

## Fréquence et issue obstétricale des accouchements en présentation dystocique dans les structures privées de la zone de Santé Kisanga (République Démocratique du Congo)

Eugénie Meta Luboya<sup>1</sup>, Hervé Kenemo Odimba<sup>1</sup>, Jean de Dieu Tendilonge Kasilembo<sup>1</sup>, Christophe Kaswala Nyambi<sup>1</sup>, Abel Ntambwe Mukengeshayi<sup>3</sup>, Marie-Claire Omanyondo Ohambe<sup>2</sup>, Françoise Malonga Kaj<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

<sup>3</sup>Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

### RESUME

#### Introduction

Les stratégies visant à réduire les décès maternels et néonataux sont essentiellement centrées sur l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins prénatals, l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans une institution sanitaire réunissant des conditions de prise en charge. Les objectifs de cette recherche étaient de déterminer la fréquence des accouchements en présentation dystocique et d'évaluer l'issue obstétricale maternofoetale.

#### Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude descriptive transversale sur les accouchements en présentation dystocique. L'enquête a été menée dans 5 structures de la Zone de Santé Kisanga (CS Notre Dame, Musafiri, Mama waHuruma, Sainte Bernadette, Utukufu) qui organisent le service de maternité. Elles ont été choisies sur base des critères ci-après : avoir un effectif élevé d'accouchements, une disponibilité des données et être d'un accès géographique facile. Nous nous sommes servis des partogrammes de l'année 2019 pour collecter les données et nous avons exclu de cette étude les partogrammes sans issue obstétricale. Au total, nous avons enregistré 3428 cas d'accouchements dans toutes ces structures dont 73 cas (2,1%) étaient en présentations dystociques. Les données ont été collectées sur la période du 19 janvier au 11 mars 2021 à l'aide d'un questionnaire guide. Ensuite, elles ont été encodées sur un fichier Excel et analysées avec le logiciel IBM SPSS Statistics version 23. Nous avons respecté l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies.

#### Résultats

L'analyse a démontré une fréquence des accouchements en présentation dystocique de 2,1% contre 86, 5% des présentations céphaliques sur l'année 2019. La présentation siège a représenté 87,7% de l'ensemble des cas contre 2,7% pour les présentations de face et de l'épaule. Les parturientes avaient les caractéristiques suivantes : grossesse monofoetale à 53,4%, paucipares à 34,3% ; elles avaient en moyenne  $37,8 \pm 2,4$  SA à 54,8% et 53,4% n'avaient pas suivi la CPN, dont l'âge moyen était de  $29,0 \pm 4,8$  ans. L'issue obstétricale était dominée par les accouchements par voie basse à 91,8%, il n'y a pas eu d'usage de forceps, ni de ventouse, ni de version par manœuvres externes pour tous les cas. La morbidité et la mortalité néonatales étaient de l'ordre de 29,6% des nouveau-nés réanimés et 16,1% des morts in utero. Le pronostic fœtal était dominé par les nouveau-nés normaux à 49,4 % des cas.

#### Conclusion

Les résultats de cette recherche ont révélé une fréquence faible des présentations dystociques et une fréquence élevée de la morbimortalité néonatale. Cependant, dans notre série, les prestataires n'avaient pas fait usage des manœuvres obstétricales, ni de forceps, ni de ventouse. Pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux à la naissance, nous suggérons de former les prestataires de maternité aux compétences sage-femme et à la pratique de forceps et de ventouse et de référer tous les cas en présentations dystociques dans les structures de troisième échelon.

**Mots clés :** Accouchement, présentation dystocique, structure privée, Zone de santé, Kisanga

Date of Submission: 16-01-2022

Date of Acceptance: 31-01-2022

## I. Introduction

La dystocie fait partie des urgences obstétricales qui nécessitent un diagnostic précoce et une intervention rapide par une accoucheuse ou un médecin qualifié et compétent dans une maternité de référence ou un hôpital de deuxième ou de troisième niveau où la césarienne peut être pratiquée en urgence. Parmi les présentations dystociques, nous avons rencontré dans les structures de la zone de Santé Kisanga, la présentation du siège qui majoritairement représentée après la présentation du sommet, la présentation de l'épaule négligée, de face et la présentation transverse.

Ces présentations ont nécessité des gestes appropriés de la part des accoucheurs (ses) de la maternité ou des interventions d'urgence (applications des manœuvres, de forceps ou de ventouse, ou de version par manœuvres externes) pour sauver la vie de la mère et des nouveau-nés.

Selon Broche et al[1], la présentation du siège est la plus fréquente après celle du sommet, avec une fréquence globale de 3 à 4%. Au CHU de Besançon, entre 1977 et 1996, sur 43 384 accouchements, la présentation du siège est retrouvée dans 4,09%, et de 1994 à 2004, on a retrouvé une fréquence de 4,5% d'accouchements du siège. L'incidence actuelle dans les présentations de face varie de 0,04 à 0,33% (0,07%) sur les 12 dernières années [2]. Selon Katenga et al[3], la fréquence de présentations transversales ou obliques et du siège, reste non moins négligeable. Elle est autour de 4% en France et 6% à Kisangani en République démocratique du Congo[4].

