



TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE MALEMBA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Yannick Bienge Nsenga^{1,2,*}, Fiston Ilunga Mbayo^{1,2}, Kennedy Twite Nyemba^{1,2}, Justin Batambe Kambala^{1,2}, Cedrick Mwamba Mpingisha^{1,2}, Bruno Muteba Makonga Popopo^{1,2}, Yves Monga Ngoy^{2,3}, Débouve Mpityi wa Nshimbi^{2,3}, Patient Ngoy Kitamba⁴, Judex Makonga Mutabi⁴ et Georges Kihumba Kajimbika⁴

¹Hopital Général de Reference de Malemba, Malemba, République Démocratique du Congo

²Université de Malemba Nkulu, Malemba, République Démocratique du Congo

³Bureau Central de la Zone de Sante de Malemba, Malemba, République Démocratique du Congo

⁴Université de Kamina, Kamina, République Démocratique du Congo

ARTICLE INFO

Article History:

Received 29th February, 2021

Received in revised form

25th March, 2021

Accepted 20th April, 2021

Published online 30th May, 2021

Key Words:

Travail, Accouchement, Hôpital de Référence, Malemba.

ABSTRACT

Contexte: La mortalité maternelle et périnatale reste un problème majeur en République Démocratique du Congo, la disponibilité et la dispensation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence reste faible; rendant nécessaire une étude de la parturition dans notre milieu. **Méthodes :** Cette étude est une étude descriptive transversale des cas d'accouchements spontanés ou assistés par voie vaginale ou par césarienne sur grossesses à terme monofoetales, gémellaires, sur présentation longitudinale, oblique, transversale survenus dans le département de gynéco-obstétrique en 2018 et de Janvier à Mai 2019. 484 femmes ont été retenues à cet effet. Distance parcourue, âge, parité, dilatation à l'admission, mode d'accouchement, APGAR, complications du postpartum étaient les variables étudiées. **Résultats :** La plupart des accouchées à l'Hôpital Général de Référence Malemba (HGR) étaient jeunes avec un âge moyen de 27,3±7,3 ans, une parité moyenne de 3,6±3,05 ; elles ont parcouru en moyenne 5±7,5 km pour arriver à l'hôpital. Elles se sont présentées dans 51% des cas avec une dilatation complète. 75% des accouchements étaient par voie vaginale, 25% des césariennes pour la plupart des primo césariennes dans le contexte d'urgence maternelle et/ou fœtale. Nous avons noté 11% des mort-nés frais, plusieurs cas des décès maternels chez des paucipares et multipares et fistules vésico-vaginales chez les primipares. Un taux faible d'interventions en cours de travail. **Conclusion:** Une évaluation rapide des cas et une décision avec prise en charge adaptée s'avère nécessaire la plupart du temps et également une communication permanente avec les communautés. L'utilisation optimale du système de référence par les référents et la compréhension de ce système par les communautés.

Copyright © 2021. Yannick Bienge Nsenga et al. 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.

Citation: Yannick Bienge Nsenga, Fiston Ilunga Mbayo, Kennedy Twite Nyemba, Justin Batambe Kambala et al. "Travail et accouchement à l'Hôpital Général de Référence de Malemba en République Démocratique du Congo", 2021. *International Journal of Current Research*, 13, (05), 17558-17561.

INTRODUCTION

Quels sont les particularités, les problèmes liés aux accouchements dans notre contexte local et quelles peuvent en être les attitudes dans la recherche des solutions et/ou l'application des solutions éventuelles et leur évaluation à

Malemba, un territoire peu développé avec insuffisance d'infrastructures et de personnel qualifié (Dieudonné), une culture particulière pro procréative et recours aux soins paramédicaux assez fréquent. Le travail d'accouchement est défini comme étant une installation des contractions utérines régulières, douloureuses, progressives avec modifications cervicales. Il est subdivisé en trois périodes. Première période de l'installation des contractions utérines jusqu'à dilatation complète, il est subdivisé en deux phases à savoir la phase de latence jusqu'à 3 cm de dilatation et la phase active de 4 cm

*Corresponding author: Yannick Bienge Nsenga^{1,2},

¹Hopital Général de Reference de Malemba, Malemba, République Démocratique du Congo.

