

Pratique de la stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine dans la ville de Goma en République Démocratique du Congo

[Practice of labor augmentation with oxytocin in the town of Goma, Democratic Republic of Congo]

Imani Prince Musimwa¹, Endanda Zawadi Espérance², Nyakio Ngeleza Olivier¹, Kavira Céline Malengera¹, Ntamulenga Innocent Guhamanyi¹, Mulongo Philemon³, Mukwege Denis Mukengere¹, and Juakali Sihali Kyolov⁴

¹Département de Gynéco-obstétrique, Université Evangélique en Afrique, Bukavu, Sud-Kivu, DR Congo

²Département de pédiatrie, Faculté de Médecine, Université de Goma, Goma, Nord-Kivu, RD Congo

³Département de Sage-Femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu ; Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

⁴Département de Gynéco-Obstétrique, Université de Kisangani, Kisangani, Province Orientale, DR Congo

Copyright © 2019 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Augmentation of labour with oxytocin is still a common practice in our environment, but remains a high-risk molecule. The purpose of this study was to describe the practice of augmentation of labour with oxytocin in Goma. It was a retrospective study about 412 cases stimulated over a period of 6 month period in three reference hospitals in Goma, eastern Democratic Republic of Congo. The usual descriptive statistics were measured according to whether the variable was qualitative or quantitative. The results reveal an augmentation rate of 54%. The protocol of augmentation of labour with oxytocin protocol was not respected in the majority of cases: the bishop score not evaluated in 56.8% of the stimuli with 91.3% of cases stimulated by a dose of 10 IU diluted in 500 ml and a high flow rate ≥ 9 drops per minute in 15.4% of cases, short intervals of increase ≤ 29 minutes in 18.5% of cases and 90.6% of stimulations were not monitored by tococardiography. Augmentation of labour was more indicated by general practitioners and was monitored by more than half of midwives. Hypokinesia was the main indication. In more than one third of the cases, the increase intervals and the increased drops were not reported. The practice of augmentation of labour with oxytocin in the city of Goma do not meet the standards of the World Health Organization and a study on the maternal-neonatal prognosis after the augmentation of labour with oxytocin proves essential.

KEYWORDS: Practice, augmentation, labor, childbirth, oxytocin, DRC.

RÉSUMÉ: La stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine demeure une pratique courante dans nos milieux, cependant elle reste une molécule à haut risque. L'objectif de cette étude était de décrire la pratique de la stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine à Goma. Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 412 cas stimulés sur une période de 6 mois dans trois hôpitaux de référence de Goma à l'Est de la République Démocratique du Congo. Les statistiques descriptives usuelles ont été calculées selon que la variable était qualitative ou quantitative. Les résultats révèlent un taux de stimulation de 54%. Le protocole de stimulation n'était pas respecté dans la majorité de cas: le score de Bishop non évalué chez 56,8% des stimulées avec 91,3% de cas stimulées par une forte dose de 10 UI diluée dans 500 ml et un débit important ≥ 9 gouttes par minute chez 15,4% de cas, des courts intervalles d'augmentation ≤ 29 minutes chez 18,5% de cas et 90,6% des stimulées n'avaient pas été surveillées par la tococardiographie. La stimulation était plus indiquée par des médecins généralistes et surveillée dans plus de la moitié de cas par des sages-femmes. L'hypocinésie était la principale indication. Dans plus d'un tiers

de cas, les intervalles d'augmentation et les gouttes augmentées n'étaient pas signalés. Il existe une disparité dans la pratique de la stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine dans la ville de Goma avec une surveillance tococardiographique très limitée.

MOTS-CLEFS: Pratique, stimulation, travail, accouchement, oxytocine, RDC.

