

# DIRECTIVE CLINIQUE SUR L'ACCOUCHEMENT VAGINAL OPÉRATOIRE

Cette directive clinique a été rédigée et examinée par le comité Pratique clinique – obstétrique, et a été approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## AUTEURS PRINCIPAUX

Yvonne M. Cargill, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Catherine Jane MacKinnon, MD, FRCSC, Brantford (Ont.)

## COMITÉ PRATIQUE CLINIQUE - OBSTÉTRIQUE

Catherine Jane MacKinnon (présidente), MD, FRCSC, Brantford (Ont.)

Marc-Yvon Arseneault, MD, FRCSC, Montréal (Québec)

Elias Bartellas, MD, FRCSC, St. John's (T.-N.-L.)

Yvonne M. Cargill, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Sue Daniels, inf. aut., Dartmouth (N.-É.)

Tom Gleason, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)

Stuart Iglesias, MD, Gibsons (C.-B.)

Michael C. Klein, MD, CCFP, Vancouver (C.-B.)

Carolyn A. Lane, MD, CCFP, FCFP, Calgary (Alb.)

Marie-Jocelyne Martel, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)

Ann E. Sprague, inf. aut. a., BN, MEd, Ottawa (Ont.)

Ann Roggensack, MD, Kingston (Ont.)

Ann Kathleen Wilson, BHSc, sage-femme aut., Ilderton (Ont.)

## Résumé :

**Objectif :** Offrir une directive clinique sur l'accouchement vaginal opératoire dans le cadre de la prise en charge du deuxième stade du travail.

**Options :** Les techniques non opératoires, l'épisiotomie et la césarienne sont comparées à l'accouchement vaginal opératoire.

**Issue :** Réduction de la morbidité et de la mortalité fœtales et maternelles.

**Résultats :** Des recherches ont été menées dans les bases de données MEDLINE et Cochrane afin d'y trouver les articles de langue anglaise, publiés entre janvier 1970 et juin 2004, comprenant les mots clés suivants : *vacuum* et *birth*, ainsi que *forceps* et *birth*. Le niveau des résultats et la qualité des recommandations ont été déterminés à l'aide des critères d'évaluation décrits par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique.

## Mots clés

Vacuum extraction delivery, obstetrical forceps delivery, operative birth, Caesarean section, second stage of labour

## Recommandations :

1. Les interventions non opératoires (telles que le soutien individuel, l'utilisation d'un partogramme, le recours à l'oxytocine et le fait de retarder la poussée chez les femmes bénéficiant d'une péridurale) limitent la nécessité d'avoir recours à un accouchement opératoire. (I-A)
2. Utilisée seule ou conjointement avec un accouchement instrumental, la rotation manuelle n'entraîne aucune augmentation des risques en ce qui concerne la femme enceinte ou le fœtus. (III-B)
3. Le recours systématique à l'épisiotomie n'est pas nécessaire dans le cadre d'un accouchement vaginal assisté. (II-IE)
4. Lorsqu'une intervention opératoire au cours du deuxième stade du travail s'avère nécessaire, les options, les risques et les avantages propres à la ventouse obstétricale, aux forceps et à la césarienne doivent être pris en considération. Le choix de l'intervention doit être individualisé, puisque aucune de ces méthodes ne se démarquent clairement des autres en matière d'innocuité ou d'efficacité. (II-B)
5. L'échec de la méthode choisie (qu'il s'agisse de la ventouse obstétricale et/ou de forceps), en ce qui a trait à l'accouchement du fœtus dans un délai raisonnable, doit être considéré

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

comme une indication pour l'abandon de la méthode en question. (III-C)

6. Une expérience clinique adéquate et la formation appropriée de l'opérateur sont essentielles à l'exécution en toute sûreté d'un accouchement opératoire. Les comités d'agrément hospitaliers ne devraient permettre l'exécution de ces techniques qu'aux personnes ayant bénéficié d'une formation appropriée et ayant fait preuve d'aptitudes adéquates. (III-C)

**Validation :** Cette directive clinique a été approuvée par le comité Pratique clinique – obstétrique, le comité exécutif et la Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

J Obstet Gynaecol Can, vol 26, n° 8, 2004, p. 754–61.

### **ACCOUCHEMENT VAGINAL OPÉRATOIRE**

Les fournisseurs de soins obstétricaux font souvent face à des dilemmes dans le cadre de la prise en charge du deuxième stade du travail. Les risques inhérents aux techniques possibles, les aptitudes de l'opérateur et l'urgence du besoin d'accélérer l'accouchement doivent être pris en considération, au moment de la prise d'une décision quant à la nécessité d'avoir recours à une certaine forme d'assistance dans le cas d'un accouchement particulier, ainsi qu'en ce qui concerne le choix de l'intervention à effectuer et la détermination du moment propice pour y procéder.

Le terme « accouchement vaginal opératoire » fait référence à l'accouchement assisté par forceps ou ventouse obstétricale. La rotation manuelle, l'épisiotomie et, dans de rares cas, la symphyséotomie peuvent également être utilisées pour mettre en œuvre un accouchement vaginal. La césarienne constitue la solution de rechange chirurgicale à l'accouchement vaginal opératoire. Les experts proposent souvent des données contradictoires en ce qui concerne le recours à ces interventions<sup>1,2</sup>.