L'échec de la prise en charge des présentations vicieuses peut conduire à la césarienne qui est l'intervention de dernier recours. L'OMS, l'UNICEF et le FNUAP[5] estiment qu'au minimum 5 % de tous les accouchements requerront une césarienne pour sauver la vie de l'enfant et de la mère ou préserver leur santé. Mais, il est démontré que cette intervention peut constituer un risque pour la mère et le nouveau-né par rapport à un accouchement classique à cause du risque d'hémorragie du post partum et des effets de la péridurale sur le nouveau-né [6].

Pour Moncollin[7], la voie d'accouchement en présentation siège, devra être systématiquement discutée avec la patiente et le dossier sera discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire, avec tous les éléments nécessaires dès 36-37 SA. Néanmoins, l'étude de Hannah et al[8], avaient recommandé de pratiquer une césarienne systématique afin de diminuer significativement la morbi-mortalité périnatale liée à l'accouchement en présentation siège.

Quant aux risques fœtaux liés aux présentations dystociques, Mehdi Kehila et al[9] ont trouvé que l'asphyxie néonatale et les lésions traumatiques secondaires essentiellement à la dystocie des épaules étaient les plus à craindre.

Ouattara et al[10] dans leur étude menée en milieu rural sur le pronostic africain avaient enregistré une fréquence de 1,75% d'accouchements en présentation siège sur 10562 accouchements dont 134 en présentation siège à terme ; ils avaient aussi enregistré 14 nouveau-nés décédés au cours de l'accouchement en présentation siège, soit 7,5%.

Cependant, les stratégies visant à réduire les décès maternels et néonataux sont essentiellement centrées sur l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins prénatals, l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans une institution sanitaire réunissant des conditions de prise en charge[11,12].

Bien que l'amélioration de la surveillance prénatale a contribué à faire régresser régulièrement la fréquence de présentations transversales ou obliques et du siège, leur fréquence reste non moins négligeable[13,14].

En République Démocratique du Congo (RDC), selon les données de la deuxième enquête démographique et sanitaire, la mortalité maternelle est estimée à 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile à 58 décès de nouveau-nés pour 1000 naissances vivantes[11,15]. Dans une étude analytique transversale sur les accouchements dystociques menée en 2010 à Goma, la prévalence des accouchements dystociques était de 33,6% ; le forceps et la ventouse n'ont pas été utilisés dans la prise en charge des parturientes[16].

Pour Kinenkinda et al[17], 58 % des césariennes réalisées à Lubumbashi avaient comme indications un défaut d'engagement (18,6%), une souffrance fœtale aiguë (11,9%), une mal présentation (10,1%), un placenta praevia (9,2%) et un bassin rétréci (8,4%).

Dans une autre étude menée dans les structures sanitaires de la Zone de Santé Kisanga par Meta et al[18], sur les expériences des sages-femmes sur les dystocies, ces dernières ont affirmé par entretien qu'elles rencontraient fréquemment des cas de dystocies ou des urgences obstétricales et qu'elles avaient des difficultés à référer les cas compliqués à cause du manque d'ambulance appropriée pour la Zone de Santé, de l'absence du médecin au moment où surgit le cas et du manque d'autonomie financière de la part de la parturiente.

Dans les structures de premier et de deuxième échelon de la Zone de Santé Kisanga, pour la plupart privées, il a été observé une insuffisance de personnel qualifié (sages-femmes, médecins, pédiatres, etc) et le manque de matériel et équipements de soins (échographes, couveuses, ambulances pour les urgences), des infrastructures adaptées (service de néonatalogie, bloc opératoire, banque de sang) pour fournir au couple mère-

enfant des soins de qualité. **Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des accouchements en présentation dystocique et d'évaluer l'issue obstétricale des mères.**

## II. Matériel Et Méthodes

Nous avons mené une étude descriptive transversale sur les accouchements en présentation dystocique. Les structures enquêtées sont constituées des structures de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> échelon de la Zone de Santé Kisanga qui organisent le service de maternité. Cinq d'entre elles ont été choisies sur base de leur fréquence élevée d'accouchement, la disponibilité des données et sur base de nos possibilités personnelles à réaliser cette recherche car n'étant pas financée (CS Notre Dame, Polyclinique Musafiri, CS Mama waHuruma, CS Sainte Bernadette et CS Utukufu). Nous nous sommes servies des partogrammes et registres des maternités de l'année 2019 pour collecter nos données. Nous avons exclu de cette étude des partogrammes dont l'issue obstétricale des parturientes était incomplète. Au total, nous avons enregistré 3428 accouchements dans les 5 structures dont 73 cas étaient en présentation dystocique. Ces données ont été collectées sur la période allant du 19 janvier au 11 mars 2021 à l'aide d'un questionnaire guide. Ensuite, elles ont été enregistrées sur un fichier Excel et analysées avec le logiciel IBM SPSS Statistics version 23.

Nous avons tenu à l'anonymat des données et à la confidentialité des informations recueillies.