1 INTRODUCTION

La stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine est devenue d'usage courant dans les maternités ne laissant presque plus place à la physiologie normale du travail d'accouchement et pourtant, l'oxytocine reste une molécule à haut risque et son utilisation erronée est toujours associée à des événements indésirables graves et impliquée dans des litiges obstétricaux en lien principalement avec des anomalies de la contractilité utérine et du rythme cardiaque fœtal [1]. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque année 150000 femmes meurent de suite des hémorragies imputables à l'accouchement et l'hémorragie du post partum due à l'atonie utérine représente $\frac{1}{4}$ dans tous les décès maternels [2]. Le risque d'atonie utérine compliquée d'hémorragie du post partum est multiplié par 1,8 en cas de stimulation à l'oxytocine à des doses normales, et par 5,7 lorsqu'on administre des plus hautes doses [3]. Depuis un temps, on assiste à une pratique routinière de la stimulation à l'oxytocine dans nombreux pays du monde notamment, en France, un audit réalisé dans la maternité Port Royal en 2011 avait révélé que dans plus de 50% de cas, le protocole de stimulation à l'oxytocine au cours d'un travail spontané n'était pas respecté. Les causes principales relevées étaient le non-respect des indications d'utilisation (11,4 %) ainsi que le non-respect des intervalles d'augmentations du débit (43,8 %) [4]. Egalement, aux Etats-Unis en 2014, dans une étude incluant 327 nullipares à bas risque, Bernitz et al. avaient révélé, que chez 42,5 % des parturientes stimulées à l'oxytocine, il n'y avait pas des réelles dystocies dynamiques pouvant justifier la stimulation [5]. Dans le cadre de prévenir des graves complications materno-néonatales liées à l'usage erroné de l'oxytocine, l'OMS recommande la pratique de la stimulation à l'oxytocine dans un établissement sanitaire bien équipé où la parturiente et fœtus peuvent bénéficier d'un bon monitoring obstétrical et continu, en présence des prestataires des soins expérimentés et capables d'assurer les soins obstétricaux et néonataux d'urgences et complets [6], [7]. Nombreux pays d'Afrique connaissent encore des sérieuses difficultés dans la pratique de la stimulation, à cause de l'absence dans beaucoup des maternités d'un plateau technique adéquat pour l'administration réglée d'oxytocine (pompes et/ou seringues électriques) et la surveillance tococardiographique mais aussi l'existence d'un nombre limité des prestataires des soins (gynécologues-obstétriciens) et néonatalogues [8]. Malgré l'abondance de la littérature à ce sujet, aucune donnée sur la pratique de la stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine n'est disponible en République Démocratique du Congo en général et dans la ville de Goma à l'Est du pays en particulier. Et pourtant, la stimulation non réglée du travail d'accouchement à l'oxytocine demeure une pratique courante dans ces maternités. Nous avons donc voulu mener cette étude pour décrire la pratique de la stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine dans la ville de Goma et afin savoir s'il existait ou non un respect strict du protocole y relatif.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 CADRE D'ÉTUDE

La présente étude s'est déroulée dans la ville de Goma à l'Est de la République Démocratique du Congo dans les départements de gynéco-obstétriques de 3 Hôpitaux de Références. Le choix de ces formations sanitaires était dicté par la présence d'un plateau technique de niveau acceptable et presque similaire (personnel qualifié et un bon équipement) mais aussi par la fréquence des accouchements avec une moyenne de 349,8 accouchements par mois. Nous avons donc exploité les dossiers médicaux des accouchées dans trois hôpitaux généraux de Référence notamment :

- Hôpital Provincial de Référence de Goma : Il est situé dans la ville de Goma, il est l'hôpital provincial général de référence avec une capacité d'accueil de 205 lits .Il organise en son sein les quatre grands services notamment de chirurgie, gynéco-maternité, pédiatrie et médecine interne avec des sous unités dans chaque service. Le service de gynécologie obstétrique a une capacité de 41 lits avec un personnel constitué de 2 gynécologues, six médecins généralistes et onze sages-femmes. Du 01 octobre 2017 au 31 mars 2018, il y a eu 547 accouchements pour les six mois, soit une moyenne de 91,2 accouchements le mois.
- Hôpital Heal Africa de Goma : Il est situé dans la zone de santé de Goma avec une capacité d'accueil de 200 lits. Il organise en son sein les quatre grands services notamment de chirurgie, gynéco maternité, pédiatrie et médecine interne avec des

sous unités dans chaque service. Son service de gynécologie obstétrique a une capacité de 52 lits avec personnel constitué de 2 gynécologues, trois médecins généralistes et huit sages-femmes. Du 01 octobre 2017 au 31 mars 2018, il y a eu 849 accouchements pour les six mois, soit une moyenne de 141,6 accouchements le mois.