Dans la littérature s'intéressant à l'utilisation de la ventouse obstétricale et des forceps, on trouve des essais randomisés prospectifs comparant les issues des accouchements assistés par forceps à ceux des accouchements assistés par ventouse obstétricale<sup>3-6</sup>. Cependant, ces essais ne font pas appel aux mêmes critères d'inclusion, aux mêmes instruments ou encore ne s'attardent pas aux mêmes issues, ce qui complique la comparaison de ces deux techniques. La mortalité néonatale et la morbidité grave liées à l'accouchement vaginal spontané, à la ventouse obstétricale, aux forceps ou à la césarienne ont, quant à elles, fait l'objet d'un examen dans le cadre d'une importante étude rétrospective<sup>7</sup>. Toutefois, en bout de ligne, force est de constater qu'aucune de ces études prospectives<sup>3-6</sup> ou rétrospectives<sup>7</sup> ne s'intéressent aux détails propres à la technique utilisée pour les interventions par ventouse obstétricale ou forceps, au temps requis ou aux critères nécessaires pour l'abandon de l'intervention.

Le niveau des résultats et la qualité des recommandations signalés dans la présente directive clinique ont été déterminés à l'aide des critères d'évaluation des résultats décrits dans le rapport du Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique (Tableau 1)<sup>8</sup>.

**Tableau 2 Indications de l'accouchement vaginal opératoire**

<p>Fœtales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>État fœtal non rassurant</li> </ul> <p>Maternelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indications médicales visant à éviter la manœuvre de Valsalva (p. ex. maladie vasculaire cérébrale, pathologies cardiaques)</li> </ul> <p>Cheminement inadéquat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Activité utérine adéquate documentée</li> <li>Aucune preuve de disproportion fœto-pelvienne</li> <li>Absence d'effort maternel efficace</li> </ul>
---

**Tableau 1**

Niveaux de résultats <sup>8</sup>	Catégories de recommandations <sup>8</sup>
<p>La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.</p> <p>II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.</p> <p>II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.</p> <p>II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.</p> <p>III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.</p>	<p>Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.</p> <p>D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p>

## INDICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT VAGINAL OPÉRATOIRE

Une intervention opératoire au cours du deuxième stade du travail peut être indiquée en fonction de circonstances propres au fœtus ou à la mère (Tableau 2). En présence d'un état foetal non rassurant, un accouchement opératoire peut prévenir les lésions cérébrales hypoxiques<sup>9</sup> ou la mort du fœtus<sup>9</sup>. Parmi les indications liées à la mère, on trouve l'insuffisance cardiaque congestive<sup>9</sup> et les malformations vasculaires cérébrales<sup>9</sup>. Les interventions opératoires peuvent également être indiquées en présence d'un cheminement inadéquat du travail<sup>9</sup>; dans de tels cas, il est extrêmement important de s'assurer de la présence d'une activité utérine adéquate<sup>10</sup>.

## PRATIQUES NON OPÉRATOIRES QUI LIMITENT LA NÉCESSITÉ D'AVOIR RECOURS À UN ACCOUCHEMENT OPÉRATOIRE

Il a été démontré que plusieurs interventions non opératoires limitaient la nécessité d'avoir recours à un accouchement opératoire. Une de ces interventions consiste en la participation d'accoucheuses individuelles, lesquelles offrent des soins au cours du travail et de l'accouchement<sup>11</sup>. Ces accoucheuses ont été décrites comme étant expérimentées, continuellement présentes et en mesure d'offrir un soutien physique et affectif<sup>11</sup>. Hodnett<sup>11</sup> a évalué le rôle d'une personne qui offre un soutien particulier au cours du travail en examinant 14 essais comparatifs (résumés dans la base de données Cochrane); les résultats de ces essais étaient tous homogènes, et ce, malgré une variété de milieux obstétricaux, de situations hospitalières, de grossesses présentant des risques élevés ou faibles, ainsi que malgré les différences quant à la formation professionnelle des personnes qui offraient le soutien en question. L'utilisation des services d'accoucheuses individuelles constitue une façon simple de limiter la nécessité d'avoir recours à un accouchement opératoire<sup>11</sup>.

Le suivi du cheminement du travail et l'utilisation d'oxytocine dans les cas où ce cheminement n'est pas adéquat limitent la nécessité d'avoir recours à un accouchement opératoire. Dans les études où un partogramme est utilisé, on constate un recours moindre à l'oxytocine et à l'accouchement opératoire<sup>12</sup>. Dans les cas où le travail ne chemine pas de façon appropriée, il faudrait faire appel à l'oxytocine avant de se résigner à avoir recours à un accouchement vaginal opératoire; de plus, les partogrammes devraient être utilisés de façon systématique<sup>10</sup>.