## III. Résultats

**Les principaux résultats enregistrés sont repris dans les tableaux I à VIII.**

**Tableau I : Répartition des accouchements selon les présentations**

P r é s e n t a t i o n s	E f f e c t i f	%
C é p h a l i q u e s	2 9 6	5 8 6 , 5
D y s t o c i q u e s	7	3 2 , 1
N o n d é t e r m i n é e s	3	0 1 1 , 4
<b>T o t a l</b>	<b>3 4</b>	<b>2 8 1 0 0 , 0</b>

L'analyse de ce tableau montre que les présentations céphaliques ont représenté la majorité de l'ensemble des accouchements enregistrés dans les maternités enquêtées, soit 86,5% contre 2,1% des présentations dystociques.

**Tableau II: Répartition des cas selon les types de présentation dystocique**

Types de présentation dystocique	E f f e c t i f	%
E p a u l e n é g l i g é e	2	2 , 7
<b>F a r a i a b l e s</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
P i e d	1	1 , 4
S i è g e	4	2 5 7 , 5
S i è g e / g é m e l l a i r e	2	1 2 8 , 8
S i è g e / p r o c i d e n c e	1	1 , 4
T r a n s v e r s e	3	4 , 1
T r a n s v e r s e / p r o c i d e n c e	1	1 , 4
<b>T o t a l</b>	<b>7</b>	<b>3 1 0 0 , 0</b>

Il relève de ce tableau que les présentations siège étaient majoritairement représentées sur l'ensemble des présentations dystociques, soit 87,7%, tandis que les présentations de pied, siège avec procidence, et transverse avec procidence ont représenté chacune 1,4 %.

V a r i a b l e s	F r é q u e n c e	P o u r c e n t a g e
<b>O c c u p a t i o n ( n = 7 3 )</b>		
C o m m e r ç a n t e	8	11,0
E n s e i g n a n t e	2	2,7
E t u d i a n t e	1	1,4
L i b é r a l e	4	5,4
M é n a g è r e	53	72,6
F o n c t i o n n a i r e	2	2,8
N o n d é t e r m i n é e	3	4,1
<b>E t a t c i v i l ( n = 7 3 )</b>		
C é l i b a t a i r e	3	4,1
M a r i é e	70	95,9
<b>A g e d e s p a r t u r i e n t e s ( n = 7 3 )</b>		
< 1 8 a n s	0	0
1 8 - 2 4 a n s	28	38,4
2 5 - 3 1 a n s	32	43,8
3 2 - 3 8 a n s	11	15,1
3 9 - 4 5 a n s	4	5,5
N o n d é t e r m i n é	1	1,4
<b>S u i v i C P N ( n = 7 3 )</b>		
O u i	39	53,4
N o n	34	46,6

Tableau III. Caractéristiques socio- démographiques des accouchées

Les résultats de ce tableau ont montré que 72,6% des parturientes étaient des ménagères, elles étaient en majorité mariées(95,9 %), âgées entre 25- 31 ans (38,4%) et avaient suivi la CPN (53,4%). L'âge moyen des parturientes était de 29, 1± 4,8 ans; l'âge minimum était de 23, 0 ans et l'âge maximum de 39, 0 ans.

Tableau IV. Caractéristiques de la grossesse

V a r i a b l e s	F r é q u e n c e	P o u r c e n t a g e
<b>T y p e d e g r o s s e s s e ( n = 7 3 )</b>		
G é m e l l a i r e	2	2,7
M o n o f o e t a l	5	6,8
<b>P a r i t é ( n = 7 3 )</b>		
N u l l i p a r e	1	1,4
P r i m i p a r e	9	12,3
P a u c i p a r e	2	2,7
M u l t i p a r e	1	1,4
G r a n d e m u l t i p a r e	9	12,3
N o n d é t e r m i n é e	1	1,4
<b>A g e g e s t a t i o n n e l e n S A ( n = 7 3 )</b>		
2 8 - 3 2 S A	3	4,1
3 3 - 3 7 S A	7	9,6
3 8 - 4 2 S A	4	5,5
N o n d é t e r m i n é	2	2,7

*Fréquence et issue obstétricale des accouchements en présentation dystocique dans les ..*

Les caractéristiques de la grossesse en cas de dystocie étaient dominées par des grossesses monofoetales(68,5 %), pour la plus part survenues chez les paucipares(34,3 %) dont l'âge gestationnel variait entre 38 et 42 SA (54,8%). L'âge gestationnel moyen était de 37,8± 2,4 SA; l'âge gestationnel minimum était de 32,0 SA et l'âge maximum de 40,0 SA.

**Tableau V. Antécédentsmaternels**

V a r i a b l e s		F r é q u e n c e	P o u r c e n t a g e
<b>Antécédents de dystocie ( n = 73 )</b>			
O	u	i	1 1 , 4
N	o	n	7 2 9 8 , 6
<b>Antécédents de César ( n = 73 )</b>			
O	u	i	2 2 , 7
N	o	n	7 1 9 7 , 3
<b>Antécédents de mort-né ( n = 73 )</b>			
O	u	i	4 5 , 5
N	o	n	6 9 9 4 , 5

Les antécédents maternels en cas des présentations dystociques étaient dominés par les antécédents de mort-né (5,5%), les antécédents de césarienne (2,7%) et par les antécédents de dystocie (1,4%) sur l'ensemble des cas.

