COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique (2008)

C N G O F

—

TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2008

Recommandations pour la pratique clinique

Extractions instrumentales

Élaborées par le Collège National
des Gynécologues et Obstétriciens Français

Promoteur :
CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) - 184 rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 Paris

Comité d'organisation :
J.-F. OURY, président (gynécologue obstétricien, CHU Paris), C. VAYSSIÈRE, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU Toulouse), A. FOURNIÉ (gynécologue obstétricien, SFMP, Société française de médecine périnatale, CHU Angers), F. GALLEY-RAULIN (sage-femme, CNSF, Collège national des sages-femmes, CH Verdun)

Experts du groupe de travail :
O. BAUD (néonatologiste, CHU Paris), G. BEUCHER (gynécologue obstétricien, CHU Caen), P. DIEMUNSCH (anesthésiste réanimateur, CHU Strasbourg), O. DUPUIS (gynécologue obstétricien, CHU Lyon), O. FERAUD (gynécologue obstétricien, CHU Paris), E. MEUNIER (sage-femme, CHU Paris), O. PARANT (gynécologue obstétricien, CHU Toulouse), F. PIERRE (gynécologue obstétricien, CHU Poitiers),

D. RIETHMULLER (gynécologue obstétricien, CHU Besançon), J.-P. SCHAAL (gynécologue obstétricien, CHU Grenoble), T. SCHMITZ (gynécologue obstétricien, CHU Paris), L. SENTILHÈS (gynécologue obstétricien, CHU Angers), C. SIMON (gynécologue obstétricien, CHU Toulouse)

Lecteurs :

F. ANDRÈS (sage-femme, CHU Toulouse), A. BARBIER (gynécologue et obstétricien, CHU Nancy), J. BERTHET (gynécologue obstétricien, CHU Le Lamentin), G. BOOG (gynécologue obstétricien, CHU Nantes), B. CARBONNE (gynécologue obstétricien, CHU Paris), T. DEBILLON (pédiatre, CHU Grenoble), M. DREYFUS (gynécologue obstétricien, CHU Caen), C. EBOUÉ (gynécologue obstétricien, CHU Caen), S. FAVRIN (gynécologue obstétricien secteur privé, L'Union), P. GILLARD (gynécologue obstétricien, CHU Angers), F. GOFFINET (gynécologue obstétricien, CHU Paris), V. GRANDIN (sage-femme, CHG Lons-le-Saunier), P. HOFFMANN (gynécologue et obstétricien, CHU Grenoble), R. KUTNAHORSKY (gynécologue obstétricien, CH Colmar), V. LEJEUNE (gynécologue obstétricien, CHG Auch), C. LE RAY (gynécologue obstétricien, Montréal, Québec), G. MAGNIN (gynécologue obstétricien, CHU Poitiers), P. MAHIOU (anesthésiste secteur privé, Échirolles), R. MAILLET (gynécologue obstétricien, CHU Besançon), L. MARPEAU (gynécologue obstétricien, CHU Rouen), F. MENJOZ (sage-femme, CHG Chambéry), X. MORIN (gynécologue obstétricien secteur privé, Échirolles), F. N'GUYEN (sage-femme, CHI Poissy), R. C. RUDIGOZ (gynécologue obstétricien, CHU Lyon), C. SEGUIN (sage-femme secteur privé, Monbonnot), F. TEURNIER (sage-femme secteur privé, CNSF, Fontenay-sous-Bois), M. ZANARDI-BRAILLON (sage-femme, CHU Reims), V. ZUPAN (pédiatre, CHU Clamart)

MESURES À PRENDRE PENDANT LE TRAVAIL POUR RÉDUIRE LE NOMBRE D'EXTRACTIONS INSTRUMENTALES

Pendant la première phase du travail

L'emploi systématique du partogramme s'accompagne d'une réduction du nombre de forceps, mais non du nombre de ventouses (grade A). Le gain vient de ce que l'on intervient plus à propos pour corriger une anomalie.

La rupture artificielle précoce des membranes, associée à une perfusion d'ocytocine, ne diminue pas le nombre d'extractions instrumentales (grade A), mais elle augmente le taux d'anomalies du RCF (grade B). La correction précoce d'une stagnation de la dilatation par perfusion d'ocytocine peut réduire le nombre d'extractions instrumentales (grade B).