La flexibilité dans la prise en charge du deuxième stade du travail (y compris l'adoption d'une position debout, une analgésie adéquate et le fait de retarder la poussée lorsque la parturiente n'en ressent pas le besoin) peut également limiter la nécessité d'avoir recours à un accouchement vaginal opératoire. Une étude randomisée multicentrique canadienne<sup>13</sup> a démontré une tendance selon laquelle la probabilité que les femmes bénéficiant d'une péridurale aient à subir des interventions opératoires était moindre si, au cours du deuxième stade du travail, elles ne

poussaient que lorsqu'elles en ressentaient le besoin impérieux ou jusqu'à ce que deux heures se soient écoulées. La flexibilité en ce qui concerne les limites de temps propres au deuxième stade du travail est également un facteur important. Le taux d'accouchement vaginal opératoire connaît une baisse lorsque la limite de temps arbitraire de deux heures, en ce qui concerne la durée du deuxième stade du travail, est abandonnée en présence d'un certain cheminement<sup>13</sup>.

## RECOMMANDATION

1. **Les interventions non opératoires (telles que le soutien individuel, l'utilisation d'un partogramme, le recours à l'oxytocine et le fait de retarder la poussée chez les femmes bénéficiant d'une péridurale) limitent la nécessité d'avoir recours à un accouchement opératoire. (I-A)**

## ROTATION MANUELLE

La rotation manuelle fait partie intégrante de l'art de l'obstétrique. Elle vise le même objectif que la rotation par forceps : faire passer la tête fœtale en position occipito-antérieure, entraînant ainsi une diminution du diamètre de la présentation de la tête fœtale. Si la rotation menant à une position occipito-antérieure ne s'effectue pas de façon spontanée, le recours à la rotation manuelle (seule ou conjointement avec un accouchement instrumental) peut faciliter l'accouchement vaginal. La rotation manuelle peut être utilisée seule ou suivie d'une intervention par forceps ou ventouse obstétricale. Le Tableau 3 décrit les techniques de rotation manuelle. Bien qu'aucune étude ne se soit penchée sur l'efficacité et les complications possibles de cette dernière, des données empiriques laissent entendre que son efficacité est élevée, que les complications qui y sont associées sont minimales et que la douleur qu'elle engendre équivaut à celle d'un examen du col.

Tableau 3 Techniques de rotation manuelle

### Technique N° 1

1. La main entière est introduite dans le vagin de la patiente, paume vers le haut.
2. La tête fœtale est fléchie et légèrement dégagée.
3. Une rotation antérieure est imprimée à l'occiput par pronation ou supination de l'avant-bras.
4. Il est possible que la tête fœtale doive être maintenue en place pendant quelques contractions ou jusqu'à ce que l'application d'une ventouse obstétricale ou de forceps soit terminée.

### Technique N° 2

1. Les doigts peuvent être placés le long des sutures lambdoïdes.
2. En exerçant une légère pression et un mouvement circulaire, il est possible de faire passer la tête fœtale en position occipito-antérieure.
3. Il est possible que la tête fœtale doive être maintenue en place pendant quelques contractions ou jusqu'à ce que l'application d'une ventouse obstétricale ou de forceps soit terminée.

## RECOMMANDATION

2. **Utilisée seule ou conjointement avec un accouchement instrumental, la rotation manuelle n'entraîne aucune augmentation des risques en ce qui concerne la femme enceinte ou le fœtus. (III-B)**

## ÉPISIOTOMIE

Il n'a pas été démontré que le recours systématique à l'épisiotomie constituait une façon efficace d'écourter le deuxième stade du travail<sup>14</sup>. Dans les cas peu courants où le périnée empêche l'accouchement, il est possible que le recours à une épisiotomie accélère un accouchement vaginal. Toutefois, cela n'a fait l'objet d'aucune étude prospective.

Il n'a également pas été prouvé que l'épisiotomie constituait une partie essentielle de l'accouchement vaginal assisté; en effet, elle n'entraîne aucune diminution de l'incidence des traumatismes maternels et peut même l'accroître<sup>15</sup>. Il a été établi que les épisiotomies médianes entraînaient une hausse du risque de déchirures du troisième et du quatrième degré, tant dans le cadre des accouchements spontanés<sup>14</sup> que des accouchements opératoires<sup>15</sup>.

## RECOMMANDATION

3. **Le recours systématique à l'épisiotomie n'est pas nécessaire dans le cadre d'un accouchement vaginal assisté. (II-1E)**

## ACCOCHEMENT VAGINAL INSTRUMENTAL

L'accouchement vaginal instrumental met en jeu l'utilisation d'une ventouse obstétricale ou de forceps de façon à permettre

à l'opérateur d'accroître les forces le long de la courbure pelvienne. Le vide créé par la ventouse obstétricale applique une succion et une traction sur la partie du cuir chevelu couverte<sup>9,16</sup>. Les forceps enserrant l'os pariétal et l'os malaire du crâne fœtal et leur appliquent une traction, tout en déplaçant latéralement les tissus maternels<sup>9</sup>. L'utilisation simultanée de ces deux instruments entraîne la compression de la tête fœtale. Le Tableau 4 décrit les préalables et les contre-indications de l'accouchement vaginal instrumental. Les accouchements par ventouse obstétricale et par forceps sont classés selon la station du sommet osseux de la tête fœtale et le degré de rotation de la suture sagittale par rapport à la médiane. Le Tableau 5 décrit les critères des différents types d'accouchement instrumental.