²Université de Malemba Nkulu, Malemba, République Démocratique du Congo.

jusqu'à dilatation complète (10 cm). La période expulsive, accompagnée de progression fœtale dans la filière maternelle, du dégageant du fœtus et la période de délivrance (Patterson, 2008). Le travail d'accouchement avec peu de risques de morbidité et de mortalité pour la mère et l'accouchement d'un nouveau-né en bonne santé est le couronnement d'une gestation, l'un des événements les plus gratifiants dans une profession (McClure, 2007). Depuis Friedmann, la parturition a fait l'objet de plusieurs études dans le monde pour déterminer ses caractéristiques physiologiques et dystociques et les interventions appropriées. L'OMS a défini plusieurs objectifs ayant pour buts de réduire la mortalité maternelle et périnatale. La mortalité maternelle et périnatale reste un problème majeur dans les pays en voie de développement (McClure, 2007) le cas échéant de la République démocratique du Congo (846 décès maternels/100000 naissances vivantes, 28 morts nés/1000 naissances vivantes) (MPSMRM, 2013). Cette étude a pour objectifs de décrire les accouchements survenus à l'HGR Malemba en 2018, et de Janvier à Mai 2019. Et spécifiquement l'âge, la parité, les particularités maternelles, le mode et le motif d'admission, la dilatation à l'admission, le mode d'accouchement, l'APGAR et les complications du postpartum pour en dégager les particularités physiologiques et pathologiques et d'améliorer le bien-être maternel et fœtal au travers la communication. Notre étude est une étude descriptive rétrospective des cas d'accouchements spontanés ou assistés par voie vaginale (AV) ou par césarienne (CS) sur grossesses à terme monofoetales, gémellaires, sur présentation longitudinale, oblique, transversale survenus dans le département de gynéco-obstétrique en 2018 et de Janvier à Mai 2019, de leurs suites postpartales physiologiques ou pathologiques, ayant exclus les cas référés pour rétention placentaire, hémorragie du postpartum, avortements. 484 femmes ont été retenues à cet effet.

METHODOLOGIE

Cadre d'étude : L'HGR Malemba est un hôpital de référence en milieu rural, seul hôpital sur une superficie d'environ 50 km². Il comporte une maternité avec salle d'attente, une infirmerie, une salle de travail avec cinq lits techniques, une capacité d'accueil d'environ 50 lits et un bloc opératoire. L'équipe des soins est constituée de six sages-femmes et infirmières et trois médecins.

METHODES

Cette étude est une étude descriptive transversale des accouchements par voie vaginale (spontanés ou assistés), par césarienne survenus à l'HGR Malemba en 2018 et de Janvier à Mai 2020. Nous avons tiré les informations concernant les accouchements dans les dossiers, registres des accouchées se trouvant dans le département de gynéco-obstétrique en nous référant à une fiche préétablie comportant les informations à recueillir. Nous avons exclu de l'étude tous les cas d'avortements, d'accouchements prématurés, d'hémorragie du postpartum. Les données ont été organisées pour l'analyse grâce à Excel, et Epi Info 7. La répartition en tranches d'âge est aléatoire, mais tient compte des aspects socio-culturels. La parité a été répartie en trois, nullipare, multipare (1-4) et grande multipare (>5). Et la dilatation a été répartie en fonction des phases, phase de latence <4 cm, phase active débutante 4-8 cm, phase active 9-10 cm, mode d'accouchement. L'APGAR

des nouveau-nés à une minute, 5 minutes, quelques complications du postpartum ont été étudiées (vu que le séjour moyen en postpartum est court en dehors des accouchements par césarienne). La distance parcourue par les parturientes.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques : Tableau I montre que près de la moitié des parturientes ayant consulté l'HGR Malemba pendant la période d'étude avait entre 13-25 ans. Un âge moyen de 27,3±7,3ans. 5±7,5 km était la distance moyenne parcourue par les parturientes, 11% seulement des parturientes ont parcouru plus de 10 km. 8% de parturientes avaient au moins un antécédent de césarienne. Tableau II montre que 20% des parturientes étaient des nullipares, 37% des grandes multipares (>5), une parité moyenne de 3,5±3,05. Environ 21% des parturientes étaient référées.

