

COMPLICATIONS MATERNO-FŒTALES DES EXTRACTIONS INSTRUMENTALES PAR FORCEPS ET VENTOUSE OBSTÉTRICALE
(*MATERNAL AND FETAL COMPLICATIONS OF INSTRUMENTAL EXTRACTIONS BY FORCEPS AND VACUUM EXTRACTOR*)RANDRIAMBOLOLONA DMA¹, RANDRIAMAHAVONJY R², RAMAHOLIARISOA SC³,
RANDRIAMBELOMANANA JA⁴, ANDRIANAMPANALINARIVO RH⁴¹ : Gynécologue Obstétricien des Hôpitaux, Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Madagascar² : Gynécologue Obstétricien des Hôpitaux, Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Soavinandriana Antananarivo, Madagascar³ : Médecin-assistant, Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Madagascar⁴ : Gynécologue Obstétricien des Hôpitaux, Professeur des Universités, Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar**RESUME****Introduction** : L'extraction instrumentale destinée à aider l'accouchement est parfois source d'une surmorbidity maternelle et fœtale. Notre objectif est d'identifier les complications materno-fœtales spécifiques du forceps et de la ventouse**Matériel et Méthodes** : Nous avons réalisé une étude rétrospective comparative des femmes accouchées par forceps et par ventouse à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (HUGOB) du 01^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012.**Résultats** : Nous avons colligé 220 cas représentant 2,46% des accouchements, dont 114 (51,82%) par ventouse et 106 (48,18%) par forceps. L'extraction par forceps exposait les parturientes à plus de risque d'épisiotomie par rapport à la ventouse (p=0,008). Les taux de déchirure cervicale, vaginale, périnéale et d'hémorragie du post-partum n'étaient pas significativement différents pour les deux instruments. Chez les nouveau-nés, la bosse séro-sanguine était significativement associée à la ventouse (p=0,000002) tandis que les marques et excoirations cutanées au niveau de la face étaient plus fréquentes avec le forceps (p=0,0001). Les autres complications néonatales n'étaient pas significativement différentes pour les deux instruments. Le taux de mortalité néonatale était de 6,60% pour le forceps et de 4,38% pour la ventouse.**Conclusion** : L'extraction instrumentale par forceps présente un risque de complication maternelle plus élevé par rapport à la ventouse mais les deux instruments ont chacun leurs complications néonatales spécifiques sans différence significative en terme de mortalité néonatale.**Mots clés** : Complications fœtales, Complications maternelles, Forceps, Ventouse**SUMMARY****Introduction**: Vaginal operative delivery used to assist the delivery is sometimes a source of maternal and fetal morbidity. Our objective is to identify maternal and fetal specific complications caused by forceps and vacuum extractor.**Material and Methods**: We performed a retrospective and comparative study of women delivered by forceps and vacuum at HUGOB, from January 01st 2011 to 31 December 2012.**Results**: We collected 220 cases realizing 2.46% of deliveries, of which 114 (51.82%) were extracted by vacuum and 106 (48.18%) by forceps. The use of forceps exposed the patients to a greater risk of episiotomy compared with the vacuum (p=0.008). The rate of cervical, vaginal, perineal lacerations and deliveries hemorrhage were not significantly different for the two instruments. In newborns, scalp laceration was significantly associated with the vacuum extractor (p=0.000002), while marks and skin abrasions on the face were more common with forceps (p = 0.0001). Other neonatal complications were not significantly different for the two instruments. The neonatal mortality rate was 6.60 % for the forceps and 4.38% for the vacuum.**Conclusion**: Vaginal deliveries by forceps have a higher risk of maternal complications compared to the vacuum; but both of the two instruments have their specific neonatal complications with no significant difference in neonatal mortality rate.**Keywords**: Forceps, Maternal complications, Neonatal complications, Vacuum extractor**INTRODUCTION**