L'analgésie locorégionale utilisant des concentrations d'anesthésiques locaux supérieures à 0,125 augmente le nombre d'extractions instrumentales (grade A). Avec des doses très faibles, potentialisées par des morphinomimétiques, cela réduit le nombre d'extractions observées avec des doses plus importantes (grade A). La péridurale posée avant une dilatation de 3 cm n'augmente pas le taux d'extraction (grade A).

Les variétés postérieures exposent à plus d'extractions instrumentales (grade B). La rotation manuelle de ces variétés postérieures en antérieures pourrait réduire le nombre des extractions (grade C).

La déambulation pendant le travail n'est pas associée à une réduction du nombre d'extractions instrumentales (grade A).

Un soutien continu de la parturiente par la sage-femme ou un proche pendant le travail réduit le nombre d'extractions instrumentales (grade A).

Pendant la seconde phase du travail

Le partogramme favorise l'interprétation objective de la situation, et l'évaluation du risque d'application instrumentale (grade B).

La position debout, accroupie ou latérale pendant la deuxième phase du travail n'est pas associée à une réduction significative du nombre d'extractions instrumentales par rapport au décubitus dorsal (grade B).

Sous analgésie péridurale, les efforts expulsifs différés (2 heures après le diagnostic de dilatation complète pour les nullipares) diminuent le nombre d'extractions instrumentales difficiles (grade A).

L'expression utérine ne réduit pas non plus le nombre d'extractions instrumentales (grade B).

INDICATIONS ET PRÉREQUIS À LA RÉALISATION D'UNE EXTRACTION INSTRUMENTALE : QUAND, QUI, COMMENT ET OÙ ?

Conditions préalables à l'application instrumentale

Ce sont la connaissance du dossier médical et obstétrical (accord professionnel), les membranes rompues, une présentation céphalique, la dilatation complète (grade C), une présentation engagée (accord professionnel). S'il existe un doute clinique quant à la variété de présentation, une échographie est recommandée (accord professionnel).

Il faut en outre une analgésie maternelle adaptée, une asepsie rigoureuse (accord professionnel) et une vessie vidée (accord professionnel). L'intervention doit être expliquée à la patiente (accord professionnel).

Le choix de l'instrument est fonction de la situation obstétricale et des préférences de l'obstétricien (accord professionnel). La pratique d'une épisiotomie est laissée à l'appréciation de l'opérateur (accord professionnel).

Une césarienne doit pouvoir être réalisée rapidement en cas d'échec de l'extraction instrumentale.

Il est souhaitable que l'obstétricien réalise l'extraction instrumentale en présence de la sage-femme et si possible d'une 3e personne (accord professionnel). La présence de l'anesthésiste n'est pas obligatoire, mais elle est souhaitable sur la demande de l'obstétricien en cas d'analgésie maternelle insuffisante et recommandée dans les situations à risques (accord professionnel). De même, la présence du pédiatre n'est pas indispensable, mais il pourra être requis ou prévenu à la demande de l'obstétricien (accord professionnel).

Indications

Les principales indications sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal, faisant craindre la présence ou la survenue rapide d'une acidose fœtale (grade C).

Il est recommandé d'envisager le recours à une extraction instrumentale à partir de 30 minutes d'efforts expulsifs avec un RCF nor-

mal, dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans progression du mobile fœtal (accord professionnel).

Une extraction est recommandée si la patiente a une contre-indication avérée aux manœuvres de Valsalva (accord professionnel).

Contre-indications relatives

Les données scientifiques disponibles sont insuffisantes pour contre-indiquer une tentative d'application instrumentale à la partie haute, mais elle n'est pas recommandée (accord professionnel).

LES FORCEPS

Le forceps est un instrument d'extraction, il guide le mobile fœtal. La pose et la traction diffèrent selon le type de forceps.

Les prises en variété transverse sont contre-indiquées avec un forceps aux branches croisées (accord professionnel). Il faudra alors plutôt utiliser un forceps à branches convergentes, ou de préférence un autre instrument (spatules ou ventouse) (accord professionnel).

L'absence de progression du mobile fœtal après 3 tractions doit faire abandonner cette voie d'accouchement (grade C).

LES VENTOUSES

Ce sont des instruments de flexion céphalique, de traction et de rotation induite.

