

Accouchement instrumental

Pré-requis:

- ➔ connaissance du dossier médical
- ➔ connaître la présentation avant toute pose
- ➔ **vessie vide**
- ➔ **membranes rompues**
- ➔ **dilatation complète, engagé**
- ➔ présentation **céphalique** (en OP si possible, effectuer une rotation manuelle avant si OS dans l'idéal)
- ➔ bonne analgésie
- ➔ vérifier la bonne installation de la patiente
- ➔ information de la patiente

Situations particulières pour lesquelles il faut être attentif (valable pour tous les instruments):

- Prématurité
- Présentations transverses : privilégier spatules?

Contres indications générales:

- ▶ **présentation non engagée**
- ▶ **forte suspicion de disproportion fœto-pelvienne**
- ▶ **présentation du front**



Forceps

Indications:

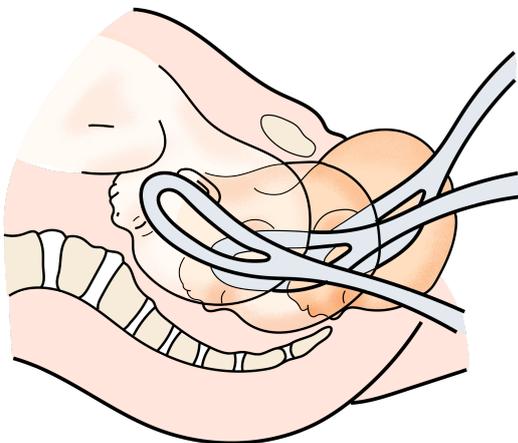
- ✓ **non progression** dans la filière pelvienne après 30 min d'effort expulsif sans ARCF ou < 30 min avec ARCF
- ✓ **rétenion de la tête** dernière lors d'un accouchement par le siège
- ✓ **contres indications aux efforts** expulsifs avec accord de voie basse
- ✓ absence ou mauvaise coopération maternelle aux efforts expulsifs

Effets mécaniques: traction, préhension

⚠ Attention: à ne pas utiliser pour réaliser une rotation instrumentale

Différents types (plus de 700 au total, ici les plus courants):

- ❖ à branches croisées: forceps de **Tarnier** (avec tracteur), forceps de **Pajot** (traction directe sur les manches)
- ❖ à branches parallèles: forceps de **Suzor** (traction directe sur les manches ou via des lacs)