L'extraction instrumentale permet d'assister et de réaliser la naissance du nouveau-né à travers les voies génitales maternelles par l'intermédiaire d'un matériel spécifique : ventouse, forceps ou spatules. Le pourcentage d'utilisation varie de 2 à 10% des femmes enceintes accouchées par voie basse. Pour l'AUDIPOG, réseau sentinelle des maternités françaises, en 2000, 14,1% des naissances ont nécessité le recours à des extractions instrumentales [1]. Ces instruments peuvent exposer à une surmorbidity maternelle et fœtale. A l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (HUGOB), le forceps et la ventouse sont les instruments d'extraction fœtale les plus utilisés. Ne disposant pas de données récentes concernant l'état des lieux de l'utilisation de ces deux instruments dans un centre hospitalier universitaire de la capitale, nous avons décidé de réaliser cette étude. Notre objectif général est d'identifier les complications materno-fœtales spécifiques du forceps et de la ventouse et nos objectifs spécifiques de décrire le profil épidémiologique-clinique des parturientes et de comparer les complications materno-fœtales après extraction par forceps et par ventouse.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et comparative, concernant les parturientes accouchées à l'HUGOB Antananarivo qui est un centre de référence de niveau III de la capitale et de ses environs en matière de Gynécologie et d'Obstétrique. Elle s'est déroulée du 01^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012. Nous avons inclus toutes les femmes ayant accouché par voie basse dont l'expulsion a nécessité l'aide d'un forceps ou d'une ventouse, le terme de la grossesse est supérieur ou égal à 34 SA, le fœtus est unique, en présentation céphalique et vivant au moment de l'extraction. Le forceps utilisé durant cette période a été le forceps d'Elliot qui est un forceps à branches croisées. Nous avons exclu les cas d'extraction instrumentale au bloc opératoire ou au service des Urgences et les cas où le dossier était incomplet. Les patientes ont été recrutées après consultation des cahiers de protocole d'accouchement puis des dossiers des femmes dans les services de suite de couches et dans le service de réanimation néonatale pour les nouveau-nés. Les variables maternelles étudiées étaient l'âge, la parité, l'âge gestationnel, le suivi de la grossesse, les pathologies au cours de la grossesse, les indications des extractions instrumentales, le nombre d'échec(s) ou le nombre de fois où les deux instruments ont été utilisés, les complications immédiates. Chez le fœtus, nous avons étudié le score d'Apgar à 5 minutes de naissance, le poids de naissance, la couleur du liquide amniotique,

Correspondance:

Domoina Malala Aurélia RANDRIAMBOLOLONA, Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, 101 Antananarivo

E-mail: domoinaran@yahoo.fr,

les complications néonatales telles que bosse séro-sanguine, ictère, marques et excoriations cutanées de la face, encéphalopathie anoxique, fracture du crâne, infection néonatale, mort néonatale, l'admission et la durée de séjour en service de réanimation néonatale. Dans notre contexte, le diagnostic d'encéphalopathie anoxique est posé si le fœtus est hypotonique, comateux et qu'après réanimation, il présente une crise convulsive. On considère qu'il y a eu asphyxie périnatale lorsque le score d'Apgar est inférieur à 7 à cinq minutes de naissance. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi info version 2007/06 avec calcul de la probabilité d'erreur p, une valeur de $p < 0,05$ étant significative. Etant une étude rétrospective, les limites de l'étude sont en rapport avec la pertinence des données recueillies, mais également la méconnaissance des complications à moyen et long terme surtout pour le fœtus.