L'efficience de l'extraction fœtale par ventouse est très dépendante du matériel utilisé et du respect du mode d'emploi.

Dans les variétés transverses ou postérieures, et en occipito-sacrée, la rotation intrapelvienne est majoritairement induite occiput en avant avec la ventouse obstétricale à la condition que la cupule soit correctement positionnée (grade C).

La durée d'application de la ventouse obstétricale doit être inférieure à 20 minutes (accord professionnel). L'absence de progression du mobile fœtal après 6 contractions utérines doit faire renoncer (accord professionnel). Trois lâchages correspondent à un échec et doivent faire renoncer (accord professionnel).

LES SPATULES

Les spatules sont des instruments de propulsion et d'orientation, dont le mécanisme d'action et le maniement sont fondamentalement différents de ceux du forceps.

Elles sont de maniement difficile en cas de variété postérieure ou de présentation élevée et nécessitent un apprentissage spécifique. Il n'y a pas d'argument pour ou contre les manœuvres de rotation par spatules. Une tentative de rotation manuelle peut être conseillée au préalable.

Il y a peu de traumatismes fœtaux décrits dans la littérature avec les spatules (accord professionnel).

L'épisiotomie apparaît plus fréquente avec les spatules. Ce constat paraît cependant souvent relever d'une pratique systématique qui pourrait être discutée (accord professionnel).

LA COMPARAISON VENTOUSE/FORCEPS

La durée de l'extraction est légèrement plus rapide avec le forceps qu'avec la ventouse (grade C). Cependant, le caractère urgent de l'extraction ne devrait pas être un argument pour choisir un instrument plutôt qu'un autre (accord professionnel).

La ventouse (de forme « cup ») semble être l'instrument de choix pour l'extraction des présentations céphaliques en variété transverse et pourrait l'être pour les présentations en variété postérieure (accord professionnel).

Le forceps s'accompagne de moins d'échecs d'extraction que la ventouse (grade B). Les applications séquentielles sont très discutées. L'échec d'une application de forceps relève de la césarienne (accord professionnel). Il n'y a pas d'argument dans la littérature pour recommander un forceps ou une césarienne après échec de ventouse. Le choix doit être adapté au cas par cas selon l'expérience de l'opérateur (accord professionnel).

Complications maternelles

De manière globale, les complications maternelles immédiates sont plus fréquentes avec le forceps qu'avec la ventouse (grade B). Par rapport au forceps, l'extraction par ventouse semble diminuer le

nombre d'épisiotomies (grade B), de lésions périnéales de premier et deuxième degré et d'atteintes du sphincter anal (grade B).

Parmi les complications à long terme, les incontinences urinaires après forceps, ventouse ou voie basse spontanée ont des taux comparables (grade B). Les incontinences anales sont plus fréquentes après forceps (grade B).

Complications néonatales

La mortalité et la morbidité néonatale immédiates bénignes des deux instruments sont comparables (grade B). Les taux de convulsions néonatales, d'hémorragies intracrâniennes et d'ictères ne sont pas différents entre les deux instruments (grades B et C).

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE POUR EXTRACTIONS INSTRUMENTALES

Les options anesthésiques (lieu de réalisation et type de technique) doivent être choisies en tenant compte du risque potentiel de césarienne, risque estimé pour chaque cas, et des contraintes organisationnelles locales (accord professionnel). Quelle que soit la technique retenue, les règles générales de sécurité, formalisées par la SFAR, doivent être respectées.

Lorsqu'une analgésie péridurale efficace est en place, elle peut être insuffisante avec les solutions diluées actuellement recommandées pour le travail, notamment pour une extraction par forceps. Il est donc nécessaire de prévenir l'équipe d'anesthésie afin de juger de l'opportunité de la renforcer.

Pour toute anesthésie générale, une induction à séquence rapide avec pression cricoïdienne (manœuvre de Sellick) et intubation trachéale avec une sonde à ballonnet est recommandée (grade B).

La surveillance post-interventionnelle et post-anesthésique doit être renforcée par rapport à un accouchement spontané puis durer au moins 2 heures, comme pour tout accouchement.