- Hôpital Charité Maternelle de Goma : Il est situé dans la zone de santé de Goma, dans le quartier Mapendo avec une capacité d'accueil de 115 lits. Il organise en son sein le quatre grand services notamment de chirurgie, gynéco maternité, pédiatrie et médecine interne avec des sous unités dans chaque service. Le service de gynécologie obstétrique a une capacité de 45 lits avec personnel constitué de 2 gynécologues, un médecin généraliste et six sages-femmes. Du 01 octobre 2017 au 31 mars 2018, il y a eu 703 accouchements pour les six mois, soit une moyenne de 117,2 accouchements le mois.

2.2 TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive rétrospective et multicentrique menée sur les dossiers médicaux des accouchées dans trois hôpitaux de référence dans la ville de Goma au Nord-Kivu.

2.3 POPULATION D'ÉTUDE

La population d'étude était constituée par des accouchées dans les 3 formations sanitaires au cours de la période d'étude allant du 01 Octobre 2017 au 31 Mars 2018, soit une période de 6 mois. Leur effectif était réparti comme suit : l'Hôpital Provincial de Référence de Goma 532, l'Hôpital Heal Africa de Goma 845 et l'Hôpital Charité Maternelle de Goma 687 soit un total de 2064 accouchées. Notre échantillon était de convenance constitué de 412 accouchées durant notre période d'étude.

2.4 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Nous avons inclus dans cette étude toutes les fiches des accouchées qui avaient eu un déclenchement spontané du travail, admises à une dilatation cervicale ≤ 6 cm avec un bon pronostic d'accouchement par voie basse, utérus saint, grossesses monofœtale à terme et qui avaient bénéficiées par la suite d'une stimulation du travail d'accouchement à la perfusion d'oxytocine.

Les critères de non inclusion ont porté sur toutes les fiches d'accouchées après déclenchement artificiel du travail, celles avec antécédents d'utérus cicatriciel, celles d'accouchées par césariennes programmées, celles d'accouchées venues à dilatation du col ≥ 7 cm, celles avec notion de souffrance fœtale aigue à l'admission, celles d'accouchement prématurés avec celles dont le pronostic d'accouchement par voie basse n'était pas certain et avec toutes les accouchées dont leurs fiches manquaient certaines informations importantes et celles dont les fiches étaient perdues.

2.5 MODE DE COLLECTE ET ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES

Nous avons obtenu l'autorisation d'accéder aux archives notamment aux registres d'accouchements, aux dossiers des accouchées. Nous avons procédé au tri des fiches des femmes ayant bénéficié d'une stimulation à l'oxytocine, afin l'exploitation des fiches une à une et compléter nos fiches techniques préétablies pour cette fin. Pour la récolte des données, nous avons travaillé avec 12 enquêteurs dont 4 par hôpital et qui avaient préalablement bénéficié de trois séances des formations en rapport avec notre sujet de recherche et la façon de récolter les données. La collecte des données a pris quatre semaines.

2.6 ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES

Les données ont été saisies, contrôlées et analysées à l'aide du logiciel EPIINFO 2000, version 7.2. Les variables quantitatives ont été résumées par la moyenne et sa déviation standard alors que les variables qualitatives par des fréquences et leurs pourcentages.

3 RÉSULTATS

3.1 TAUX DE STIMULATION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT À L'OXYTOCINE À GOMA

Les résultats du tableau 1 montrent que sur un total de 2064 accouchements réalisés dans les trois formations sanitaires où la présente étude a été réalisée, il y a eu 343 accouchements par césariennes programmées et 1721 accouchements après

un déclanchement spontané ou artificiel du travail et parmi lesquelles 933 ont bénéficié d'une stimulation à l'oxytocine soit un taux moyen de 54%. Il s'est observé que la fréquence de la stimulation est légèrement élevée à l'hôpital Charité Maternelle par rapport aux 2 autres sans différence statistiquement significative comme l'indiquent les résultats du tableau 1.

Tableau 1. Taux de stimulation à l'oxytocine dans la ville de Goma

Formations Sanitaires	Total des accouchements	Accouchements par césariennes programmées	Accouchements après, déclanchement spontané ou artificiel du travail	Accouchements après stimulation à l'oxytocine	Taux
Hôpital Provincial	532	113	399	201	0,50
HGR Heal Africa	845	129	705	378	0,53
HGR Charité Maternelle	687	101	617	354	0,57
TOTAL	2064	343	1721	933	0,54

3.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES ENQUÊTÉES

Les résultats de ce tableau montrent que l'âge moyen des enquêtées était de 26,72±0,369 ans; il ressort également que 22,8% de cas avaient l'âge ≤ 20 ans et ≥ 35ans chez 15,8%. Pour l'état civil, 79,8 % d'enquêtées étaient mariées. Les cas avec un niveau d'étude secondaire était majoritaire, dont 65,7% des stimulées. S'agissant de la profession, 55,8% avaient une profession libérale ou privé. La plupart des enquêtées provenaient du milieu urbain soit 79,6% au regard du tableau.