**Tableau VI. Prise en charge des parturientes**

V a r i a b l e s		F r é q u e n c e	P o u r c e n t a g e
<b>V o i e b a s s e ( n = 73 )</b>			
O	u	i	6 7 9 1 , 8
N	o	n	6 8 , 2
<b>Utilisation du théobalt ( n = 73 )</b>			
O	u	i	2 2 , 7
N	o	n	7 1 9 7 , 3
<b>Usage de manœuvres ( n = 73 )</b>			
N	o	n	7 3 1 0 0 , 0
<b>V e r s i o n m a n œ u v r e ( n = 73 )</b>			
N	o	n	7 3 1 0 0 , 0
<b>Usage des instruments ( n = 73 )</b>			
<b>F o r c e p s</b>			
N	o	n	7 3 1 0 0 , 0
<b>V e n t o u s e</b>			
N	o	n	7 3 1 0 0 , 0

Selon les résultats de ce tableau, la majorité des parturientes avec présentation dystocique s'était accouchée par voie basse (91,8%), 8,2% l'ont été par voie haute, le Théobalt a été administré à 2,7% des cas, il n'y a pas eu d'usage de version par manœuvres interne ou externe ni d'usage de forceps et de ventouse.

**Tableau VII. Pronostic du nouveau- né**

P r o n o s t i c f o e t a l		E f f e c t i f %
N	o r m a l	4 0 4 9 , 4
R	é a n i m é	2 4 2 9 , 6

*Fréquence et issue obstétricale des accouchements en présentation dystocique dans les ..*

M o r t - n é	3 1 6 , 1
N o n d é t e r m i n é	4 , 9
T o t a l	1 1 0 0

Le pronostic du nouveau-né en cas des présentations dystociques était le suivant: nouveau-nés normaux (49,4 %), réanimés (29,6 %), morts-nés (16,1 %).

**Tableau VIII. Apgar du nouveau-né**

A p g a r	F r é q u e n c e	P o u r c e n t a g e
<b>A p g a r 1 è m i n ( n = 8 1 )</b>		
≤	3 1	3 1 6 , 1
4 -	6 1	8 2 2 , 2
7 - 1	0 4	1 5 0 , 6
N o n d é t e r m i n é	9	1 1 , 1
<b>A p g a r 5 è m i n ( n = 8 1 )</b>		
≤	3 1	1 1 3 , 6
4 -	6 6	7 , 4
7 - 1	0 5	5 6 7 , 9
N o n d é t e r m i n é	9	1 1 , 1
<b>A p g a r 1 0 è m i n ( n = 8 1 )</b>		
≤	3 1	1 1 3 , 6
4 -	6 0	0
7 - 1	0 6	5 8 0 , 2
N o n d é t e r m i n é	5	6 , 2

Selon les résultats du tableau VIII, à la 1<sup>ère</sup> minute, 50,6 % des nouveau-nés avaient un score d'Apgar entre 7-10 ; à la 5<sup>ème</sup> minute 67,9 % des nouveau-nés avaient un score entre 7-10 et à la 10<sup>ème</sup> minute 80,2 % des nouveau-nés avaient un score entre 7-10 contre 13,6 % des nouveau-nés avec un score ≤ à 3 à la 10<sup>ème</sup> minute.

#### IV. Discussion

Les présentations dystociques sont couramment rencontrées au cours de la pratique des obstétriciens, médecins et sages-femmes. Elles sont fréquentes dans nos maternités et se vivent à tous les échelons de prise en charge (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>). Leur prise en charge demande la disponibilité dans les salles des naissances des accoucheurs (ses) qualifiés (es), ayant été formés (es) à l'ensemble des compétences de la pratique sage-femme, c'est-à-dire possédant les connaissances, les savoir-faire pratiques, les attitudes et le comportement professionnel ainsi que la présence des médecins[19].

#### Limite de l'étude

**Comme dans toute étude où les données sont recueillies par analyse documentaire, il y a souvent un problème lié à la complétude des données d'archives. De plus notre étude a porté sur une année (2019), ce qui a rendu petite la taille de notre échantillon.**

#### Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

Les données de notre étude sur la fréquence et l'issue obstétricale des accouchements dystociques ont révélé que les enquêtées étaient mariées dans la majorité de cas (95,9%), les célibataires ne représentant que 4,1% des cas.

Selon l'occupation des femmes, les ménagères ont représenté 72,6%, les commerçantes 11% tandis que 5,4% étaient dans le libéral.

Nos enquêtées étaient âgées entre 25 -31 ans, soit 38,4%. L'âge moyen des parturientes reçues avec une présentation dystocique était de  $29,1 \pm 4,8$ . Mayi Tsonga et al. [20] avaient trouvé une fréquence élevée pour la tranche d'âge de 30- 34 ans dans leur étude. L'âge maternel moyen était de  $28,83 \pm 6,79$  ans (extrêmes : 14 à 49 ans) dans l'étude de Kinenkinda et al. [17]. Dans notre étude 5,5 % des cas étaient constitués des parturientes de 39- 45 ans. Nos résultats confirment donc que l'âge maternel avancé est un facteur qui prédispose les femmes à l'accouchement dystocique.