RÉSULTATS

Sur un total de 11175 accouchements, 8944 ont accouché par voie basse (80,03%) parmi lesquels 220 patientes remplissant les critères d'inclusion avaient bénéficié d'extraction instrumentale, représentant 2,46% des accouchements. La ventouse obstétricale a été utilisée dans 51,82% des cas (114 cas) soit 1,27% des accouchements par voie basse et le forceps dans 48,18% (106 cas), soit 1,18% des accouchements. Six cas d'extraction par ventouse et forceps ont été exclus pour dossiers incomplets. La moyenne d'âge était de 23,85 plus ou moins 5,93 ans pour le forceps et 24,99 plus ou moins 5,83 ans pour la ventouse. Les âges extrêmes étaient de 15 et 43 ans pour le forceps et 16 et 42 ans pour la ventouse. Quarante huit (88) parturientes (83,02%) dans le groupe forceps et 79 (69,3%) dans le groupe ventouse étaient des primipares ; les paucipares étaient au nombre de 8 (7,55%) pour le forceps versus 19 (16,67%) pour la ventouse et les multipares au nombre de 10 (9,43%) pour le forceps versus 16 (14,03%) pour la ventouse. Tout au long de la grossesse, 72,80% des parturientes pour la ventouse (n=83) et 72,64% pour le forceps (n=77) ont effectué au moins quatre consultations prénatales tandis que 5,26% pour la ventouse et 5,66% pour le forceps n'ont réalisé aucune consultation. Une hypertension artérielle était survenue au cours de la grossesse, chez quatre parturientes (3,51 %) dans le groupe ventouse et une pneumopathie chez une patiente (0,45%) dans le groupe forceps. Les principales indications de l'extraction instrumentale étaient un complément de dégagement pour un effort de poussée dépassant 30 minutes : 81 cas (76,42%) pour le forceps versus 107 cas (93,86%) pour la ventouse, une poussée insuffisante chez 21 parturientes (19,81%) pour le forceps versus six parturientes (5,26%) pour la ventouse, un épuisement maternel chez trois patientes (2,83%) pour le forceps, une prééclampsie pour une patiente (0,88%) avec extraction par ventouse et enfin une anomalie du rythme cardiaque fœtal pour un cas de forceps (0,95%). Le tableau I résume le profil épidémiologique des parturientes. Sur 220 cas d'extraction instrumentale, 10 cas se sont terminés par un échec dont sept cas de ventouse (6,14%) et trois cas de forceps (2,83%). Chez une patiente pour laquelle une extraction par ventouse a échoué, il a été réalisé une application de forceps qui s'est terminée par un accouchement par voie basse. Les six autres cas d'échec de ventouse ont nécessité une opération césarienne. Pour les trois cas d'échec de forceps, des opérations césariennes en urgence ont été réalisées. Concernant les complications maternelles, une épisiotomie a été réalisée chez 84 parturientes (79,25%) pour le forceps versus 73 (64,04%) pour la ventouse, la différence étant significative avec $p = 0,008$. Les autres complica-

tions n'étaient pas significativement différentes : déchirure périnéale huit cas (7,55%) pour le forceps versus 11 cas (9,64%) pour la ventouse, hémorragie du post-partum cinq cas pour le forceps, par déchirure cervicale et/ou des parties molles et par atonie utérine, et deux cas pour la ventouse (1,75%), délabrement vaginal deux cas pour le forceps (1,89%) et aucun pour la ventouse. Chez les nouveau-nés, le taux d'asphyxie périnatale (score d'Apgar < 7 à la 5^{ème} minute) était de 18,87% (n=20) pour le forceps et de 18,42% (n=21) pour la ventouse. Le poids de naissance des nouveau-nés se situait entre 3000g et 4000g dans 58,49% (n=62) pour le forceps et 51,75% (n=59) pour la ventouse. Dix nouveau-nés (9,43%) pesaient moins de 2500g dans le groupe forceps et neuf (7,89%) dans le groupe ventouse et de l'autre côté, trois nouveau-nés (2,83%) pesaient plus de 4000g pour le forceps, aucun cas pour la ventouse. Le liquide amniotique était clair chez 62 nouveau-nés (58,49%) extraits par le forceps et 64 (56,14%) pour la ventouse ; méconial translucide ou épais chez 44 nouveau-nés (41,50%) pour le forceps et 50 (43,85%) pour la ventouse. Les complications néonatales étaient représentées par la bosse séro-sanguine, significativement plus fréquente dans le groupe ventouse avec 46 cas (40,35%) versus 13 cas (12,27%) dans le groupe forceps, $p = 0,0000002$. Dans 8,49% des cas (n=9), on avait retrouvé des marques et excoriations cutanées au niveau de la face dans le groupe forceps et aucun nouveau-né n'en présentait dans le groupe ventouse. Un nouveau-né extrait par forceps (0,95%) présentait à la naissance une fracture du crâne alors que deux nouveau-nés extraits par ventouse (0,26%) présentaient une encéphalopathie anoxique après la naissance. Treize nouveau-nés extraits par forceps (12,26%) étaient atteints d'infection néonatale versus 19 (16,67%) dans le groupe ventouse. Un ictère néonatal était retrouvé chez un nouveau-né du groupe ventouse et un autre du groupe forceps. Soixante-huit nouveau-nés (64,15%) étaient admis en Néonatalogie après extraction par forceps et 65 nouveau-nés (57,02%) après extraction par ventouse. Le taux de mortalité néonatale était de 6,60% (n=7) dans le groupe forceps et de 4,38% (n=5) dans le groupe ventouse, la différence n'étant pas significative. Le nombre de séjour maximum en réanimation néonatale était de 16 jours pour le groupe forceps et de 20 jours pour la ventouse. Vingt et un nouveau-nés pour la ventouse et 17 nouveau-nés pour le forceps étaient sortis après 24 heures d'hospitalisation en Néonatalogie pour simple surveillance. Le tableau II résume les complications materno-fœtales des extractions instrumentales.