Les forceps et la ventouse obstétricale ont été comparés dans le cadre de nombreuses études<sup>3,5-7,19,20</sup>. Johanson et Menon<sup>3</sup> se sont intéressés à 10 de ces études (tirées de la base de données Cochrane) dans le cadre d'une méta-analyse. Ils ont constaté que le recours à la ventouse obstétricale (à titre d'instrument d'accouchement) avait plus tendance à échouer que le recours au forceps. Toutefois, ils ont également constaté une tendance selon laquelle la probabilité que les femmes nécessitent une césarienne (après avoir été réparties, au hasard, dans les groupes d'accouchement par ventouse obstétricale) était moindre<sup>3</sup>. Le risque de lésions maternelles était supérieur dans les groupes d'accouchement par forceps<sup>3</sup>. Les femmes ayant subi un accouchement par ventouse obstétricale présentaient des lacérations moins graves, ainsi que des douleurs périnéales moindres 24 heures après l'accouchement, que les femmes ayant subi un accouchement par forceps<sup>3</sup>. D'autres études n'ont constaté, entre l'accouchement vaginal opératoire par ventouse obstétricale et l'accouchement vaginal opératoire par forceps, aucune différence en matière d'incontinence urinaire ou de

Tableau 4 Accouchement instrumental

Préalables	Contre-indications
<ul style="list-style-type: none"><li>• Présentation du sommet</li><li>• Col pleinement dilaté et membranes rompues</li><li>• Tête entièrement engagée</li><li>• La position exacte de la tête peut être déterminée, de façon à ce que l'instrument puisse être positionné adéquatement</li><li>• Le bassin est considéré adéquat</li><li>• Le consentement éclairé de la patiente doit être obtenu</li><li>• Une analgésie appropriée est mise en œuvre</li><li>• La vessie de la mère a été vidée</li><li>• Des installations et du personnel de soutien adéquat sont disponibles</li><li>• L'opérateur doit disposer des connaissances, de l'expérience et des aptitudes nécessaires à l'utilisation des instruments en question et à la prise en charge des complications possibles</li><li>• Plan de secours</li></ul>	<p>Relatives</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Attitude non favorable de la tête fœtale</li><li>• Rotation &gt;45° à partir de l'occiput antérieur ou de l'occiput postérieur (ventouse obstétricale)</li><li>• Station mi-pelvienne</li><li>• Prématurité fœtale. Une étude rétrospective de faible envergure s'est intéressée aux issues des accouchements de nouveau-nés dont le poids se situait entre 1 500 g et 2 500 g. La comparaison entre des femmes ayant subi un accouchement par ventouse obstétricale et des témoins ayant accouché spontanément n'a révélé aucune différence en matière d'indice d'Apgar, de pH ombilical ou d'hémorragie intraventriculaire<sup>17</sup>.</li></ul> <p>Absolues</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Présentation par le front ou n'étant pas du sommet</li><li>• Tête non engagée</li><li>• Dilatation incomplète du col</li><li>• Signes cliniques de disproportion fœto-pelvienne</li><li>• Coagulopathie fœtale</li></ul>

dysfonctionnement du sphincter anal après cinq ans<sup>3,5</sup>.

Les taux de complication affectant le nouveau-né, constatés dans les groupes d'accouchement par forceps et d'accouchement par ventouse obstétricale, étaient semblables<sup>3</sup>. Les céphalématomes et les hémorragies rétinienne sont plus courantes dans le cas des accouchements par ventouse obstétricale<sup>3</sup>, tandis que les lésions oculaires externes et les paralysies du nerf facial sont plus courantes dans le cas des accouchements par forceps<sup>3</sup>. Bien que rares tant dans le cas des accouchements par ventouse obstétricale que dans celui des accouchements par forceps, les complications graves peuvent mener au décès du nouveau-né<sup>1,7,21,22</sup>. Une importante étude rétrospective portant sur des femmes primigestes de Californie<sup>7</sup> a signalé que les nouveau-nés ne couraient pas plus de risques de décès avant leur sortie de l'hôpital, et ce, qu'ils aient été issus d'un accouchement assisté par instrument (ventouse obstétricale ou forceps) ou d'un accouchement vaginal spontané; toutefois, ils couraient moins de risques de décès s'ils étaient issus d'un accouchement vaginal plutôt que d'une césarienne. Un nouveau-né issu de deux interventions opératoires (c.-à-d. une césarienne suivant une tentative échouée d'accouchement par ventouse obstétricale ou forceps) court plus de risques de présenter une lésion grave qu'un nouveau-né issu de l'une de ces interventions effectuées seules<sup>7</sup>. En effet, il existe une corrélation positive entre le nombre d'interventions opératoires menées au cours du deuxième stade du travail et les probabilités de décès ou de lésion intracrânienne<sup>7</sup>. D'autres recherches ont obtenu des résultats semblables<sup>17,23,24</sup>.

Les lésions fœtales ont été attribuées au délai entre l'échec de l'accouchement vaginal opératoire et le recours à une césarienne<sup>22</sup>. La plupart des accouchements opératoires, y compris l'application d'une ventouse obstétricale, devraient être considérés comme des essais. Sauf si le praticien est assuré de la réussite de l'accouchement vaginal opératoire, la possibilité que celui-ci échoue doit être anticipée. Ainsi, un plan de rechange qui entraînera un accouchement sûr et expéditif doit être disponible et mis en œuvre sans délai lorsque l'accouchement opératoire prévu échoue.