Axe de traction du forceps selon la hauteur de la présentation



Pose sur une présentation en OP

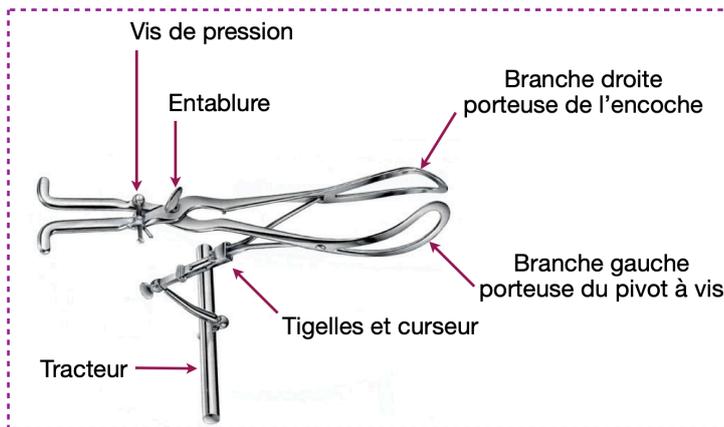


Pose sur une présentation en OS



Pose asymétrique sur une présentation transverse

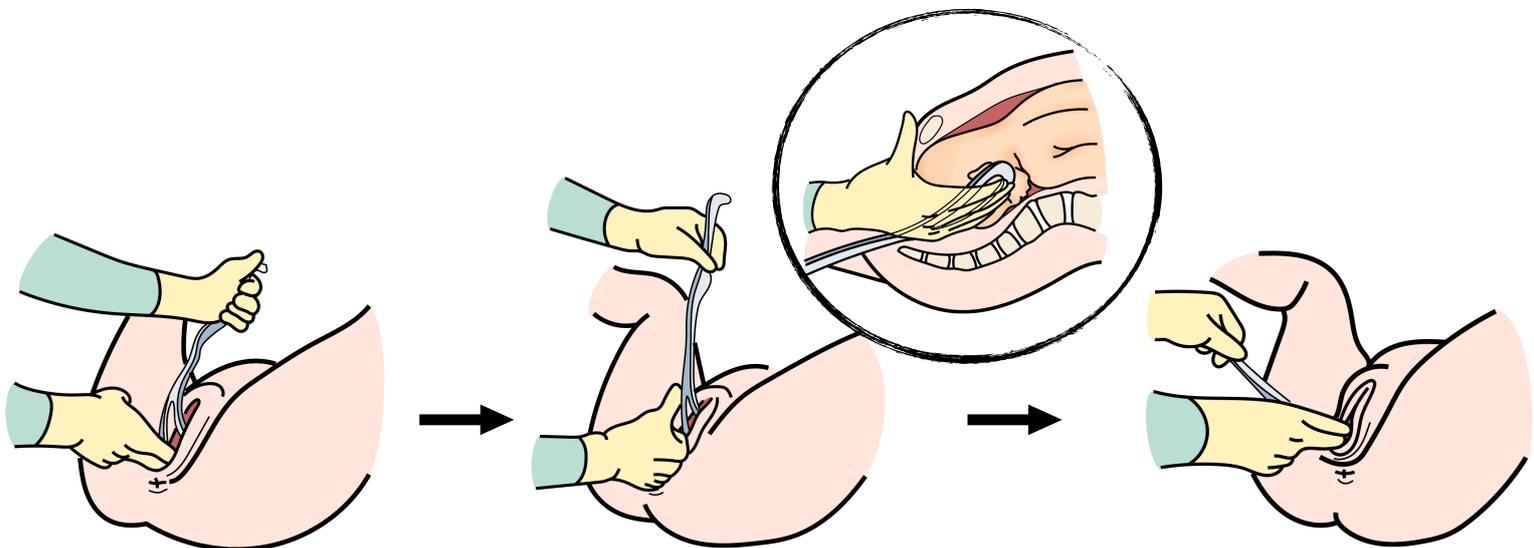
Forceps de Tarnier



Pré-requis: les cuillères doivent toujours être **positionnées de façon symétrique**, donc interdit sur une présentation transverse

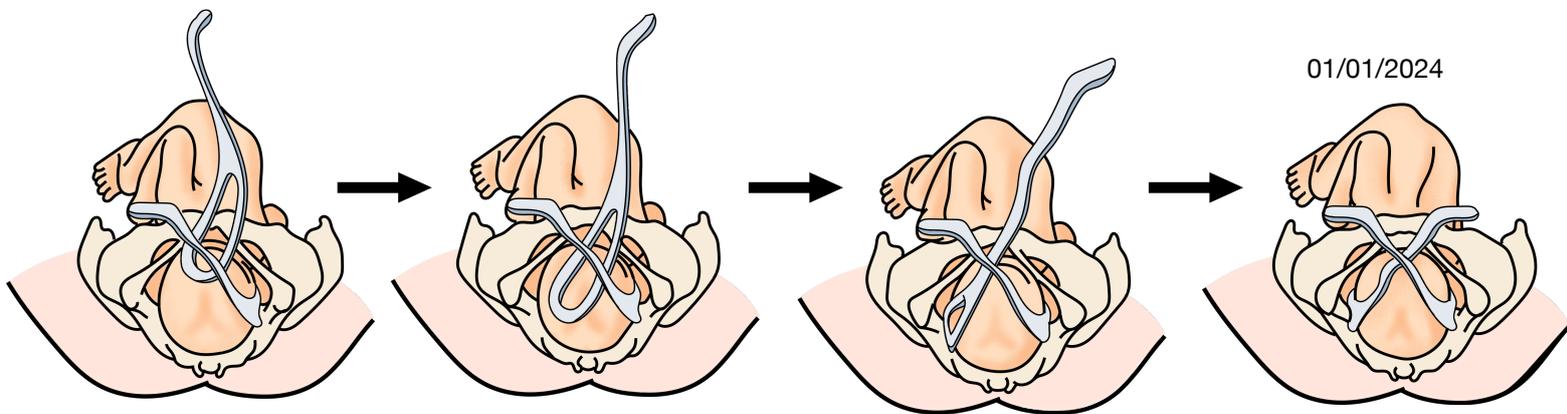
Méthode:

1. En OP/OIGA/OIDP: Tenir la **branche gauche** (branche mâle, porteuse de la vis) dans sa **main gauche**
2. Mettre son autre main dans le vagin afin de **protéger les parties molles** maternelles
3. Faire **glisser** la cuillère, présentée de façon **verticale** voire légèrement inclinée sur le ventre maternelle, délicatement le long de sa main au **contact de la tête foetale** en effectuant un mouvement de **rotation** débutant au **zénith** de la symphyse pubienne puis longeant la **cuisse droite** de la patiente jusqu'à rejoindre la **cuisse gauche** (sens anti-horaire des aiguilles d'une montre)



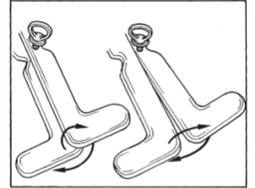
4. La même procédure est réalisée avec la **branche droite** (branche femelle, porteuse de l'échancrure/mortaise), manœuvre appelée « tour de spire de Mme Lachapelle »

Pour mieux comprendre: la branche gauche correspond schématiquement à la cuillère droite et vice versa puisque les branches sont croisées

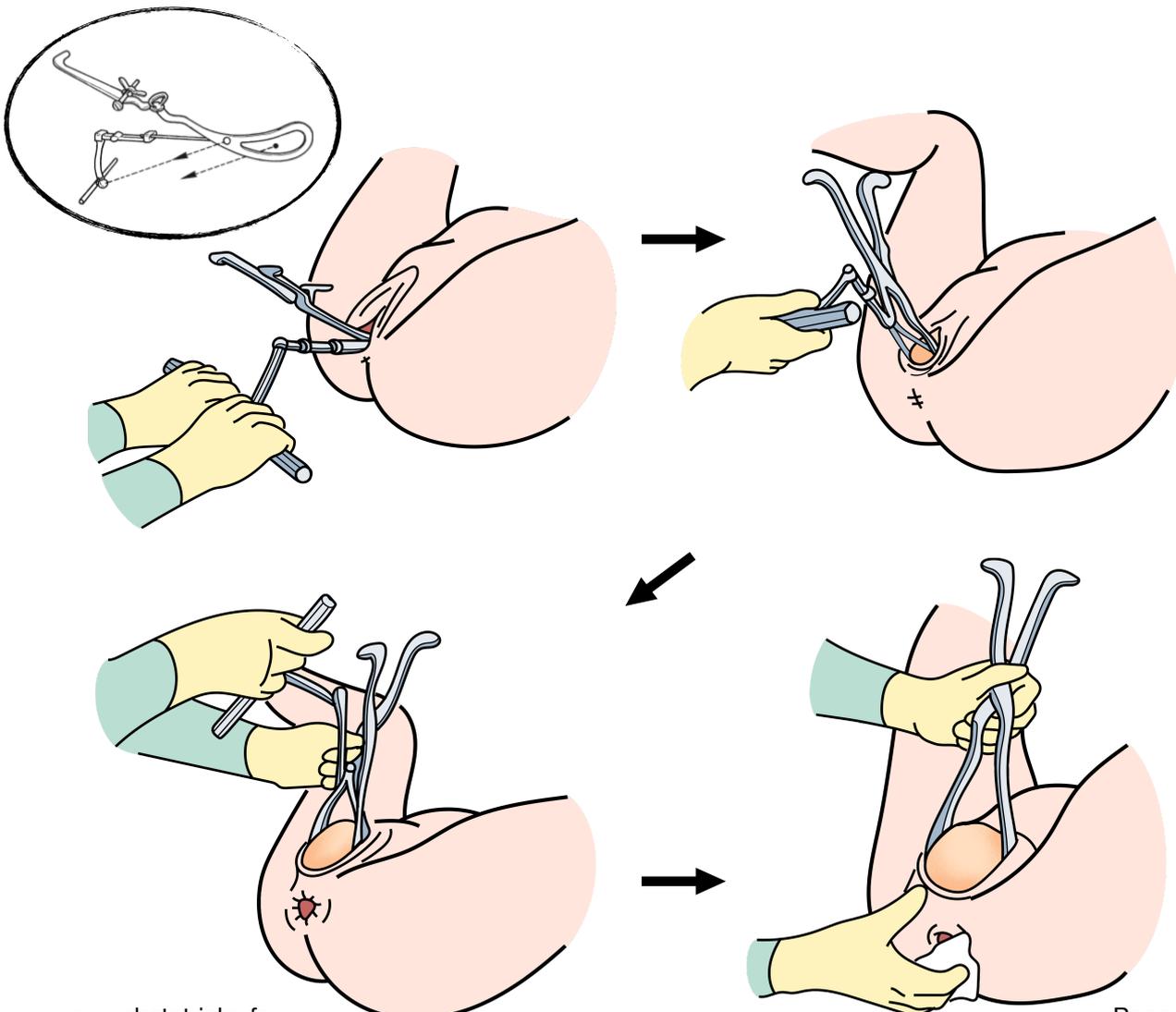


5. **Solidariser** les deux cuillères en emboitant la cuillère mâle dans la cuillère femelle puis visser délicatement (attention elle ne doit être que fixée et non serrée !)