Tableau 2. Données sociodémographiques des enquêtées

Paramètres	n=412	Moyenne ±ET	%
Age en année		26,72 ± 0,36	
< 20	94		22,8
20-34	253		61,4
≥ 35	65		15,8
Etat-civil			
Célibataires	49		11,8
Mariées	329		79,8
Divorcées	17		4,1
Veuves	17		4,1
Niveau d'instruction			
Aucun	6		1,4
Primaire	42		10,1
Secondaire	271		65,7
Supérieur	93		22,8
Profession			
Aucune	85		20,7
Employée d'ONG	39		9,5
Agent de l'état	1		10
Libérale/ privée	229		55,8
Etudiante	16		3,9
Provenance			
Rurale	37		8,9
Urbaine	328		79,6
Urbano-rurale	19		4,6
Hors pays	28		6,8

3.3 PRATIQUE DE LA STIMULATION À L'OXYTOCINE DANS LA VILLE DE GOMA

Il s'observe dans ce tableau que le bishop n'était évalué dans 56,8% de cas. Chez 29,8% de cas les indications de la stimulation n'étaient pas signalées avec 38,3% d'enquêtées stimulées pour hypocinésie. Dans 71,3% de cas la stimulation était

indiquée par les médecins généralistes et chez 1,8% par les accoucheuses. La surveillance de la stimulation été faite par les accoucheuses chez 54,6% de cas. La dose d'oxytocine diluée était de 10 UI chez 91,3 % d'enquêtées pour une quantité de 500 ml de soluté. Le nombre des gouttes par minute au début étaient ≥ 9 dans 15,4% et dans 9,9% de cas le nombre n'était pas signalé comme l'indiquent les résultats du tableau 3.

Tableau 3. Données relatives à la pratique de la stimulation à l'oxytocine chez les enquêtées

Données relatives à la stimulation	n = 412	%	Moyenne \pm ET
Evaluation du score de Bishop			
Oui	178	43,2	
Non	234	56,8	
Cotation de Bishop (n=178)			
< 7	19	10,6	
≥ 7	159	89,4	
Indication de la stimulation			
Non signalées	123	29,8	
Dystocie cervicale	30	7,3	
Hypocinésie	158	38,3	
Epreuve du travail	69	16,7	
Travail stationnaire	32	7,7	
Responsables de l'indication			
Gynécologues	111	26,9	
Médecins généralistes	294	71,3	
Accoucheuses	7	1,8	
Responsables de la surveillance			
Médecins généralistes	31	7,5	
Accoucheuses	225	54,6	
Stagiaires	156	37,9	
Heure moyenne du début de la stimulation			11,2\pm6,7 heures
Mode d'administration			
Manuelle goutte à goutte.	412	100	
Dose d'unité d'oxytocine diluée			
5 UI	36	8,7	
10 UI	376	91,3	
Solution de dilution			
Solution physiologique	5	1,2	
Ringer lactate	32	7,8	
Solution glucose	375	91,0	
Quantité de solution de dilution			
500 ml	412	100	
Gouttes / minutes au début			7,69\pm3,22/min
Non signalés	41	9,9	
2-8	308	73,7	
9 et plus	258	15,4	

Dans ce suivant tableau, nous remarquons que les intervalles d'augmentation d'oxytocine n'étaient pas signalés dans 32,7% de cas et étaient ≤ 29 minutes chez 18,5% avec une moyenne de 30,8 \pm 9,03/ min. Le nombre des gouttes augmentées par intervalle étaient non signalées dans 35,4% de cas et étaient ≥ 5 chez 31,1% des stimulées. Les gouttes administrées par minute avant l'accouchement étaient ≥ 41 dans 12,3% de cas avec une moyenne de 35,79 \pm 6,04/min et dans 33,9% de cas ce nombre des gouttes étaient non signalées. La durée de la stimulation chez 45,6% de cas était ≥ 5 heures avec une moyenne de 4,38 \pm 1,70 heures).