Les parturientes avaient suivi la CPN seulement à 53,4% contre 46,6% de celles qui ne l'avaient pas suivi. Mayi-Tsonga et al.[20] ont rapporté 61 % des parturientes qui avaient bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales. Sy et al.[21] et Nayama et al. [22] ont rapporté des chiffres encore plus bas de 29% à 32%. Dans l'étude de Kinenkinda et al.[17], les jeunes femmes étaient majoritaires et seulement 16% d'entre elles n'avaient pas suivi de consultations prénatales.

### **Fréquence des présentations dystociques**

La fréquence des présentations dystociques était de 2,1% contre 86,5% des céphaliques. Il relève de nos données que les présentations siège étaient majoritairement représentées sur l'ensemble des présentations dystociques, soit 87,7% ; les présentations de pied, siège avec procidence et transverse avec procidence ont représenté chacune 1,4 %. Les présentations de sièges étaient les plus majoritaires après les présentations céphaliques. Mais nous avons enregistré aussi les présentations de face (2,7%), de l'épaule négligée (2,7%) et transverse (4,1%) à laquelle était associée la procidence du cordon. Katenga et al.[3] avaient trouvé sur leur population d'étude à Kisangani (RDC) une fréquence des présentations dystociques de 6,5%, le siège avait représenté 5,2% et la présentation transversale 1,3%.

Ouattara et al.[10] ont trouvé dans leur étude menée dans trois principales maternités de la ville de Bobo Dioulasso au BourkinaFasso, une prévalence d'accouchement de siège de 1,74% sur la période d'une année. Mehdi kehila et al. [9] ont trouvé sur les 400 cas de macrosomies étudiés 9 cas de dystocie des épaules. Dans leur série, le risque de dystocie des épaules était donc de 3,23% en cas d'accouchement d'un macrosome par voie basse. Certaines études ont montré que, la fréquence des présentations siège varie de 3 à 4% en occident [23] et de 1,74 à 9,6% en Afrique [21,24]. Nous pensons que cette différence pourrait être expliquée par la différence des milieux d'étude (structures de 1ers, 2è et 3 è échelon) et des populations d'étude. Par ailleurs, dans notre étude nous n'avons pris en compte que les cas des présentations dystociques alors que les autres ont inclus même les présentations de sommet.

### **Caractéristiques de la grossesse**

Nos données ont révélé des caractéristiques de la grossesse en cas de présentations dystociques dominées en majorité par des grossesses monofoetales (68,5 %), les grossesses multiples ont représenté 31,5% des cas. La plupart de ces grossesses était survenue chez les paucipares (34,3 %) avec une parité moyenne de  $3,1 \pm 0,42$  enfants. Mayi-Tsonga et al. [20] avaient trouvé des résultats similaires avec une prédominance des paucipares dans les présentations du siège.

En revanche, Sy et al.[21], Nayama et al.[22] et Meyé et al.[24] l'ont associé à la primiparité tandis que Katenga et al.[3] l'ont associé à la grande multiparité.

L'âge gestationnel des parturientes dans notre échantillon variait entre 38 et 42 SA (54,8%) avec une moyenne de  $37,8 \pm 2,4$  SA. Mayi -Tsonga et al.[20] avaient trouvé un âge gestationnel moyen de 39 SA et Kinenkinda et al.[17] un âge gestationnel moyen de  $37,9 \pm 2,8$  SA. En désaccord avec Katenga et al.[3], Hannah et al. [8] et Meyé et al.[24] qui ont associé les présentations du siège à la prématurité, nos observations ont démontré que dans plus de la moitié de nos cas, l'accouchement était intervenu entre 38 et 42 SA.

### **Antécédents maternels**

Les antécédents obstétricaux en cas des présentations dystociques étaient dominés par les antécédents de mort-né (5,5%), les antécédents de césarienne (2,7%) et les antécédents de dystocie (1,4%) pour l'ensemble des cas. L'analyse de nos résultats a montré un faible pourcentage en rapport avec les antécédents de morts-nés, de césarienne et de dystocie chez les femmes ayant accouché en présentation dystocique. Ce fait peut être expliqué par notre échantillon restreint aux 73 cas des présentations dystociques du fait de notre milieu d'étude (structures de 1 er et 2 è échelon). La césarienne antérieure peut constituer un facteur de risque dans la survenue de la dystocie. En effet, Ould El Joudet al.[25] ont démontré que les femmes avec un antécédent de césarienne, avaient représenté le taux de dystocie élevé (28,6 %) contre 17,7 %, le taux de césarienne chez les femmes qui n'avaient pas un antécédent de césarienne ( $p < 0,0001$ ).