NB: il faut **débuter par la cuillère postérieure**, ce qui nécessite lors de la pose dans un diamètre droit (OIDA, OIGP) de réaliser une manoeuvre du **décroisement** = faire glisser la branche droite au-dessus de la gauche en gardant les deux manches au contact et en déplaçant les cuillères le moins possible pour effectuer une rotation de 45°.



6. **Fixer le tracteur** via un curseur situé sur la tige horizontale distale (reliée aux deux cuillères), qui permet l'articulation avec les tigelles
7. Effectuer une **traction** via le tracteur selon un **axe ombilico-coccygien** qui va se verticaliser avec la progression de la présentation (toujours respecter un espace de **deux travers de doigt** entre les tigelles et les manches)

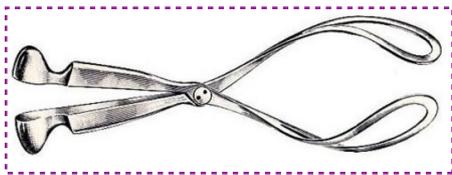


8. **Retirer le forceps** au grand couronnement en réalisant le mouvement inverse à celui de la pose
9. La suite de l'accouchement se déroule comme un accouchement physiologique, la manoeuvre de **Couder** est fortement conseillée

Astuce:

- ne pas forcer lors de la pose !! si ça coince à un moment il faut sortir l'instrument et le replacer correctement pour obtenir une pose adéquate
- penser à lubrifier, à l'aide d'un antiseptique, les cuillères avant de les positionner dans la filière génitale

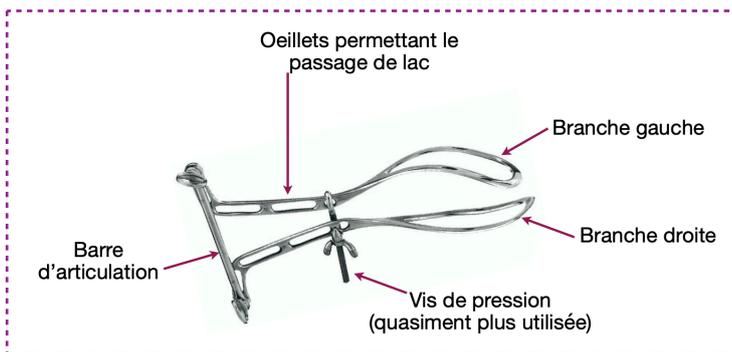
Forceps de Pajot



Pré-requis: les cuillères doivent toujours être positionnées de façon symétrique, donc **interdit sur une présentation transverse**