Tableau 4. Données relatives à la pratique de la stimulation à l'oxytocine chez les enquêtées (Suite).

Paramètres	n=412	%	Moyenne ± ET
Intervalles d'augmentation d'oxytocine (minutes)			
Non signalés	135	32,7	30,8±9,03/ min
≤ 29	76	18,5	
30 et plus	201	48,8	
Gouttes augmentées par intervalle			
Non signalées	146	35,4	5,37±1,59
≤ 4	138	33,5	
5 et plus	128	31,1	
Gouttes/minute avant accouchement			
Non signalées	140	33,9	35,79±6,04 /min
≤ 40	222	53,8	
41 et plus	50	12,3	
Durée de la stimulation (heures)			
1-2	58	14,1	4,38±1,70 heures
3-4	166	40,3	
5 et plus	188	45,6	

3.4 DONNÉES RELATIVES À LA SURVEILLANCE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT.

De ce tableau, nous remarquons que 90,6% de cas stimulés n'avaient pas bénéficié d'une surveillance tococardiographique et que chez 48,7% de ceux qui en avaient bénéficié le temps de surveillance tococardiographique était ≤ 30 minutes.

Tableau 5. Données relatives à la surveillance du travail d'accouchement

Paramètres	n=412	%
Tococardiographie		
Oui	39	9,4
Non	373	90,6
Temps de surveillance		
≤ 30 minutes	19	48,7
>30 minutes	20	52,3

4 DISCUSSION

4.1 DU TAUX DE LA STIMULATION À L'OXYTOCINE

Notre étude est arrivée à un taux moyen de stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine de 54% dans les trois hôpitaux. Ce taux est inférieur à celui trouvé dans l'enquête nationale périnatale réalisée en France en 2010 qui avait montré que 58 % des parturientes étaient stimulées au cours d'un travail spontané [9]. Cette fréquence est de loin supérieure à celle trouvée dans une étude cas-témoins menée au Royaume Uni entre 2005 et 2006 qui était de 23% [10] et à celle d'une autre menée dans la partie sud de la Suède entre 2001-2002 qui était de 33 % [11]. Généralement, il est documenté un taux de 33,2% des femmes qui peuvent bénéficier de la stimulation à l'oxytocine au cours du travail d'accouchement [12]. Dans notre milieu d'étude, le taux élevé de stimulation s'expliquerait par le manque d'un protocole standardisé, ce qui dénote routine dans pratique de la stimulation dans la plupart de nos maternités.

4.2 PRATIQUE DE LA STIMULATION DU TRAVAIL À L'OXYTOCINE CHEZ LES PARTURIENTES ENQUÊTÉES

Dans la présente étude nous avons constaté que dans 56,8% de cas le score de bishop n'était pas évalué avant la stimulation et que les parturientes étaient soumises à des fortes doses de 10 UI d'oxytocine diluées 500 ml de soluté dans 91,3 % de cas avec un débit important ≥ 9 gouttes chez 15,4% et des courts intervalles d'augmentation du débit l'oxytocine ≤ 29 minutes avec et chez 32,7% de cas était non signalé avec un nombre important ≥ 41 gouttes dans 12,3% des cas avant l'accouchement. Avons ensuite observé que dans 35,4% des gouttes étaient non signalées lors de l'augmentation par intervalle. La lecture de

nos résultats dénote une pratique inadéquate de la stimulation à l'oxytocine. Nos résultats corroborent avec ceux de Bernitz et al. qui avaient observé en 2014, dans une cohorte de 327 nullipares à bas risque, que 42,5 % des cas avaient été stimulées alors qu'elles ne présentaient pas de réelles dystocies dynamiques, ils ont observé chez ces parturientes une plus faible probabilité d'accouchement par voie basse spontanée ($p = 0,002$) et une association significative entre l'utilisation de l'oxytocine et le risque d'accouchement instrumental ($p < 0,001$) et d'épisiotomie ($p = 0,002$) [5]. Ils sont également similaires à ceux d'un audit réalisé dans la maternité Port Royal de France en 2011, qui avait montré que le protocole de stimulation à l'oxytocine lors d'un travail spontané n'était pas respecté dans plus de 50 % des cas et qu'en plus d'autres causes principales relevées, le non-respect des indications d'utilisation représentait (11,4 %) [4]. Dans notre série, la non évaluation de la cotation de bishop dans la majorité des cas serait attribuée à plusieurs facteurs notamment l'ignorance de certains prestataires de soins ne mettant pas trop d'importance sur l'appréciation de tous les paramètres de cotation de bishop avant la stimulation et pour d'autres, l'existence d'une équipe restreinte à la garde et/ou à la permanence dans un service de gynéco-maternité de référence complexe et parfois très sollicité par des parturientes et d'autres patientes ce qui entraîne le débordement des équipes avec comme conséquences certaines stimulations indiquées par le médecin sur base d'un rapport verbale d'évaluation faite par les accoucheuses et/ou stagiaires ces dernières n'ayant des connaissances suffisantes dans ladite évaluation.