### **Prise en charge des parturientes**

Nos résultats ont démontré que dans la plupart de cas, les parturientes avec présentation dystocique avaient accouché par voie basse (91,8%), 8,2% l'ont été par voie haute. Nos résultats ont démontré que la

majorité des présentations dystociques était dominée par la présentation du siège (87,7%) avec des différentes variations (avec gémellité, avec procidence et parfois mode de pieds). Dans d'autres études menées sur les présentations siège, telle que celle de Mayi Tsonga et al. [20], le mode d'accouchement des 184 cas de siège analysés était la voie vaginale et ces auteurs avaient observé que la présentation du siège augmentait significativement la survenue d'une césarienne (RR=3,2). Pour Ouattara et al. [10], le mode d'accouchement a été la voie basse à 55% dans le groupe siège, contre 92 % dans le groupe sommet. Dans l'étude menée par Nayraguet [26] sur la dystocie dynamique, les voies d'accouchement étaient la voie basse spontanée à 94,4% et la voie basse instrumentale à 5,6%.

Le Théobalt a été administré à 2,7% dans notre série ; par contre, presque toutes les accouchées avaient bénéficié de l'ocytocine (intra-musculaire) après accouchement en prévention des hémorragies du post partum. L'enquête a révélé que les accoucheurs (ses) n'avaient pas fait usage de version par manœuvres interne ou externe, ni de forceps et de ventouse. Nous pensons que cette situation serait due à la non maîtrise des gestes, de ces instruments et au fait que notre milieu d'étude était représenté par les centres de santé et hôpitaux de premier et de deuxième niveau où on ne trouve pas généralement des spécialistes (gynécologues-obstétriciens) ayant de l'expérience dans cette matière.

Un faible pourcentage des parturientes avait accouché par voie haute (8,2%), dans les Centres de Santé de Référence (CSR) et hôpitaux qui possédaient un bloc opératoire fonctionnel. Les documents mis à notre disposition dans une autre étude avaient démontré que le nombre des parturientes référées pour complications de la grossesse était en moyenne inférieur à 3 par mois. Lors de notre entretien avec les accoucheuses de mêmes structures ou des structures similaires, elles avaient affirmé qu'elles arrivent à référer les cas compliqués faute d'absence des médecins, des blocs opératoires et de certains matériels et équipements dans ces structures [18].

Le rapport de l'OMS, l'UNICEF et FNUAP [5] estiment qu'au minimum 5 % de tous les accouchements requerront une césarienne pour sauver la vie de l'enfant et de la mère ou préserver leur santé.

L'étude de Fatnassi et al. [27] avait enregistré un taux de 8% de césarienne en cas de macrosomie. Selon leur étude, ce taux était le plus faible retrouvé dans la littérature [28,29]. Par contre, Kabuyanga et al. [16] à Goma (RDC) avaient trouvé des taux élevés de la césarienne décidée en urgence à 83, 3% des cas de dystocies, bassin rétréci à 74% et la présentation transverse à 92%. A Lubumbashi, Kinenkinda et al. [17] ont enregistré aussi des taux élevés de césariennes ; le taux annuel dans leur série a varié entre 10,20% (taux le plus bas enregistré en 2011) et 11,38% (taux le plus élevé observé en 2013) avec un pic intermédiaire en 2010 (11,32%). Dupré [30] avait trouvé que sur les 85 cas de dystocie à terme, 47 parturientes (55,%) avaient subi une césarienne d'urgence et 38 autres (44,7%) avaient subi une extraction instrumentale.

Les manœuvres figurent parmi les gestes de réduction des certaines présentations dystociques (siège, présentation de l'épaule négligée). Dans notre cas, les partogrammes n'ont pas fait mention de l'usage des manœuvres sur les présentations dystociques. Nous avons lié cette situation au fait que la plupart d'actes posés par les professionnels (prestataires) ne sont pas signalés dans le dossier des patientes (partogrammes). Nos résultats divergent avec ceux de Mehdi Kehila et al. [9] qui avaient montré dans leur étude que la dystocie des épaules avait été réduite par la manœuvre de MacRoberts dans 6 cas, la manœuvre de Wood inversée dans 2 cas et la manœuvre de Jacquemier dans un cas. Ces manœuvres avaient été réalisées par des résidents pendant la garde dans 8 cas et une manœuvre de Wood inversée a été réalisée par un obstétricien sénior. Dans un entretien que nous avons eu avec les accoucheurs (ses) dans les mêmes milieux, ils (elles) ont affirmé qu'ils (elles) ont des difficultés à réaliser les manœuvres et que dans certains cas, ils n'osaient même pas toucher aux cas de dystocie [18].

### **Pronostic du nouveau-né**

Selon nos résultats, le pronostic du nouveau-né en cas des présentations dystociques était : nouveau-nés normaux (49,4 %), réanimés (29,6 %), morts-nés (16,1 %). Nos résultats ont révélé un pourcentage élevé des nouveau-nés réanimés en cas des présentations dystociques. Nous avons obtenu une majorité des cas constitués de la présentation du siège et nous pensons que les accoucheurs (ses) ont mis du temps à expulser le bébé issu de cette présentation ; et que l'allongement du temps d'expulsion à cause des manœuvres à réaliser pouvait entraîner l'asphyxie néonatale. Comparativement à nos résultats, une étude similaire menée par Mayi Tsonga et al. [20] avait démontré que la présentation siège était plus souvent associée à une hypotrophie fœtale (RR=2,4) et à un risque plus élevé de survenue d'asphyxie néonatale (RR= 2,9).