Une documentation claire s'avère importante tout au long du travail et de l'accouchement. Le Tableau 6 dresse la liste des éléments qui doivent apparaître dans la documentation d'un accouchement instrumental.

## VENTOUSE OBSTÉTRICALE

Bien que le taux d'accouchement vaginal opératoire soit demeuré stable au cours de la dernière décennie (1991–2001), le taux d'utilisation de la ventouse obstétricale est passé de 6,8 % à 10,6 %<sup>25</sup>. Lorsqu'elle est utilisée de façon appropriée, la technique de la ventouse obstétricale (Tableau 7) peut faciliter un accouchement vaginal à partir d'une station au niveau de la vulve ou à l'extrême limite du détroit inférieur, grâce à une application de brève durée et à l'emploi de forces de traction minimales<sup>25</sup>.

Les ventouses peuvent être de métal ou de plastique, rigide ou souple. Des études randomisées<sup>4</sup> indiquent que les ventouses rigides engendrent un plus grand nombre d'accouchements vaginaux que les ventouses souples; toutefois, elles ont plus tendance que ces dernières à entraîner des traumatismes du cuir chevelu. Avant que l'on puisse recommander l'utilisation de la ventouse obstétricale à titre d'instrument de rotation, des données sur son innocuité à cette fin doivent être obtenues. La rotation peut se produire au cours de la descente du sommet; toutefois, lorsqu'une torsion est activement appliquée en vue d'effectuer la rotation du fœtus, elle peut entraîner des lésions graves au cuir chevelu<sup>22</sup>.

De nombreuses études ont indiqué que les lésions maternelles étaient moins fréquentes et moins importantes lorsque l'on avait recours à la ventouse obstétricale plutôt qu'aux forceps<sup>3,6,19,20</sup>. Parmi les complications maternelles de l'accouchement par ventouse obstétricale, on trouve les lacérations

**Tableau 6 Éléments requis pour la documentation d'un accouchement instrumental**

- Indication de l'intervention
- Document attestant de la tenue d'une discussion avec la parturiente au sujet des risques, des avantages et des options
- Position et station de la tête fœtale, ainsi que la façon dont celles-ci ont été évaluées (c.-à-d. vaginalement et/ou abdominalement)
- Degré de modelage et de caput présent
- Évaluation du bassin maternel
- Évaluation de la fréquence cardiaque fœtale et des contractions
- Nombre de tentatives et facilité d'application de la ventouse obstétricale ou des forceps
- Durée de la traction et force utilisée
- Description des lésions maternelles et néonatales

**Tableau 5 Critères des types d'accouchement assisté par instrument<sup>18</sup>**

Vulve	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le cuir chevelu est visible, sans séparation des lèvres</li><li>• Le crâne fœtal a atteint le plancher pelvien</li><li>• La suture sagittale est dans le diamètre antéro-postérieur ou dans la position occipito-antérieure ou occipito-postérieure droite/gauche (la rotation n'excède pas 45°)</li><li>• La tête fœtale a atteint ou presque atteint le périnée</li></ul>
Détroit inférieur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le sommet du crâne est à la station +2 cm ou plus et non pas sur le plancher pelvien</li></ul> Deux subdivisions : (a) rotation de 45° ou moins, (b) rotation de plus de 45°
Détroit moyen	<ul style="list-style-type: none"><li>• La tête fœtale est engagée</li><li>• Le sommet du crâne est au-delà de la station +2 cm</li></ul>

cervicales, les lacérations vaginales graves, les hématomes vaginaux et les déchirures du troisième et du quatrième degré<sup>3,9</sup>. Un taux de lacérations maternelles du troisième et du quatrième degré de 17 % a été signalé en relation avec le recours à la ventouse obstétricale au Québec, de 1991-1992 à 1995-1996<sup>20</sup>. Ce taux est considérablement plus élevé que celui qui est associé à l'accouchement non assisté (rapport de cotes [RC], 3,9; intervalle de confiance [IC], 3,8–4,1), tout en étant plus faible que celui qui est associé à l'accouchement par forceps (RC, 0,5; IC, 0,5–0,5)<sup>20</sup>. Un examen de dépistage des lacérations devrait être mené à la suite de chaque accouchement par ventouse obstétricale.

Les complications fœtales et néonatales du recours à la ventouse obstétricale varient en gravité, des légères lacérations du cuir chevelu<sup>4,9</sup> à l'hémorragie sous-aponévrotique<sup>4,9,21,22</sup> ou intracrânienne et à la mort<sup>4,9,21,22</sup>. Un examen Cochrane d'essais randomisés a indiqué un rapport de cotes de 2,38 (IC, 1,6–3,37) quant à l'apparition d'un céphalématome à la suite du recours à la ventouse obstétricale, par comparaison avec l'utilisation de forceps<sup>4</sup>. Les hémorragies sous-aponévrotiques, les fractures du crâne et les hémorragies intracrâniennes n'ont pas été analysées dans le cadre de ces études<sup>4</sup>. Une étude de cohorte historique<sup>20</sup>, couvrant la période allant de 1991-1992 à 1995-1996, a indiqué que l'incidence du céphalématome en relation avec l'accouchement par ventouse obstétricale était de 12,8 %. Quant à elle, l'incidence de l'hémorragie intracrânienne était de 0,1 %, ce qui s'avère plus élevé que celle qui est associée aux accouchements spontanés; toutefois, elle n'est pas plus élevée que celle qui est associée à l'accouchement par forceps. Le taux d'hémorragie sous-aponévrotique n'a pas été consigné<sup>20</sup>. Le

*American College of Obstetricians and Gynecologists* estime que l'incidence du décès ou des lésions graves néonatales associée à l'accouchement par ventouse obstétricale est de 1 sur 45 455 accouchements de cette nature<sup>1</sup>.

