induction labour in nulliparous and multiparous women: a UK, multicenter, open-label study of intravaginal misoprostol in comparison with dinoprostone. *Br J Obst gynec* 2008; 115:1279-1288.

**15-Deborah A, Win G.** Misoprostol vaginal insert compared with dinoprostone vaginal insert. *Obstet Gynecol* 2008; 112:801-12.