

Article original

Devenir materno-fœtal après application de ventouse obstétricale au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

S. Ouattara,^{1,2} A. D. Some,^{1,2} B. Toure,^{3,4} M. Bambara,^{1,4} et B. Dao^{1,2,4,5}

¹Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction, CHU Souro Sanou, BP 676, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université Polytechnique de Bobo, BP 1091, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Yalgado Ouédraogo, BP 6428, Ouagadougou, Burkina Faso

⁴UFR des Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou, BP 7021, Ouagadougou, Burkina Faso

⁵JHPIEGO, 1615 Thames Street, Baltimore, MD 21231, USA

Adresser correspondances à B. Dao, daoblami@hotmail.com

Reçu le 13 février 2012 ; accepté le 6 juin 2012

Résumé Nous avons réalisé une étude transversale portant sur tous les cas d'application de ventouse dans le service d'obstétrique du CHU de Bobo-Dioulasso au Burkina, du 1^{er} janvier 2009 au 31 juillet 2010. Pour chaque cas il a été précisé : les caractéristiques sociodémographiques de la patiente, l'indication de la ventouse, l'issue de l'application, les paramètres du nouveau-né et les complications maternelles et néonatales. Les données ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive simple. Le taux d'extraction par ventouse a été de 1,85%. Les principales indications étaient les mauvais efforts expulsifs (46,8%) et la fatigue maternelle (24,3%), avec un taux de succès de 91,4%. Les complications maternelles se résumaient à 5 déchirures du périnée et une du vagin. Vingt nouveau-nés ont été réanimés et un est décédé en néonatalogie. La ventouse obstétricale mérite d'être mieux connue et plus utilisée en Afrique francophone grâce à la formation du personnel.

Mots Clés ventouse obstétricale ; pronostic maternel et néonatal

1 Introduction

Les extractions instrumentales, dont la ventouse, permettent de régler par voie basse un bon nombre de cas de dystocies au cours de la phase expulsive de l'accouchement évitant ainsi une césarienne. Il faut rappeler que l'application de ventouse fait partie des sept fonctions des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base [9], c'est donc une pratique à même de sauver la vie des mères et des nouveaux nés dans les pays en développement. En Afrique Francophone en général et au Burkina Faso en particulier, les études sur la ventouse obstétricale sont rares pour ne pas dire inexistantes, ceci en rapport avec l'utilisation peu fréquente de cet outil. L'objectif de ce travail était d'évaluer les applications de ventouse dans une maternité de niveau III en milieu africain.

2 Patientes et méthode

Nous avons réalisé une étude transversale avec collecte rétroactive des données (1^{er} janvier 2009 au 31 juillet 2010 soit une période de 19 mois) sur toutes les applications de ventouse au service d'obstétrique du CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. La technique utilisée comportait les temps essentiels suivants : vérification des conditions d'application, mise en place adéquate de la cupule et traction au moment d'une contraction ; nous avons fait usage indifféremment de ventouses à cupule métallique ou plastique. On a estimé que la ventouse avait échoué si après 3 tractions on ne notait pas d'expulsion ou de progression du fœtus ou après trois dérapages de la cupule.

Pour chaque cas il a été précisé les paramètres suivants : les caractéristiques sociodémographiques de la patiente, l'indication de la ventouse, l'issue de l'application, les paramètres du nouveau-né (l'état néonatal) et les complications maternelles. Les données ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive simple.

3 Résultats

Au cours de la période d'étude nous avons réalisé 107 applications de ventouse pour 5760 accouchements soit un taux d'extraction par ventouse de 1,85%.

- L'application de la ventouse a eu lieu chez des patientes jeunes (âge moyen de 23,88 ans \pm 5,53, primipares (parité moyenne 0,9 \pm 1,79) surtout, mariées dans 93% des cas, ménagères dans 76,2% des cas et référées de maternités périphériques dans 48,9% des cas (Tableau 1).
- Les principales indications étaient : mauvais efforts expulsifs (46,8%), fatigue maternelle (24,3%), refus de pousser (8,4%) et souffrance fœtale aiguë (7,5%). Dans 11,2% des cas, l'indication n'était pas précisée dans le dossier. La ventouse a réussi dans 91,58% des

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des patientes.

Paramètres	Effectif	Pourcentage
Mode d'admission		
– venues d'elles mêmes	55	51,40
– évacuées/référées	52	48,60
Profession		
– ménagère	78	76,47
– secteur informel	13	12,74
– autre	11	10,78

Tableau 2: Indications et résultats de l'application de la ventouse.