Au cours de leur carrière, les membres du comité Pratique clinique-obstétrique ont constaté que des accouchements par ventouse obstétricale étaient parfois effectués lorsque le col n'était pas entièrement dilaté et que la tête n'était pas engagée. Cette pratique ne peut être envisagée que lorsque les avantages potentiels l'emportent largement sur les risques et en l'absence de toute autre solution de rechange viable.

### FORCEPS

Au Canada, l'utilisation de forceps a connu une baisse au cours de la dernière décennie; elle est en effet passée de 11,2 % en 1991 à 6,8 % en 2001<sup>25</sup>. Les techniques d'application des forceps varient selon le type de forceps utilisés. À ce sujet, des descriptions détaillées peuvent être consultées dans des manuels d'obstétrique<sup>9</sup> et dans les documents du cours GESTA (Gestion du travail et de l'accouchement)<sup>27</sup>. La mise en pratique de la manipulation des forceps peut se faire sur des modèles inanimés; de plus, les médecins doivent obtenir une certaine expérience clinique, sous la supervision d'un opérateur expérimenté, avant de pouvoir procéder à l'utilisation de forceps de façon indépendante. Le Tableau 8 décrit les principes et les procédés importants quant à l'application des forceps, de même que les complications possibles de cette dernière.

L'utilisation de forceps peut entraîner des complications maternelles et fœtales. Une étude rétrospective<sup>20</sup> menée au Québec a signalé que des lacérations périnéales du troisième ou

**Tableau 7 Accouchement assisté par ventouse obstétricale**

Processus d'application	Complications potentielles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant l'application, vérifiez le bon fonctionnement de la ventouse obstétricale et assurez-vous que le manomètre ne permet pas d'atteindre une pression &gt;500-600 mm Hg. Une pression supérieure à cette limite n'entraîne aucune amélioration des issues et peut engendrer une hausse du risque de complications<sup>24,26</sup>.</li> <li>• Sans activer la pompe, apposez le centre de la ventouse sur l'occiput, en position antérieure (2 cm) par rapport à la fontanelle postérieure. La suture sagittale doit être centrée sous la ventouse. Celle-ci doit être vérifiée afin de s'assurer qu'elle ne coince aucun tissu maternel.</li> <li>• Appliquez une succion au cuir chevelu. Assurez-vous qu'aucun tissu maternel n'est coincé entre la ventouse et la tête fœtale.</li> <li>• La traction est appliquée au moment d'une contraction et l'axe de traction suit la courbure pelvienne.</li> <li>• Il n'existe pas de paramètres sûrs bien établis quant au nombre maximal de tractions et à la durée maximale d'utilisation de la ventouse obstétricale. La plupart (76 %–96 %) des accouchements sont accomplis en quatre contractions<sup>16</sup>. Lorsque l'accouchement ne s'est pas produit après quatre contractions, la méthode d'accouchement prévue doit faire l'objet d'une réévaluation.</li> <li>• La descente doit être évaluée à la suite de chaque contraction. Une descente inadéquate en présence d'une technique appropriée constitue une preuve de disproportion fœto-pelvienne.</li> <li>• Les décollements de la ventouse doivent être évités. Ils engendrent de brusques forces de compression / décompression. Aucune étude ne s'est penchée sur les lésions associées aux décollements répétés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lacérations maternelles</li> <li>• Lacérations et contusion du cuir chevelu fœtal</li> <li>• Paralysie du nerf facial</li> <li>• Céphalématome</li> <li>• Hémorragie sous-aponévrotique</li> <li>• Fractures du crâne</li> <li>• Hémorragie intracrânienne</li> <li>• Hémorragie rétinienne</li> <li>• hyperbilirubinémie</li> </ul>

du quatrième degré survenaient à un taux de 31 % dans le cas de l'accouchement par forceps<sup>20</sup>. Ce taux est semblable à ce qui a été établi dans le cadre d'autres recherches<sup>28</sup>. Chez le nouveau-né, les lacérations faciales survenaient à un taux de 1 %<sup>6,19</sup>. Dans le cadre de l'étude québécoise<sup>20</sup>, des séquelles neurologiques prenant la forme d'une paralysie du nerf facial se produisaient à un taux de 0,5 %, soit cinq fois plus souvent que dans le cas de l'accouchement par ventouse obstétricale (risque relatif [RR], 5; IC, 2,5–5). L'incidence du céphalématome était de 1 %, tandis que celle de l'hémorragie intracrânienne était de 0,1 %<sup>20</sup>. Il a été établi que l'utilisation de housses de protection se glissant sur les forceps entraînait une baisse du nombre de lacérations de la peau superficielle<sup>29</sup>.