Nous avons observé dans cette série que les parturientes étaient soumises à des forte doses 10 UI d'oxytocine diluées 500ml dans 91,3 % de cas avec un débit important ≥ 9 gouttes chez 15,4% des cas au début et chez 31,1% de cas le nombre des gouttes augmentées par intervalle était ≥ 5 par minute. Ces résultats ne corroborent pas avec les recommandations de la Haute autorité de la Santé (HAS) en France qui stipulent que la vitesse de perfusion doit être strictement contrôlée et adaptée à la réponse utérine après une dilution 5UI d'oxytocine dans 500ml et commencer par un début de 2 à 8 gouttes par minute (1 à 4 mUI ou 0,1 à 0,4 ml/min) sans dépasser un maximum de 40 gouttes par minute (soit 20 mUI/min ou 2 ml/min) avec une augmentation de 2 à 4 gouttes par intervalle de temps en fonction de la réponse utérine [13]. Ils s'écartent également avec ceux trouvé par Hayes et al, dans son travail sur l'amélioration de la sécurité des patientes et l'uniformité des soins grâce à un régime standardisé de la stimulation à l'oxytocine recommande une dilution de 10 UI d'oxytocine dans 1000 ml de soluté avec un débit initial allant de 4-8 gouttes par minutes, puis avec une augmentation de 4 gouttes par minute pour des intervalles de 30-45 minutes jusqu'à atteindre la régulation des contractions sans dépasser 32 gouttes [12].

Ils s'opposent également aux recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) en 2007 qui indiquent d'utiliser de faibles doses d'ocytocines de synthèse lorsque le travail est dirigé, et de respecter des délais d'augmentation de 30 minutes, afin d'éviter la survenue de ces troubles du rythme cardiaque fœtal et qu'en cas d'hypercinésie, il est recommandé de réduire ou d'arrêter la perfusion d'oxytocine ou s'il existe des anomalies du rythme cardiaque fœtal. [14].

Dans notre série, le non-respect du protocole s'explique notamment par la pratique d'une faible dilution d'oxytocine amenant les parturientes à recevoir des fortes doses d'oxytocine, et cela compromet donc la suite de la stimulation à l'oxytocine quel qu'en soit le nombre des gouttes à perfuser au début, le nombre des gouttes augmentées par intervalle et même la durée d'intervalles d'augmentation ainsi que le nombre total des gouttes administrées. Ceci serait aussi lié au conditionnement des ampoules d'oxytocine présentes dans ces maternités la plupart sont dosées à 10UI, à l'absence des baxters de sérum glucosé de 1000ml, à une inattention pour certains et manque d'informations pour d'autres prestataires qui diluent la totalité de ampoule dans le baxter de 500 ml de soluté au lieu de 1000 ml. Nous pouvons aussi incriminer le manque d'un plateau technique adéquat car ces maternités ne disposant pas des seringues et/ou pompes électriques pour une administration réglée d'oxytocine lors de la stimulation ce qui rend tâche difficile aux prestataires des soins d'adapter à juste valeur le débit en fonction de la réponse utérine.

S'agissant des courts intervalles d'augmentation ≤ 29 minutes, observés chez 18,5% de cas, cette pratique s'écarte des conclusions de Rozenberg P et al, dans leur étude sur les dosages radio-immunologiques, cette recherche avait révélé que l'état d'équilibre des concentrations plasmatiques est atteint 40 minutes après chaque augmentation de la dose. La réponse utérine, quant à elle, augmente, puis se stabilise en plateau entre 20 et 40 minutes [15].