Méthode: idem au forceps de Tarnier sauf la solidarisation des deux manches qui ne se fait pas par une vis mais par la pression exercée par l'opérateur

Forceps de Suzor



Particularités : prises asymétriques autorisées (asynclitisme, présentation transverse)

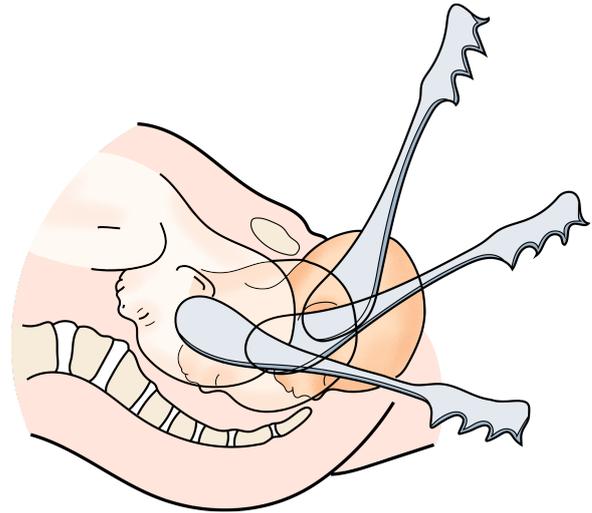
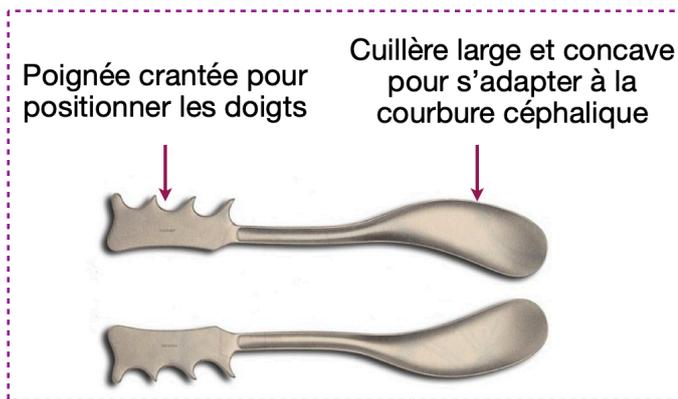
Méthode:

1. Tenir l'une des branches avec sa main opposée (branche droite main gauche et vice versa), l'autre main va se placer dans le vagin afin de **protéger les parties molles** maternelles

NB: si présentation transverse commencer par la cuillère postérieure

2. Faire **glisser** la cuillère, présentée de façon **verticale** voire légèrement inclinée sur le ventre maternel, délicatement le long de sa main **au contact de la tête** foetale en effectuant un mouvement de **rotation** débutant au **zénith** de la symphyse pubienne puis longeant la **cuisse homolatérale** à la main de préhension jusqu'à rejoindre la cuisse **opposée** (sens anti-horaire des aiguilles d'une montre)
3. Une fois la première cuillère bien positionnée, la **même procédure** est réalisée avec l'autre branche
4. **Relier les deux branches** avec la barre d'articulation (normalement déjà installée sur l'une des branches préalablement à la pose des cuillères)
5. La vis de pression est tout juste fixée et non serrée
6. La suite de l'extraction se déroule de façon similaire aux autres forceps

Spatules de Thierry



Axe de traction des spatules selon la hauteur de la présentation

Indications:

- ✓ **non progression** dans la filière pelvienne après 30 min d'effort expulsif sans ARCF ou < 30 min avec ARCF
- ✓ **rétenion de la tête** dernière lors d'un accouchement par le siège
- ✓ **défaut de flexion** d'une présentation
- ✓ fatigue maternelle
- ✓ variétés postérieures, présentations transverses