Tableau I. Répartition en tranches d'âge

| age | effectif | pourcentage |
|-------|----------|-------------|
| 13-25 | 215 | 47 |
| 26-35 | 192 | 37 |
| >35 | 77 | 16 |
| total | 484 | 100 |

Tableau II Répartition en fonction de la parité

| parite | effectif | pourcentage |
|--------|----------|-------------|
| 0 | 95 | 20 |
| 1-4 | 210 | 43 |
| 5-13 | 179 | 37 |
| total | 484 | 100 |

Tableau III Tranches d'âge et dilatation à l'admission

| age | Dilatation | | | total |
|-------|------------|--------|---------|-------|
| | < 4 cm | 4-8 cm | 9-10 cm | |
| 13-25 | 5 | 100 | 110 | 215 |
| 26-35 | 10 | 90 | 92 | 192 |
| >35 | 5 | 30 | 42 | 77 |
| total | 20 | 220 | 244 | 484 |

Tableau IV Modes d'accouchement et dilatation à l'admission

| voieacc | dilatation | | | total |
|---------|------------|--------|---------|-------|
| | < 4 cm | 4-8 cm | 9-10 cm | |
| vb | 5 | 177 | 182 | 364 |
| vh | 15 | 43 | 62 | 120 |
| total | 20 | 220 | 244 | 484 |

Tableau V APGAR à la 1ere, 5eme minute en fonction de la dilatation à l'admission

| APGAR | dilatation | | | total |
|------------|------------|--------|---------|-------|
| | < 4 cm | 4-8 cm | 9-10 cm | |
| bon | 13 | 183 | 180 | 176 |
| deprimé | 5 | 29 | 33 | 67 |
| mort frais | 2 | 17 | 35 | 54 |

Dilatation à l'admission et Modes d'accouchement : Tableau III donne la dilatation à l'admission. 51% des parturientes se sont présentées à l'HGR Malemba avec une dilatation complète, dilatation médiane de 9 cm à l'admission. 4% seulement des parturientes se sont présentées à une dilatation de moins de 4 cm. La figure I montre la répartition des cas selon le mode d'accouchement des parturientes. 75% des

accouchements se sont déroulés par voie vaginale (spontanés et assistés).

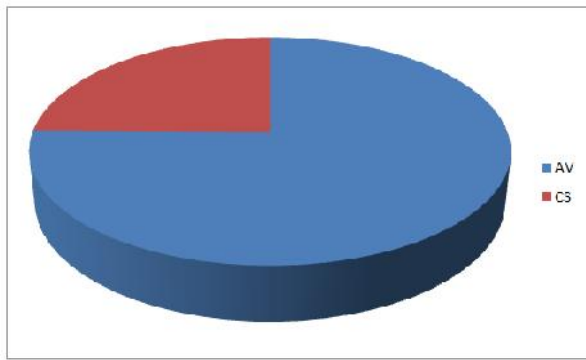


Figure 1. Répartition selon le mode d'accouchement

25% des femmes ont accouché par césarienne. 33% des femmes avec utérus cicatriciel ont accouché par voie vaginale. Le tableau IV donne la proportion du mode d'accouchement par rapport à la dilatation à l'admission. Proportion des accouchements par césarienne en fonction de la dilatation à l'admission, 75% des parturientes s'étant présentées à une dilatation de moins de 4 cm (la plupart pour hémorragie massive) ont accouché par césarienne, 23% entre 4-8cm, 34% entre 9-10 cm.

APGAR : Le tableau V donne la répartition de l'APGAR à une minute, 5 minutes en fonction de la dilatation à l'admission. Dans 74% des cas l'APGAR était bon. 13% d'enfants avaient un APGAR déprimé. 11% d'enfants nés en période d'étude étaient des mort-nés frais.

Suites postpartum pathologiques : 8 cas de décès maternels après césarienne ou post accouchement par voie vaginale ont été notés au cours de l'étude la plupart pour obstruction de travail, septicémie et hémorragie du postpartum, 11 cas d'incontinence urinaire avec communication vésico-vaginale ont été objectivés après usage de Bleu de Méthylène, 8 cas de névralgie sciatique. D'autres complications sont rarement notées vu que le séjour des accouchées est court en dehors de la césarienne.