Il a aussi été prouvé en 1993 par Lazor L et al, dans une étude randomisée sur 865 parturientes, qu'une augmentation du débit d'oxytocine toutes les 40 minutes n'augmentait pas la durée du travail ni le risque de césarienne comparée à une augmentation toutes les 20 minutes, mais exposait moins au risque d'hyperstimulation (18,8 *versus* 31,8 %, $p < 0,001$) et d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (15,5 % *versus* 0,1 %, $p < 0,005$). Au total, le débit moyen maximal d'ocytocine était inférieur dans le groupe à intervalle d'augmentation toutes les 40 minutes (6,5 *versus* 8,2 mUI/min, $p < 0,001$) [16].

Dans notre série, ces courts intervalles prouvent davantage l'existence d'une disparité dans la pratique de la stimulation à l'oxytocine exposant davantage les parturientes à un risque de surdosage. Nous avons aussi trouvé dans certains cas que le nombre des gouttes administrées (au début chez 32,7%, par intervalle d'augmentation chez 35,4% ainsi que chez 33,9% pour

les gouttes totales avant l'accouchement) n'étaient pas signalées. Ce manque de remplissage adéquat des dossiers des certaines parturientes peut s'expliquer par le défaut de qualification des certains prestataires et/ou défaut effectifs commis à la garde ou à la permanence par rapport à la sollicitation du service au même instant, ce qui amène certains médecins à indiquer verbalement une stimulation sur base d'un rapport des collaborateurs sans que lui-même n'écrive clairement dans le dossier de la parturiente un schéma du protocole à suivre. Ceci a comme conséquences la majoration des risques d'erreurs dans la suite de la surveillance de stimulation surtout lors de relais des équipes en cours de stimulation, ce qui dénote dans le cas précis une pratique routinière de la stimulation avec risque de compromettre davantage le pronostic materno-néonatal dans la suite.

4.3 SURVEILLANCE DE LA STIMULATION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT À L'OXYTOCINE

Nos résultats montrent que 90,6% d'enquêtées n'avaient pas bénéficié d'une surveillance tococardiographique et que chez 48,7% de ceux qui en avaient bénéficié le temps de surveillance tococardiographique était ≤ 30 minutes. Ces résultats révèlent une surveillance inadéquate avec risque augmentation d'erreurs pouvant exposer le couple mère-fœtus à des conséquences néfastes liées à la stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine à l'absence d'une surveillance tococardiographique appropriée. Ils s'écartent ainsi des recommandations du CNGOF en 2007 stipulant que : l'enregistrement externe du RCF doit être systématique et continu chez la parturiente au cours de la stimulation à l'oxytocine et, ce jusqu'à l'accouchement avec qu'une analyse du RCF périodique au cours du travail normal soit directement auprès de la parturiente toutes les 15 à 20 min, soit en continu par un système de report sur écran consultable à distance du lieu d'enregistrement par tocométrie externe [17]. En 2003 et 2005 the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) préconisait une lecture de l'enregistrement toutes les 15 à 30 minutes, selon l'existence ou non de facteurs de risques en tenant compte de cinq éléments notamment le rythme de base normal, variabilité, normale ou modérée, présence d'accélération, absence de ralentissements ainsi l'activité utérine [18] [19]. Dans cette série, l'absence d'une surveillance tococardiographique chez la majorité cas serait donc due à plusieurs facteurs notamment, le problème financier car l'examen étant coûteux n'est pas accessible à toutes les parturientes sous stimulation, l'ignorance et /ou l'absence des formations de recyclage chez certains prestataires des soins pour la manipulation adéquate de l'appareil ainsi qu'une lecture et l'interprétation scientifique des tracées inadéquates pour d'autres. Il se pose en outre le problème de la logistique comme les structures n'en disposent qu'en nombre très limité par rapport au nombre parturientes sous stimulation simultanément. Ceci réuni, augmente les risques de pécher soit par excès ou par défaut par rapport au moment où une décision devrait être prise soit pour augmenter, diminuer ou non le débit, d'arrêter ou non la perfusion, faute d'un suivi tococardiographique pouvant certifier avec exactitude la réponse utérine et de l'adaptation fœtale au décours de la stimulation à l'oxytocine avec comme conséquences l'augmentation du risque de la morbi-mortalité materno-néonatale.