DISCUSSION

Durant les années 2011 et 2012, 2,46% des accouchements à l'HUGOB étaient assistés d'une extraction instrumentale. Les deux instruments forceps et ventouse étaient utilisés avec la même fréquence à quelques cas près. Dans cet hôpital, le taux d'extraction instrumentale semble baisser au fil des ans car en 2004, une étude sur trois mois retrouvait un taux de 4% et en 2006, le taux était descendu à 3,6%. En France, une étude dans les Centres Hospitaliers Universitaires en 2007 a montré une grande variabilité des taux des extractions instrumentales, allant de 5,3 à 34,1%, de même une large différence du taux d'utilisation des différents instruments, de 0 à 98,3% pour la ventouse, de 0 à 83,6% pour le forceps et de 0 à 92,5% pour les spatules [2]. En 2005, le taux d'utilisation de la ventouse aux Etats-Unis était de 3,6% des naissances et celui du forceps de 0,9% [3]. Les chiffres sont en fait très variables suivant les pays et les centres en ce qui concerne le taux d'extraction instrumentale ainsi que le type d'instrument utilisé, dépendant des

Profil des patientes	Forceps		Ventouse	
	Nombre	%	Nombre	%
Age (ans):				
< 18	9	8,49	6	5,26
18 – 25	62	58,49	65	57,02
26 – 35	30	28,30	34	29,82
> 35	5	4,72	9	7,90
Parité:				
1	88	83,02	79	69,30
2 – 3	8	7,55	19	16,67
≥ 4	10	9,43	16	14,03
Age gestationnel:				
34 – 36SA*6jr**	5	4,72	4	3,51
37 – 41SA*6jr**	9	93,39	105	92,10
≥ 42SA*	2	1,89	5	4,39
Consultations prénatales:				
Non faites	6	5,66	6	5,26
1 – 3	23	21,69	25	21,92
≥ 4	77	72,64	83	72,80
Indications de l'extraction:				
Complément de dégagement	81	76,42	107	93,86
Poussée insuffisante	21	19,29	6	5,26
Epuisement maternel	3	2,83	0	0
Pré éclampsie	0	0	1	0,88
Anomalie du RCF*	1	0,95	0	0

*SA : Semaines d'aménorrhée **jr : Jours ***RCF : Rythme cardiaque fœtal

Tableau I : Profil épidémiologique-clinique des parturientes
(Table I : Epidemio-clinical profile of parturients)