DISCUSSION

Démographie: Près de la moitié des femmes ayant accouché dans notre structure avaient entre 13 et 25 ans, $27,3 \pm 7,3$ ans comme âge moyen des parturientes. 20% étaient à leur premier accouchement, 80% étaient au moins à leur deuxième accouchement dont 37% des grandes multipares (5). Ceci est le reflet d'une société pro-procréation. 21% des parturientes étaient référées, une bonne proportion ; 15% des référées pour (6).

Dilatation et Modes d'accouchement: Presque 51% des femmes avaient une dilatation complète lors de l'admission, dans toutes les tranches d'âge, même sur utérus cicatriciel, malformation de la colonne vertébrale ou du bassin. Une dilatation médiane de 9 cm. 7% des femmes avaient une dilatation de moins de 4 cm la plupart pour des causes hémorragiques ou pré éclampsie. Principalement parce que notre hôpital est une structure de référence, le partogramme est établi pour toute parturiente avec une dilatation 4 cm et secondairement les femmes viennent pour l'expulsion du fœtus

et non pour la surveillance de la parturition. Ceci témoigne un problème de référence, un problème économique et culturel.

24,4% des parturientes selon (7) avaient une dilatation de 6 cm à l'admission. Dilatation médiane de 4 cm à l'admission chez les primipares et 5 cm chez multipares pour (8), reflétant une consultation précoce des hôpitaux dans les pays développés, avec pour conséquence une augmentation d'usage de Théobald, et de taux de césarienne. 75% des femmes ont accouché par voie vaginale, accouchements spontanés ou assistés. 25% ont accouché par césarienne, taux relativement bas pour une structure de référence avec pour conséquence des taux élevés de mort-nés frais, de fistules vésico-vaginales, de décès maternels pour obstruction de travail. 2,5% des césariennes étaient programmées ; 68% des césariennes étaient des primo césariennes la plupart pour obstruction du travail, hémorragie, non reassuring fetal status, présentation vicieuse, dysproportion foeto-pelvienne. Non reassuring fetal status, dilation arrest, arrest of descent pour (9,10). Les présentations vicieuses et dysproportions foeto-pelviennes étant détectées et prise en charge avant ou en début de travail. 20% des femmes étaient à leur deuxième ou troisième césarienne. 24% (11), étude réalisée sur plusieurs années. 46% d'accouchements par césarienne pour (12), avec une bonne proportion des césariennes programmées chez les femmes âgées (35-49 ans) et multipares. 3% des parturientes ont accouché par voie vaginale après usage de Théobald, faible pourcentage du fait de la présentation un peu tardive des parturientes, et d'un déclenchement spontané du travail d'accouchement dans la plupart des cas.

APGAR : 74% des nouveau-nés avaient un bon APGAR à une minute, 5 minutes. 11% étaient des mort-nés frais, et environ 13% avaient un APGAR déprimé. 6% d'admission des nouveau-nés en soins intensifs, et 0,02% des décès des nouveau-nés à 27 jours pour (13) étude de cohorte des primipares avec fœtus en présentation céphalique d'au moins 37 semaines de gestation, grossesses de peu de risque.

Suites postpartum pathologiques : 8 cas de décès maternels ont été notés au cours de l'étude la majorité des pauci pares ou multipares après 48h de l'admission, 11 cas d'incontinence urinaire avec communication vésico-vaginale objectivée au test de bleu de Méthylène, 8 cas de névralgie sciatique, principalement chez des primipares jeunes ou des pauci pares avec des mort-nés ou antécédents des mort-nés, morts au cours de la première semaine de vie, ayant consulté notre structure avec une dilatation quasi-complète, ayant subi une césarienne ou un accouchement par voie vaginale ; parfois n'ayant pas accouché. Rupture utérine, obstruction du travail, septicémie post césarienne ont été à la base des décès maternels. Ceci reflète une prise de décision tardive, favorisée par une insuffisance de personnel qualifié impliqué dans les consultations prénatales, la culture (consultation tardive des structures des soins) et les références souvent pour des cas d'extrême urgence maternelle et fœtale.