COMPLICATIONS MATERNELLES DES APPLICATIONS INSTRUMENTALES

Complications immédiates et à court terme

L'extraction instrumentale augmente significativement le risque de déchirures périnéales sévères (3e et 4e degré) par rapport à la voie basse spontanée (grade B). Les conditions de l'application instrumentale intervenant dans le risque de lésions périnéales sévères sont nombreuses : application à la partie haute surtout si elle est associée à une rotation de plus de 45° (grade B), variétés postérieures (grade B), macrosomie fœtale.

Les RPC de 2006 ne concluaient pas à l'avantage de l'épisiotomie systématique. Néanmoins, la réalisation d'une épisiotomie médiolatérale réduirait le risque de déchirure sphinctérienne en cas de ventouse et de forceps (grade C). Elle doit être étudiée au cas par cas.

L'usage séquentiel de 2 instruments traduit une extraction difficile et multiplie les risques par rapport à la voie basse spontanée ou à l'extraction réalisée avec un seul instrument (grade C).

Complications tardives et à long terme

Les risques d'incontinence anale dans l'année qui suit un accouchement par voie basse semblent être associés à la pratique d'une extraction instrumentale, notamment par forceps (grade B). Le risque de lésions occultes du sphincter anal ne semble pas différent entre le forceps et la ventouse (grade B). L'incontinence anale persistante a une prévalence similaire quel que soit le mode d'accouchement, césarienne ou non, extraction instrumentale ou non, suggérant l'implication d'autres facteurs (grade B).

L'extraction instrumentale ne semble pas être associée à une augmentation du risque d'incontinence urinaire persistante du post-partum par rapport à la voie vaginale spontanée (grade B).

L'extraction instrumentale ne semble pas être un facteur favorisant la survenue d'un prolapsus génital (grade C).

L'extraction instrumentale et la présence de déchirures périnéales sévères majorent les risques de douleurs périnéales, de dyspareunie et de troubles sexuels du post-partum par rapport à la voie basse spontanée (grade C).

Il semble qu'une extraction instrumentale difficile puisse être à l'origine de séquelles psychologiques pouvant faire renoncer à une autre grossesse (grade C).

COMPLICATIONS NÉONATALES DES EXTRACTIONS INSTRUMENTALES

À côté des complications liées à l'extraction instrumentale proprement dite, le plus souvent bénignes, existent des complications plus sévères, impliquant la technique, mais aussi les évènements qui ont conduit à l'extraction, comme une dystocie ou une anoxie fœtale. Ces complications sont en général résolutives. Elles peuvent d'ailleurs s'observer dans un accouchement normal.

Complications liées à la ventouse

La survenue des céphalhématomes, des hématomes sous-cutanés diffus du cuir chevelu (hématome sous-galéal) et des hémorragies rétiniennes est plus fréquente avec la ventouse (grade B).

Toutes ces hémorragies sont de bon pronostic à court terme (en dehors de l'hématome sous-cutané diffus qui est cependant très rare). Leur fréquence est peut-être sous-évaluée.

Complications des extractions par forceps

La fracture du crâne avec risque d'embarrure, rare, est assez spécifique de l'utilisation des forceps (grade B). Elle est en général asymptomatique.

Complications à long terme

Il ne semble pas y avoir de séquelles neurocognitives induites par les instruments (grade B).

FORMATION ET APPRENTISSAGE DES EXTRACTIONS

Ils doivent permettre à l'obstétricien(ne) de poser ou de réfuter une indication, de choisir l'instrument, de l'utiliser correctement et de connaître les principes du contrôle qualité appliqués à l'extraction instrumentale.

La formation doit comprendre à la fois l'apprentissage du forceps, de la ventouse obstétricale, et si possible des spatules (complémentarité des instruments). Elle repose sur une parfaite connaissance de la mécanique obstétricale.

La formation traditionnelle peut aujourd'hui être complétée par un apprentissage par simulation. La formation par simulation pallie aussi au fait que le nombre souhaitable de procédures réalisées est difficilement atteint. La formation devrait être individualisée et prolongée pour certains étudiants.

La dangerosité de l'extraction instrumentale réside plus dans la qualification de l'opérateur que dans l'instrument utilisé.

L'évaluation de la formation concerne à la fois les apprenants et les formateurs.

Des séances d'évaluation des pratiques professionnelles, au niveau des services, devraient être réalisées et comprendre des critères qualité liés aux extractions. Une telle démarche par le seul fait qu'elle implique les obstétriciens peut améliorer les pratiques (effet Hawthorne).