Le taux de mortalité périnatale dans notre étude était aussi par conséquent élevé, de l'ordre de 16,1% dans les structures enquêtées. Les raisons évoquées plus haut peuvent expliquer cette fréquence élevée auxquelles s'ajoutent l'absence des médecins et le fait que les accoucheurs (ses) ont retardé certains cas qui pouvaient être amenés à la voie haute. Lors notre entretien avec les accoucheuses de ces structures (ou structures similaires), elles nous avaient révélé leurs difficultés par rapport aux équipements de réanimation du nouveau-né, par rapport au moyen de déplacement pour la référence des cas et par rapport à leurs compétences techniques limitées devant certains cas compliqués [18].



Certaines études ont trouvé des taux différents du nôtre. Ainsi, Fatnassi Ridha et al.[27] ont trouvé 4,8 pour 1000 décès des nouveaux nés survenus avant le 7<sup>ème</sup> jour de vie parmi les 820 naissances étudiées. Selon eux, ces décès étaient dus soit à l'accouchement, soit à une dystocie des épaules irréductible, suite à une complication métabolique telle qu'une hypoglycémie ou une hypocalcémie sévère. Pour Mehdi Kehila et al.[9], la fréquence était de trois décès néonataux (0.7%), vingt et un cas d'asphyxie néonatale (Score d'Apgar <7 à 5 minutes) (5,25%) et 2,75% des nouveaux nés qui avaient présenté une détresse respiratoire néonatale. Nous avons comparé toutes ces études avec les données de la République démocratique du Congo en 2016 et elle a été classée parmi les dix pays ayant un taux de mortalité néonatale élevé, le taux récent était de  $28,8 \pm [19,5 ; 41,5]$  pour 1000 naissances vivantes. Cette étude a confirmé qu'en moyenne, les pays à revenu élevé présentent un taux de mortalité néonatale de 3 pour 1 000 contre 27 pour 1 000 dans les pays à revenu faible [11]. Il est primordial d'intensifier les actions destinées à prévenir la mortalité néonatale, en mettant particulièrement l'accent sur les populations les plus pauvres et les plus marginalisées, afin de garantir le succès des efforts déployés à l'échelle mondiale pour mettre fin à la mortalité néonatale due à des causes évitables [11].

## V. Conclusion

Les résultats de cette recherche ont révélé une fréquence faible des présentations dystociques mais une fréquence élevée de la morbidité néonatale. Cependant, dans notre série, les prestataires n'avaient pas fait usage des manœuvres obstétricales, ni de forceps et de ventouse. Pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux à la naissance, nous suggérons de former les prestataires de maternité aux compétences sage-femme et à la pratique de forceps et de ventouse et de référer les cas de présentations dystociques aux structures de troisième échelon.

### Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

## Références

- [1]. Broche DE, Maillot R, Curie V, Ramanah R, Schaal JP, Riethmuller D.
- [2]. Accouchement en présentation du siège. EMC, Obstétrique. 2008; 5-049-L-40.
- [3]. Durcane G, Ceccaldi PF, Chesnoy V, Robinet G, Gabriel R. Présentation de la face : étude rétrospective de 32 cas à terme, *Gynecol Obstet Fertil*. 2006 ; 34(5) : 393-396
- [4]. Katenga BG, Maïndo AM, Labama ON, Likilo OJ. Prévalence et pronostic materno-foetal des accouchements par présentation du siège dans la ville de Kisangani (RD Congo). *Rev. méd. Gd. Lacs* 2013; 2(4) : 403-415
- [5]. Riethmuller D. et al. (2005). Présentations défléchies, in EMC : obstétrique, 5-049-L-15, Masson, Paris.
- [6]. OMS, UNICEF et FNUAP. Mortalité des mères en 1995, estimations de l'OMS, de l'UNICEF et de FNUAP, 2001.
- [7]. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale (1999). Réduire la mortalité maternelle, Déclaration commune, Genève.
- [8]. Moncollin M (2011). Choix de la voie d'accouchement en cas de présentation siège : Evaluation des pratiques cliniques à la maternité Régionale de Nancy en 2008. Thèse de Méd, Université Henri Poincaré, Nancy I, Faculté de Médecine de Nancy.
- [9]. Hannah ME, Hannah WJ, Herson SA, Hodnet ED, Saigal S. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentretial, *Lancet*, 356 (2000): 1375-1383.
- [10]. Mehdi Kehila1, Sadok Derouich1, Omar Touhami1, Sirine Belghith2, Hassine Saber Abouda1, Mariem Cheour3, Mohamed Badis Chanoufi1. Macrosomie, dystocie des épaules et élongation du plexus brachial: quelle est la place de la césarienne? *Pan African Medical Journal*. 2016; 25:217
- [11]. Ouattara A, Somé AD, Ouattara H, Lankoandé J. Pronostic de l'accouchement siège en milieu africain : cas de la ville de Bobo Dioulasso au Burkina Faso. *Médecine et Santé Tropicales* 2016 ;26 :155-158.
- [12]. Devine S, Taylor G, Carvajal-Aguirre L, Hug L, Porth T, You D et al. Every Child Alive: The urgent need to end newborn deaths. UNICEF, Palais des Nations, 1211, Genève 10, 2018.
- [13]. WHO. Réduire la mortalité maternelle : déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. ISBN 92 4 256195 9, 1999.
- [14]. Vermelin H. et Ribon M. *Présentation de l'épaule*, in EMC : Obstétrique, 5028 A Masson, Paris, 1970.
- [15]. Aflak N, Rafii A, Cristalli B, Deval B et Levardon M. *Présentation de l'épaule (présentation transversale et oblique)*. *Encycl Méd Chir, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Obstétrique, 5-049-L-60, 2003, p 5.*
- [16]. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014, Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International ; 2014.
- [17]. Kabuyanga K R, Kakoma ZS JB, Katenga BG, Kalume MJ, Kambale MJ. Facteurs prédictifs et issues des accouchements dystociques à Goma, RDC. *Rev. méd. Gd. Lacs* 2013; 2(3):265-282
- [18]. Kinenkinda X, Mukuku O, Chengé F, Kakudji P, Banzulu P, Kakoma JB et al. Césarienne à Lubumbashi, République Démocratique du Congo I. Fréquence, indications et mortalité maternelle et périnatale. *The Pan African Medical Journal*. 2017; 27: 72-12147
- [19]. Meta LE, Bukasa KA, Mpanya A, Omanyondo O MC, Malonga KF. Barriers to Referral of Obstetric Emergencies in an Urban-Rural Area in Lubumbashi: A qualitative Study. *Annals of Gynecology and Obstetrics Research*, 2020;3(1): 1016
- [20]. OMS, UNFPA, UNICEF et Banque mondiale. *Joint statement on maternal and newborn health*. 25 septembre 2008. [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/safemotherhood/docs/jointstatement\\_mnh.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/safemotherhood/docs/jointstatement_mnh.pdf)
- [21]. Mayi-Tsonga S, Mandji JM, Mimbila-Mayi, Sima Olé B, Bang J, Meyé JF. *Pronostic de l'accouchement du siège à terme : étude comparative et analytique à Libreville*. In. *Clinics in Mother and Child Health*, 2012, 9 : 1-5
- [22]. Sy T, Diallo Y, Soumah A, Diallo FB, Hyjazi Y et Diallo MS. Présentation du siège mode d'accouchement et pronostic materno-foetal à la clinique de gynécologie obstétrique Ignace DEEN du CHU de Conakry, Mali Med 2011 ; 24 : 41-43
- [23]. Nayama M, Doiri-Salifou MS, Soumana H, Tahirou A, Idi N, Garba M, et al. Accouchement en présentation de siège pronostic périnatal et maternel dans une

- [24]. maternité de référence du Niger. Étude rétrospective à propos de 317 cas. *Med Afr Noire* 2008 ; 55 : 417–422
- [25]. Igwegbe AO, Monago EN et Ugboaja JO. Caesarean versus Vaginal Delivery for Term Breech Presentation: A Comparative Analysis. *Afr. J. Biomed. Res.* 2010;13: 15
- [26]. MeyéJF et al., Neonatal prognosis for breech infants delivered vaginally at the Joséphine Bongo Maternity Hospital in Libreville, Gabon 2003. *Santé*2003; 13 : 81–84
- [27]. Ould El JoudD., Bouvier-ColleM.-H, Groupe MOMA. Étude de la fréquence et des facteurs de risque de la dystocie dans 7 villes d'Afrique de l'Ouest. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2002, 31 (1) : 51-62.
- [28]. Nayraguet M. Pertinence de la gestion de la dystocie dynamique. Ecole de Sages-femmes de Clermond-Ferrand, 2- 99 p. HAL, 2018, dumas -01986176
- [29]. Fatnassi R, Rasmoun H, Marzougui L, Mkhinini I, Hammami S. Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de la macrosomie fœtale : étude comparative a propos de 820 cas. *PanAfricanMedical Journal*.2017 ; 28 :126.
- [30]. Kalai A. La macrosomie fœtale à propos de 730 cas : facteurs prédisposants, dépistage, modalités d'accouchement, pronostic materno fœtal. Thèse de Médecine, 2007, Tunis.
- [31]. Chikhaoui J. La macrosomie sévère : pronostic maternel et fœtal à propos de 144 cas. Thèse de Médecine, 2010, Tunis.
- [32]. Dupré L. (2012). *Informations et satisfactions de l'accouchement dystocique*: à propos de 85 patientes ayant eu recours à une extraction instrumentale ou à une césarienne en urgence à terme. CHU Estaig, HAL Id: dumas-00787174. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00787174>

Eugénie Meta Luboya, et. al. "Fréquence et issue obstétricale des accouchements en présentation dystocique dans les structures privées de la zone de Santé Kisanga (République Démocratique du Congo)." *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 11(01), 2022, pp. 37-46.