CONCLUSION

La plupart des accouchées à l'HGR Malemba étaient jeunes avec un âge moyen de $27,3 \pm 7,3$ ans, une parité moyenne de $3,6 \pm 3,05$. Elles se sont présentées dans 51% des cas avec une dilatation complète. 75% des accouchements étaient par voie vaginale, 25% des césariennes pour la plupart des primo césariennes dans le contexte d'urgence maternelle et/ou fœtale. Nous avons noté 11% des mort-nés frais, plusieurs cas des décès maternels chez des pauci pares et multipares et fistules

vésico-vaginales chez les primipares. Un taux faible d'interventions en cours de travail (rupture artificielle de la poche des eaux, solution d'ocytocine, césariennes...). Nous avons constaté que les parturientes consultent les structures des soins tardivement, suivent parfois plusieurs consultations, formelles et informelles; que les cas référés sont souvent des cas d'extrême urgence. Une évaluation rapide des cas et une décision avec prise en charge adaptée s'avère nécessaire la plupart du temps et également une communication permanente avec les communautés sur la situation locale de la femme enceinte et particulièrement celle qui accouche, sur nos difficultés communes au travers les leaders d'opinion, et un marchandage entre les structures des soins et les communautés peut installer la confiance entre les parties concernées, gage d'une sollicitation et dispensation des soins basée sur les services rendus ou à rendre. L'utilisation optimale du système de référence par les référents et la compréhension de ce système par les communautés.

BIBLIOGRAPHIE

- Boyle et al., 2013. Primary Cesarean Delivery in the United States, *Obstet Gynecol.* July; 122(1): 33–40. doi:10.1097/AOG.0b013e3182952242.
- Cegolon L. et al. 2020. Understanding Factors Leading to Primary Cesarean Section and Vaginal Birth After Cesarean Delivery in the Friuli-Venezia Giulia Region (North-Eastern Italy), 2005–2015, *Scientific Reports* | 10:380
- Dieudonné Mpunga Mukendi, Faustin Chenge, Mala A. Mapatano, Bart Criel and Gilbert Wembodinga: Distribution and quality of emergency obstetric care service delivery in the Democratic Republic of the Congo: it is time to improve regulatory mechanisms
- Heredia-Pi I, Servan-Mori EE, Wirtz VJ, Avila-Burgos L, Lozano R (2014) Obstetric Care and Method of Delivery in Mexico: Results from the 2012 National Health and Nutrition Survey. *PLoS ONE* 9(8): e104166. doi:10.1371/journal.pone.0104166
- Jeremy L. Neal et al. 2018. Applying a physiologic partograph to Consortium on Safe Labor data to identify opportunities for safely decreasing cesarean births among nulliparous women, *Birth*. December ; 45(4): 358–367
- Jun Zhang et al. 2010. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes, *obstet gynecol.* december;116(6):1281-1287
- Lewis Wall, L. Overcoming phase 1 delays: the critical component of obstetric fistula prevention programs in resource-poor countries, *Wall BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:68
- Mariem G et al. 2019. Obstetric referrals to a tertiary care maternity: a descriptive study, *Pan African Medical Journal*, 33:306
- McClure EM, Goldenberg RL, Bann CM. Maternal mortality, stillbirth and measures of obstetric care in developing and developed countries. *Int J Gynecol Obstet* 2007;96:139–46.
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) and ICF International. Democratic Republic of Congo Demographic and Health Survey 2013-2014:
- Mselle et al. 2011. Waiting for attention and care: birthing accounts of women in rural Tanzania who developed obstetric fistula as an outcome of labour, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11:75.
- Patterson DA, Winslow M, Matus CD. 2008. Spontaneous vaginal delivery. *Am Fam Physician*, 78(3):336–341.
- Rosenbloom et al. 2017. New Labor Management Guidelines and Changes in Cesarean Delivery Patterns, *Am J Obstet Gynecol.*
- Sandstrom A. et al. 2017. Durations of second stage of labor and pushing, and adverse neonatal outcomes: a population-based cohort study, *Journal of Perinatology*, 37, 236–242
- Vincenzo Berghalla, Jason K Baxter, Suneet P. 2008. Chauhan: Evidence-based labor and delivery management, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 445