Indications	Effectif	Pourcentage
<i>Maternelles</i>	87	81,30
– mauvais efforts expulsifs	50	46,72
– fatigue	26	24,29
– refus de pousser	9	8,41
– utérus cicatriciel	2	1,86
<i>Fœtales</i> : souffrance fœtale aiguë	8	7,47
<i>Non précisées</i>	11	10,28
Résultats		
– succès	98	91,58
– échec	09	8,41

Tableau 3: Issue maternelle et néonatale.

Paramètres	Effectif	Pourcentage
Déchirure du périnée et du vagin	06	5,60
Etat néonatal		
– nouveau né vivant	105	98,13
– nouveau né réanimé	20	18,69
– Score d'Apgar < 7 à la 5 ^{ème} minute	10	9,34
– Présence d'une bosse séro-sanguine	12	11,21

cas et on a eu recours à une césarienne pour échec dans 8,41% des cas (Tableau 2).

- Les principales complications maternelles étaient constituées par 5 cas de déchirure du périnée (4 du premier degré et 1 du second degré) et 1 cas de déchirure du vagin. Au niveau fœtal 105 nouveau-nés vivants ont été extraits et 2 mort-nés (connus avant l'application) ont été notés. Le score d'Apgar à 5 minutes était ≥ 7 dans 97 cas et 20 nouveaux nés ont été réanimés à la naissance. Un nouveau né a été admis en néonatalogie pour souffrance cérébrale aiguë et est décédé le même jour. Aucune autre complication néonatale immédiate n'a été constatée en dehors de 12 cas de discrète bosse séro-sanguine (Tableau 3).

4 Discussion

Notre taux d'extraction par ventouse est comparable à celui d'autres séries africaines [1,2,20] atteignant à peine 2%. Cette « sous utilisation » de la ventouse en Afrique francophone est-elle héritée de la tradition française [18]. En

effet les statistiques récentes retrouvent un taux d'utilisation de 4,5% en France [15] et un tiers des obstétriciens français n'utiliseraient jamais la ventouse [7].

Dans la plupart des études comme ici, le jeune âge des patientes et la pauciparité [1,10,12,20] sont un fait constant. Ce même constat est fait pour les applications de forceps [12] nous amenant à nous poser la question à savoir si les extractions instrumentales sont l'apanage des femmes jeunes et de parité peu élevée.

Les indications maternelles ont été prépondérantes comme ailleurs en Afrique [1,2,20], contrairement à la série de Mesleh et coll. [13] où c'est plutôt la souffrance fœtale qui était la raison principale de l'utilisation de la ventouse.

Au cours de l'application de ventouse, la réalisation d'une épisiotomie ne doit pas être systématique (45,7% dans notre étude) mais au cas par cas [4,16].

Le taux d'échec de 8,6% est comparable à celui de Mesleh et coll. [13] mais supérieur aux 6,3% rapportés par Damron et coll. [5]. Les facteurs d'échec connus sont [5,14] : poids fœtal important, présentation haute et occiput en position postérieure.

Les échecs sont à notre avis dus le plus souvent à une mauvaise indication ou à un non respect d'une contre indication [17].

Classiquement, l'échec de la ventouse amène à réaliser une césarienne. C'est ce qui fut le cas pour les 8,6% d'échec. Cependant il semble qu'il soit possible de tenter une application de forceps après échec de la ventouse sans que cela ne soit dommageable ni à la mère ni au nouveau-né [8]. Dans notre contexte une telle pratique n'est pas recommandée.

De nombreuses études ont comparé la ventouse aux autres méthodes d'extractions instrumentales (forceps et spatules) en terme de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale [11,13,21] avec parfois des résultats contradictoires.

Nous avons retrouvé 6 cas de lésions périnéales et vaginales contre 1% de lésions du périnée pour Balecoidjo [2]. Il est prouvé que la ventouse donne moins de lésions périnéales de 1^{er} et 2^{ème} degré que le forceps [19]. Les atteintes périnéales sévères notamment celle du sphincter anal seraient plus fréquentes en cas de variété de présentation occipito-postérieure [5].

Les complications traumatiques à type de céphalo-hématome n'ont pas été retrouvées dans cette série. Un seul cas de décès néonatal précoce a été noté, ce qui est nettement inférieur au 4,8% de Gachiri et coll. [10]. Baud [3] estime entre 3 et 4 pour 10 000 le taux de décès néonatal après application de ventouse. Notre taux est certainement biaisé du fait du non suivi des nouveaux nés au cours de toute la période néonatale. Il faut noter qu'un nouveau né sur 5 a eu besoin d'une réanimation à la naissance, ceci est certainement du fait de l'existence d'une souffrance fœtale aiguë plutôt que l'action délétère de la ventouse.