### **CÉSARIENNE**

On constate récemment une tendance au recours à la césarienne au cours du deuxième stade, sans que l'accouchement vaginal opératoire n'ait été dûment envisagé. Néanmoins, lorsque ce dernier échoue, qu'on l'estime dangereux ou qu'il s'avère inacceptable pour la patiente, la césarienne constitue bel et bien le choix approprié. Les césariennes comptent également un risque de complications graves. Les nouveau-nés issus d'une césarienne présentent une tendance accrue à connaître des difficultés respiratoires, y compris des troubles nécessitant une ventilation<sup>30</sup>. La césarienne accroît le risque de rupture utérine au cours des grossesses subséquentes<sup>31</sup>, ce qui peut mener au décès du fœtus ou à de graves lésions hypoxiques fœtales<sup>22,31</sup>. Elle entraîne également une hausse des risques de placenta praevia<sup>32</sup>, de décollement placentaire<sup>32</sup> et de maladie placentaire invasive<sup>32</sup>.

Parmi les risques pour la mère attribuables à la césarienne, on trouve la hausse de la mortalité maternelle. Chez les femmes qui accouchent par césarienne, le taux de mortalité maternelle est quatre fois plus élevé que celui des femmes qui accouchent vaginalement<sup>33</sup>. De plus, elles courent un risque anesthésique accru (particulièrement en raison de l'aspiration<sup>31</sup>), ainsi que des risques de perte sanguine accrue<sup>32</sup>, d'infection<sup>32</sup>, de

thrombo-embolie veineuse<sup>32</sup> et de lésion chirurgicale à la vessie et aux intestins<sup>32</sup>.

L'utilisation d'une ventouse obstétricale ou de forceps peut s'avérer nécessaire au moment d'une césarienne.

### **RECOMMANDATIONS**

4. **Lorsqu'une intervention opératoire au cours du deuxième stade du travail s'avère nécessaire, les options, les risques et les avantages propres à la ventouse obstétricale, aux forceps et à la césarienne doivent être pris en considération. Le choix de l'intervention doit être individualisé, puisque aucune de ces méthodes ne se démarquent clairement des autres en matière d'innocuité ou d'efficacité. (II-B)**
5. **L'échec de la méthode choisie (qu'il s'agisse de la ventouse obstétricale et/ou de forceps), en ce qui a trait à l'accouchement du fœtus dans un délai raisonnable, doit être considéré comme une indication pour l'abandon de la méthode en question. (III-C)**
6. **Une expérience clinique adéquate et la formation appropriée de l'opérateur sont essentielles à l'exécution en toute sûreté d'un accouchement opératoire. Les comités d'agrément hospitaliers ne devraient permettre l'exécution de ces techniques qu'aux personnes ayant bénéficié d'une formation appropriée et ayant fait preuve d'aptitudes adéquates. (III-C)**

### **RÉSUMÉ**

Lorsque des problèmes survenant au cours du deuxième stade du travail sont susceptibles d'affecter le bien-être maternel ou fœtal, il faudrait d'abord envisager le recours à une intervention non opératoire. Lorsque les interventions non opératoires ont été maximisées, il faut alors prendre en considération les options et les risques de l'accouchement vaginal opératoire, par comparaison avec ceux de la césarienne. La décision à savoir si un accouchement vaginal opératoire est approprié pour les

**Tableau 8 Accouchement assisté par forceps**

<b>Principes et procédé d'application</b>	<b>Complications potentielles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiarisez-vous avec l'instrument utilisé.</li> <li>• Au moment d'appliquer les forceps, n'utilisez qu'une pression équivalant à la force des doigts.</li> <li>• La rotation sur un plan ne peut être effectuée qu'avec des forceps sans courbure pelvienne.</li> <li>• Au moment de vérifier l'application :               <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) la fontanelle postérieure doit être située à mi-chemin entre les côtés des cuillers, les sutures lambdoïdes étant à distance égale des cuillers des forceps et à une largeur de doigt au-dessus du plan des branches;</li> <li>(b) la suture sagittale doit être perpendiculaire au plan des branches sur toute sa longueur;</li> <li>(c) La fenestration des lames doit être à peine ressentie et doit être égale de chaque côté (avec une cuiller pleine, on ne doit pouvoir introduire que le bout du doigt entre la cuiller et la tête du fœtus).</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lacérations maternelles</li> <li>• Traumatisme oculaire externe mineur</li> <li>• Hémorragie rétinienne</li> <li>• Fractures du crâne fœtal</li> <li>• Paralysies du nerf facial</li> <li>• Céphalématomes</li> <li>• Hémorragies sous-aponévrotiques</li> <li>• Hémorragies intracrâniennes</li> <li>• Lacérations du cuir chevelu</li> </ul>

parturientes au cours du deuxième stade du travail est complexe, car de nombreux facteurs doivent être pris en considération, dont le bien-être maternel, le bien-être fœtal, ainsi que la disponibilité des installations et du personnel requis. L'intervention la plus judicieuse doit être déterminée en fonction des caractéristiques individuelles de la patiente en question, dans le cadre des circonstances uniques au sein desquelles celle-ci se trouve.