Complications	Forceps		Ventouse		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Complications maternelles :					
Episiotomie	84	79,25	73	64,04	0,008
Déchirure périnéale du 1 ^{er} degré	7	6,60	10	8,77	0,23
Déchirure périnéale du 2 ^{ème} degré	1	0,95	1	0,88	0,73
Délabrement vaginal	2	1,89	0	0	0,23
Déchirure du col	1	0,95	1	0,88	0,73
Hémorragie du post partum	5	4,72	2	1,75	0,31
Complications néonatales :					
Bosse séro-sanguine	13	12,27	46	40,35	0,000002
Marques et excoriations cutanées au niveau de la face	9	8,49	0	0	0,0001
Ictère	1	0,94	1	0,88	0,73
Encéphalopathie anoxique	0	0	2	1,75	0,26
Fracture du crâne	1	0,95	0	0	0,48
Infection néonatale	13	12,26	19	16,67	0,57
Asphyxie périnatale	20	18,87	21	18,42	-
Admission en Néonatalogie	68	64,15	65	57,02	-
Mort-nés	7	6,60	5	4,38	0,65

Tableau II : Complications maternelles et néonatales des extractions instrumentales
(Table II : Maternal and neonatal complications of instrumental extractions)

habitudes et expériences de chacun ainsi que de l'école dont il est issu. L'extraction instrumentale peut être réalisée à tous les âges et principalement chez les primipares qui représentaient plus de 60% des patientes pour chacun des deux groupes lors de notre étude. Il est fréquent que les efforts expulsifs soient insuffisants chez les primipares par peur ou fatigue maternelle, notamment en absence de préparation à l'accouchement, cas le plus fréquent des parturientes malgaches. Tout au long de la grossesse, 72,80% des parturientes pour la ventouse et 72,64% des parturientes pour le forceps ont effectué au moins quatre consultations prénatales tandis que 5,26% pour la ventouse et 5,66% pour le forceps n'ont réalisé aucune consultation. La possibilité d'extraction instrumentale au moment de l'accouchement fait partie des informations délivrées aux femmes enceintes lors du suivi prénatal, ayant pour effet de diminuer le stress et la peur au moment de l'accouchement. En ce qui concerne les indications des extractions instrumentales, elles étaient essentiellement maternelles pour les deux instruments, surtout pratiquées pour un complément de dégagement tant dans le groupe ventouse (93,86%) que dans le groupe forceps (76,42%). Une seule indication fœtale pour anomalie du rythme cardiaque fœtal dans le groupe forceps a été recensée. Ceci peut s'expliquer par l'insuffisance en monitorings obstétricaux, rendant impossible l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal de façon permanente notamment à dilatation complète, ce qui réduit les indications fœtales d'une extraction instrumentale. Dans l'étude de De Troyer, les indications de l'extraction instrumentale étaient une anomalie du rythme cardiaque fœtal (55% des cas), des efforts expulsifs inefficaces (42%), une contre indication aux efforts expulsifs (2,5%) et une rétention de tête dernière sur un deuxième jumeau (1 cas) [4]. Concernant les résultats de ces extractions, il semblerait qu'il existe plus d'échec d'extraction avec la ventouse qu'avec le forceps. Ceci a été confirmé par une étude prospective randomisée récente retrouvant 6,7% d'échec pour le forceps contre 13,7% pour la ventouse [5]. L'application d'un second instrument après échec d'un premier est une attitude encore débattue. Les recommandations récentes du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) indiquent que l'échec d'une application de forceps relève de la césarienne alors qu'il n'y a pas d'arguments dans la littérature pour recommander un forceps ou une césarienne après échec de ventouse [6]. En ce qui concerne les complications maternelles, Lurie et al en 2005 n'ont pas trouvé de différence en termes de morbidité maternelle dans les deux groupes (215 ventouses, 106 forceps) [7]. Dans notre étude, les complications maternelles étaient assez nombreuses. L'épisiotomie était pratiquée dans 64,04% pour la ventouse contre 79,25% pour le forceps avec une différence significative, $p=0,008$. Ce résultat se rapproche de celui de Werkoff et al qui ont trouvé un taux d'épisiotomie significativement plus faible dans le groupe ventouse par rapport au groupe forceps et spatules [8]. En 2006, une recommandation sur l'épisiotomie concluait que la pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifiait pas en cas d'extraction instrumentale [9]. Concernant les déchirures périnéales, dans une étude effectuée par Schaal et al, la ventouse obstétricale a provoqué moins d'atteintes périnéales du premier et deuxième degré que le forceps. Ces lésions périnéales variaient de 3 à 28% avec la ventouse et de 4 à 56% avec le forceps [10], contrairement à notre étude qui a trouvé un taux de déchirures périnéales plus élevé avec la ventouse qu'avec le forceps. Deux parturientes (1,89%) ont présenté un délabrement vaginal après une application de forceps. D'après l'étude