5 Conclusion

Le taux d'utilisation de la ventouse obstétricale est très faible dans notre contexte. On note un fort taux de succès et très peu de complications maternelles et néonatales. Cet instrument mérite d'être mieux connu et plus utilisé en Afrique francophone. Ceci passe par la formation du personnel (médecins et sages-femmes) d'autant que l'apprentissage est plus facile que celui du forceps. Il s'agit aussi bien de la formation initiale que de la formation continue afin de maintenir la compétence [6].

Bibliographie

- [1] S. E. Adaji, S. T. Shittu, and S. O. Sule, *Operative vaginal deliveries in Zaria, Nigeria*, *Ann Afr Med*, 8 (2009), 95–99.
- [2] C. E. Baleoidjo, *Accouchement assisté par ventouse: à propos de 147 cas à la maternité du CHU de Cocody*, thèse Med, UFR des Sciences Médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2005.
- [3] O. Baud, *Complications néonatales des extractions instrumentales*, *La Revue Sage-Femme*, 8 (2009), 187–195.
- [4] Y. M. Cargill and C. J. MacKinnon, *Directives cliniques sur l'accouchement vaginal opératoire*, *J Obstet Gynaecol Can*, 26 (2004), 754–761.
- [5] D. P. Damron and E. L. Capeless, *Operative vaginal delivery: A comparison of forceps and vacuum for success rate and risk of rectal sphincter injury*, *Am J Obstet Gynecol*, 191 (2004), 907–910.
- [6] O. Dupuis, *Formation et apprentissage des extractions*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 37 (2008), S288–S296.
- [7] O. Dupuis, R. Silveira, T. Redarce, A. Dittmar, and R.-C. Rudigoz, *Extraction instrumentale au sein du réseau Aurore: incidence et complications néonatales graves*, *Gynécol Obstét Fertil*, 31 (2003), 920–927.
- [8] L. C. Ezenagu, R. Kakaria, and J. A. Bofill, *Sequential. Use of instruments at operative vaginal delivery: Is it safe?*, *Am J Obstet Gynecol*, 180 (1999), 1446–1449.
- [9] V. Fauveau, *Is vacuum extraction still known, taught and practiced? A worldwide KAP survey*, *Int J Gyn Obstet*, 94 (2006), 185–189.
- [10] J. R. Gachiri and K. O. Rogo, *Foetal and maternal outcome of vacuum extraction*, *East Afr Med J*, 68 (1991), 539–546.
- [11] R. B. Johanson and V. Menon, *Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery*, *Cochrane Database Syst Rev*, (2010), CD000224.
- [12] S. Lurie, T. M. Glezerman, and O. Sadan, *Maternal and neonatal effects of forceps versus vacuum operative vaginal delivery*, *Int J Gyn Obstet*, 89 (2005), 293–294.
- [13] R. A. Mesleh, H. M. Al-Sawadi, and A. M. Kurdi, *Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries*, *Saudi Med J*, 23 (2002), 811–813.
- [14] S. Miot, D. Riethmuller, K. Dele-Plancque, O. Teffaud, M. Martin, R. Maillet, et al., *14 césariennes pour échec d'extraction par ventouse obstétricale: facteurs de risque et conséquences. à propos de 2 447 cas au chu de Besançon*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 33 (2004), 68–69.
- [15] F. Pierre and M. Jousse, *Aspects médico-légaux des extractions instrumentales*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 37 (2008), S276–S287.
- [16] D. Riethmuller, L. Courtois, and R. Maillet, *Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie: existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie?*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 35 (2006), 32–39.
- [17] D. Riethmuller, R. Ramanah, R. Maillet, and J.-P. Schaal, *Ventouse: description, mécanique, indications et contre-indications*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 37 (2008), S210–S221.
- [18] J. Schaal, D. Riethmuller, and A. Menget, *Ventouse obstétricale*, *EMC-Gynécologie-Obstétrique*, 1 (2004), 156–179.
- [19] J.-P. Schaal, V. Epuy, and P. Hoffman, *Comparaison ventouse forceps*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 37 (2008), S244–S259.
- [20] B. Traoré, T. A. Thera, C. Kokaina, N. Mounkoro, I. Teguate, and Y. Traore, *Les extractions instrumentales à la maternité du CHR de Ségou au Mali. Etude rétrospective sur 12 mois à propos de 87 cas*, *Med Afr Noire*, 57 (2010), 71–76.
- [21] S. Vanlieferinghen, G. Girard, and L. Mandelbrot, *Etude comparative de la morbidité materno-fœtale immédiate des extractions par spatules de Thierry et par ventouses*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 38 (2009), 648–654.