## RÉFÉRENCES

- American College of Obstetricians and Gynecologists. *Delivery by vacuum extraction*, ACOG Committee Opinion No. 208. Washington (DC), ACOG, septembre 1998.
- Chalmers JA, Chalmers I. « The obstetric vacuum extractor is the instrument of first choice for operative vaginal delivery », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 96, n° 5, 1989, p. 505–6.
- Johanson RB, Menon V. « Vacuum extraction vs. forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review) », dans : *The Cochrane Library*, n° 1, 2003. Oxford : Update Software.
- Johanson R, Menon V. « Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery », dans : *The Cochrane Library*, n° 3, 2000. Oxford : Update Software.
- Johanson RB, Heycock E, Carter J, Sultan AH, Walklate K, Jones PW. « Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five-year follow up of a randomized controlled study comparing forceps and ventouse », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 106, n° 6, 1999, p. 544–9.
- Johanson RB, Rice C, Doyle M, Arthur J, Anyanwu L, Ibrahim A et coll. « A randomised prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 100, 1993, p. 524–30.
- Towner, Castro M, Eby-Wilkens F, Gilbert W. « Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury », *N Engl J Med*, vol. 341, n° 2, 1999, p. 1709–14.
- Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa, Groupe Communication Canada, 1994, p. xxxvii.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*, New York, McGraw-Hill, 2001.
- Saunders NJ, Spiby H, Gilbert L, Fraser RB, Hall JM, Mutton PM et coll. « Oxytocin infusion during second stage of labour in primiparous women using epidural analgesia: a randomized double-blind placebo-controlled trial », *BMJ*, vol. 299, n° 6713, 1989, p. 1423–6.
- Hodnett FD. « Caregiver support for women during childbirth », dans : *The Cochrane Library*, n° 1, 2003. Oxford : Update Software.
- World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Program. « World Health Organization partograph in the management of labour », *Lancet*, vol. 343, 1994, p. 1399–401.
- Fraser W, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvan M. « Multi-center randomized controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 182, 2000, p. 1165–72.
- Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. « Routine episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 26, n° 2, 1999, p. 305–25.
- Steed H, Corbett T, Mayes D. « The value of routine episiotomy in forceps deliveries », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 22, n° 8, 2000, p. 583–6.
- Williams, MC. « Vacuum-assisted delivery », *Clin Perinatol*, vol. 22, n° 4, 1995, p. 933–52.
- Morales R, Adair CD, Sanchez-Ramos L, Gaudier FL. « Vacuum extraction of preterm infants with birth weights of 1500–2499 grams », *J Reprod Med*, vol. 40, n° 2, 1995, p. 127–30.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. *Operative vaginal delivery*, ACOG Practice Bulletin No. 17, Washington (DC), ACOG, juin 2000.
- Meyer L, Mailloux J, Maroux S, Blanchet P, Meyer F. « Maternal and neonatal morbidity in instrumental deliveries with the Kobayashi vacuum extractor and low forceps », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 6, 1987, p. 643–7.
- Wen S, Liu S, Kramer M, Maroux S, Ohlsson, Sauve R et coll. « Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries », *Am J Epidemiol*, vol. 153, n° 2, 2001, p. 103–7.
- Obstetrical Care Review Committee. *Sixth annual report of the Obstetrical Care Review Committee for the Office of the Chief Coroner for Ontario*, janvier–décembre 1999.
- Obstetrical Care Review Committee. *Eighth annual report of the Obstetrical Care Review Committee for the Office of the Chief Coroner for Ontario*, janvier–décembre 2001.
- Gardella C, Taylor M, Benedetti T, Hitti J, Critchlow C. « The effect of sequential use of vacuum and forceps for assisted vaginal delivery on neonatal and maternal outcomes », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 185, 2001, p. 896–902.
- Sadan O, Ginath S, Gomel A, Abramov D, Rotmensch S, Boaz M et coll. « What to do after a failed attempt of vacuum delivery? », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 107, n° 2, 2003, p. 151–5.
- Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*, Ottawa (Ont.), ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003.
- Lucas MJ. « The role of vacuum extraction in modern obstetrics », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 37, 1994, p. 794–805.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Renseignements sur le cours GESTA (Gestion du travail et de l'accouchement). Disponible en ligne au <[http://www.sogc.org/alarm/info\\_f.shtml](http://www.sogc.org/alarm/info_f.shtml)>.
- Johnson JH, Figueroa R, Garry D, Elimian A, Maulik D. « Immediate maternal and neonatal effects of forceps- and vacuum-assisted deliveries », *Obstet Gynecol*, vol. 103, n° 3, 2004, p. 513–8.
- Johanson R. « Obstetrical forceps pad designed to reduce trauma. Review No. 07086 », dans : *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*, 1995. Oxford : Update Software.
- Hook B, Kiwi R, Amim SB. « Neonatal morbidity after elective repeat Cesarean section and trial of labor », *Pediatrics*, vol. 100, 1997, p. 348–55.
- Martel MJ, MacKinnon CJ. « Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 26, 2004.
- Jackson N, Paterson-Brown S. « Physical sequelae of Caesarean section », *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, vol. 15, n° 1, 2001, p. 49–61.
- Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, Bingham P. « The relative risks of Caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 97, n° 10, 1990, p. 883–92.