de Gardella et al, le risque de déchirure vaginale est majoré après une extraction instrumentale par rapport à la voie basse spontanée, par un facteur variant de 0 à 3 en cas de ventouse et de 3 en cas de forceps [11]. En dehors d'une utilisation inappropriée des instruments d'extraction, les lésions cervicales sont rares. Elles étaient rencontrées dans seulement 0,88% pour la ventouse et 0,95% pour le forceps lors de notre étude. Dans la littérature, leur pourcentage varie de 0,2 à 1,5% pour la ventouse et de 1,5 à 3,7% pour le forceps [12]. Par ailleurs, l'hémorragie du post partum était rencontrée dans 1,75% pour la ventouse et 4,72% pour le forceps. Il est connu et vérifié que le risque hémorragique est significativement augmenté après une extraction instrumentale par rapport à la voie basse spontanée. La pratique d'une épisiotomie et les lésions périnéales majorent le risque d'hémorragie du postpartum. Du côté fœtal, les complications retrouvées étaient nombreuses, dominées par les bosses séro-sanguines notées dans 40,35% des cas pour la ventouse et 12,27% pour le forceps avec une différence significative, confirmant les données de la littérature. Ces bosses séro-sanguines font partie des hématomes sous-cutanés et surviendraient dans 6 à 10% des extractions par ventouse [13]. Notre étude a également trouvé neuf cas (8,49%) de marques et excoriations cutanées au niveau de la face après extraction par forceps, aucun cas avec la ventouse, la différence étant significative. Il est reconnu que les atteintes du scalp -bosse séro-sanguine, céphalématomes, excoriations du scalp- sont plus fréquentes avec la ventouse et les atteintes de la face -lésions cutanées du visage, excoriations de la face- sont plus fréquentes avec le forceps [10]. Par ailleurs, 21 nouveau-nés (18,42%) pour la ventouse et 20 nouveau-nés (18,87%) pour le forceps présentaient une asphyxie périnatale. Gardella retrouve un taux d'asphyxie périnatale plus bas, 1,7% avec la ventouse et 1,1% avec le forceps [11]. Macalou à l'hôpital de Kayes retrouve cependant un taux élevé de 21,8% [14]. Une asphyxie périnatale peut être aussi bien une indication, se traduisant par une anomalie du rythme cardiaque fœtal, qu'une complication de l'extraction instrumentale. En outre, nous avons observé un cas d'ictère (0,88%) dans le groupe ventouse et un cas dans le groupe forceps (0,94%). L'étude de Werkoff retrouve un taux d'ictère néonatal significativement plus élevé en cas d'extraction par ventouse par rapport aux autres instruments (14,28% versus 2,2%) [8]. Des taux d'ictère identiques pour les deux instruments ont été retrouvés par Lurie et al [7]. Nous avons également noté deux cas d'encéphalopathie anoxique après une extraction par la ventouse, se traduisant par des crises convulsives, un trouble de la conscience et une hypotonie néonatale. Demissie et al dans leur étude sur 891340 naissances par ventouse ont constaté que seulement 0,065% des nouveau-nés présentaient des crises convulsives et sur 435339 naissances par forceps, 0,087% [15]. Un cas de fracture du crâne a été noté après application de forceps lors de notre étude. Les fractures du crâne sont le plus souvent observées après application de forceps [10] et elles sont assez spécifiques de l'utilisation de cet appareil. Une bonne maîtrise des techniques d'extraction minimise les complications inhérentes à ces instruments. Nous avons également recensé 15,79% d'infection néonatale dans le groupe ventouse et 21,7% dans le groupe forceps. Dans l'étude de De Troyer, parmi les huit nouveau-nés admis en Néonatalogie, deux présentaient une infection néonatale [4]. Dans notre contexte de travail, l'infection fœtale survient souvent avant la naissance et se constate en période néonatale sans qu'elle soit une complication spécifique de l'extraction instrumentale. Par ailleurs, nous avons répertorié cinq nouveau-nés (4,38%) pour