5 CONCLUSION

L'étude est partie du constat selon lequel la stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine était une pratique courante dans la ville de Goma. L'étude montre que cette pratique ne respecte pas le protocole en la matière en ce qui concerne l'évaluation systématique du score de Bishop, la présence d'une indication évidente de la stimulation, la dose de dilution, le débit initial par minute, la dose d'augmentation et les intervalles d'augmentation requis ainsi que la surveillance tococardiographique qui est inaccessible à la majorité de parturientes stimulées. De ce qui précède, une telle pratique pourrait avoir plus d'effets nocifs que ceux escomptés d'où l'étude recommande un renforcement des capacités des prestataires de soins dans les maternités de la ville de Goma en ce sujet et de conduire une étude prospective sur le pronostic maternel et néonatal au décours de la stimulation du travail d'accouchement à l'oxytocine.

REMERCIEMENTS

Nos vifs remerciements s'adressent aux autorités sanitaires et administratives de ces trois hôpitaux de référence de Goma qui ont accepté que nous menions la présente étude ainsi qu'à tous ceux qui de loin ou de prêt ont contribué à la réalisation de la présente étude. Nos sentiments de gratitude.

REFERENCES

- [1] Pauline B. Ocytocine de synthèse et travail spontané, Etude avant après la mise en place d'un protocole à l'hôpital Louis-Mourier, *J. Gynécologie et obstétrique*. Paris, 2013.
- [2] OMS. Organisation Mondiale de Santé, Maternal Mortality: *A Global Facbook*. Genève : 1991.
- [3] Marpeau L, Lansac J, Teurnier F, Nguyen F. Collège national des sages-femmes (France), Association des sages-femmes enseignantes françaises. *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
- [4] Camille LR. Oxytocine et accouchement par voie basse, Maternité Port Royal, Paris. INSERM U1153. 2015.
- [5] Bernitz S, Øian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*. 2014; 30 (3):364-70.
- [6] WHO. World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization, 1996.
- [7] ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists. practice bulletin. Intrapartum fetal heart monitoring no 70. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1653-60. World Health Organization. *Induction and Augmentation of Labour. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Geneva: World Health Organization, 2003.
- [8] Majoko F. Effectiveness and safety of high dose oxytocin for augmentation of labour in nulliparous women. *Cent Afr J Med* 2001; 47(9/10):247-50.
- [9] Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharoux C. Administration d'oxytocine au cours du travail en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale 2010. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. nov 2013;42(7):662-70.
- [10] Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008; 111:97-105.
- [11] Oscarsson ME, Amer-Wåhlin I, Rydhstroem† H, Källén K. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. janv 2006;85(9):1094-8.
- [12] Hayes, Edward J. et Weinstein, Louis. Improving patient safety and uniformity of care by a standardized regimen for the use of oxytocin. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008; 198 (6):622. e1-622. e7.
- [13] HAS. Haute Autorité de Santé - Syntocinon, Commission de la transparence, avis du 22 juillet 2009, [en ligne]. [cité 22 décembre 2018]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_834962/syntocinon.
- [14] CNGOF. Collège National des gynécologues Obstétriciens Français. *Recommandations pour la pratique clinique : modalité de surveillance fœtale pendant le travail*. Paris, 2007.
- [15] Rozenberg P, Bardou D. Ocytociques. EMC (Elsevier Masson SAS), Obstétrique, 5-049-Q-10, 1996.
- [16] Lazor LZ, Philipson EH, Ingardia CJ, Kobetitsch ES, Curry SL. A randomized comparison of 15-and 40-minute dosing protocols for labor augmentation and induction. *Obstet Gynecol*. déc 1993;82 (6):1009- 1012.
- [17] CNGOF. Collège National des gynécologues Obstétriciens Français. *Modalités de surveillance fœtale pendant le travail : recommandations pour la pratique clinique*. Paris (France): Collège national des gynécologues et obstétriciens français;2007 [Disponible sur <http://www.cngof.asso.fr/>].
- [18] ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. practice bulletin. Intrapartum fetal heart monitoring no 70. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1653-60. (site web) : <http://www.acog.org/>.
- [19] ACOG, American College of obstetricians and gynecologists. Dystocia and augmentation of labor. *Obstet Gynecol, Practice Bulletin Number 49, December 2003*; 102(6):1445-54. (site web) : <http://www.acog.org/>.