la ventouse et sept nouveau-nés (6,60%) pour le forceps qui étaient décédés en période néonatale. Ces décès étaient souvent en rapport avec une morbidité avancée préexistante chez le fœtus, que ce soit une infection ou une hypoxie, l'extraction instrumentale pouvant y ajouter ses complications propres. Dans ce contexte, l'extraction instrumentale est souvent réalisée pour hâter la sortie du fœtus d'un environnement qui ne lui est plus profitable et pour lequel une décision de césarienne serait prise trop tard car il y aurait un risque de mort périnatale imminente. Les études de registre aux Etats Unis ont constaté que la mortalité néonatale n'était pas différente avec la ventouse (0,03% à 0,04%) et le forceps (0,03% à 0,05%) [5].

CONCLUSION

Le taux d'extractions instrumentales à l'HUGOB est faible. Les complications maternelles et surtout les complications néonatales, qui sont nombreuses, reflètent les réalités de la qualité des soins fournis en pré et intrahospitalier. Beaucoup reste à faire dans l'amélioration du confort des patientes durant l'accouchement et dans l'accueil et la prise en charge du nouveau-né en cas d'accouchement dystocique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Schall JP, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M. Extractions instrumentales du fœtus. In : AUDIPOG Indicateurs de santé périnatale. Mécanique et techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps Médical, 2012 : 627-34.
- [2] Mangin M, Ramanah R, Aouar Z et al. Operative delivery data in France teaching hospitals. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2010 ; 39 : 121-32.
- [3] Berland M. Physiologie du déclenchement spontané du travail. Encycl. Med. Chir. Obstétrique 2005 ; 4 : 8-15.
- [4] De Troyer J, Bouvenot J, D'Ercole C, Boubli L. Extraction instrumentale par spatules de Thierry : à propos de 166 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 ; 34 : 795-801.
- [5] Wen SW, Liu S, Kramer MS et al. Comparaison of maternal and infant outcomes between vacuum extractor and forceps deliveries. Am J Epidemiol. 2001 ; 153 : 103-7.
- [6] Schaal JP, Equy V, Hoffman P, Vayssière C. Extractions instrumentales : Journées du CNGOF 2008. Paris : Masson ; 2008.
- [7] Lurie S, Glezerman M, Sadam O. Maternal and neonatal effects of forceps versus vacuum operative vaginal delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2005 ; 89 : 293-4.
- [8] Werkoff G, Morel O, Desfeux P et al. Ventouses Kiwi versus forceps et spatules : évaluation de la morbidité maternelle et fœtale. A propos de 169 cas. Gynécologie Obstétrique et fertilité. 2010 ; 38 : 653-9.
- [9] Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006 ; 35 : 32-9.
- [10] Schaal JP, Equy V, Hoffman P. Comparaison ventouse forceps. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008; 37: 231- 43.
- [11] Gardella C, Taylor M, Bernedetti 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. 2001 ; 185 : 896-902.
- [12] Caughey AB, Sandberg PL, Zlatnik MG, Thiet MP, Parer JT, Laros RK. Jr. Forceps compared with vacuum: rates of neonatal and maternal morbidity. Obstet Gynecol. 2005; 106: 908-12.
- [13] Baud O, Beucher G. Complications materno-fœtales des extractions instrumentales. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008 ; 37 : 244-68.
- [14] Macalou I. Accouchement par forceps à l'Hôpital Fousseyi DAO de KAYES. A propos de 101 cas. Médecine humaine : Kayes ; 2009 : 1-72. Disponible sur internet: URL: <http://www.kenya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M166.pdf> (consulté le 15 septembre 2013)
- [15] Demissie K, Rhoads GG, Smulian JC, Balasubramanian BA, Gandhi K, Joseph KS, Kramer M. Operative vaginal delivery and neonatal infant adverse outcomes: population based retrospective analysis. J Med Biol. 2004 ; 329 : 24-9.