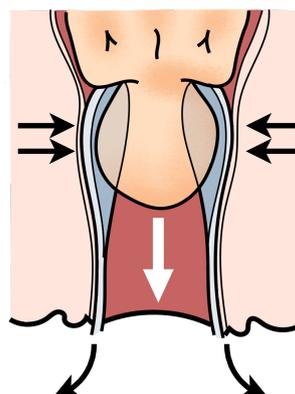
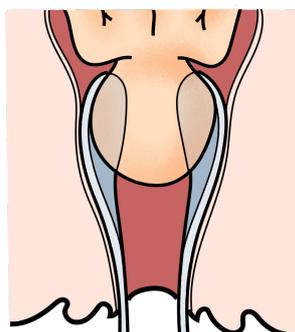
Effets mécaniques: orientation, propulsion (mécanisme d'extraction différent des forceps)

Méthode:

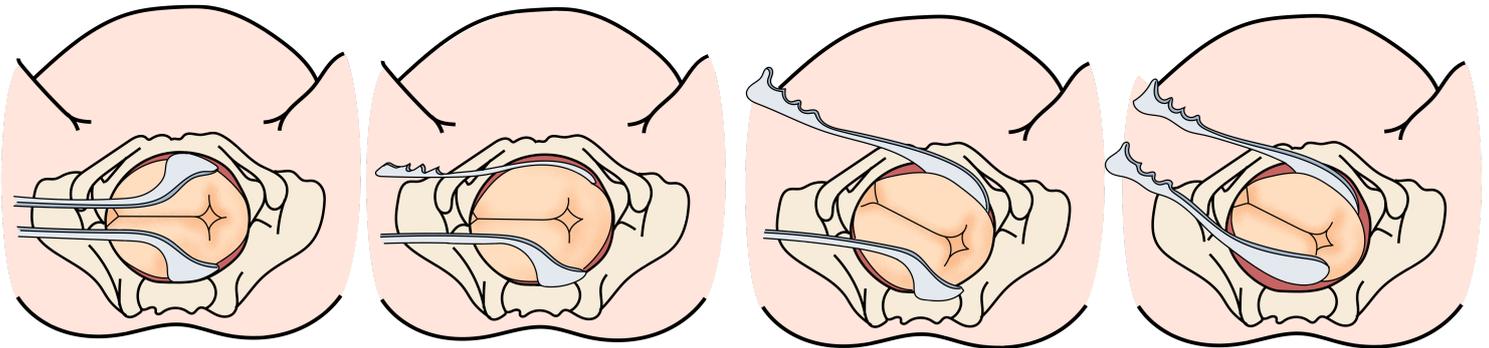
1. Tenir l'une des branches dans sa main opposée (branche droite main gauche et vice versa), l'autre main va se placer dans le vagin afin de **protéger les parties molles** maternelles

NB: de même que pour la pose du forceps, on préférera **commencer par la spatule postérieure** en premier

2. **Glisser** la cuillère, présentée de façon **verticale** voire légèrement inclinée sur le ventre maternel, délicatement le long de sa main **au contact de la tête foetale** en effectuant un mouvement de **rotation** débutant au **zénith** de la symphyse pubienne puis longeant la **cuisse homolatérale** à la main de préhension jusqu'à rejoindre la **cuisse opposée** (sens anti-horaire des aiguilles d'une montre)
3. La **même procédure** est réalisée avec l'autre branche
4. Placer ses mains sur les branches en mettant ses doigts sur la face inférieure entre les crans et ses pouces sur la face supérieure
5. Effectuer de petit mouvement d'**écartement/relâchement** afin que les spatules viennent prendre appui sur la paroi pelvienne et permettre de faire progresser la présentation



⚠ ATTENTION : LES SPATULES PEUVENT « GLISSER » au cours de la traction si la manoeuvre d'écartement n'est pas suffisante. Avant chaque nouvelle traction il faut donc vérifier que les spatules s'appuient bien sur l'os malaire foetal



Manoeuvre du toboggan sur une présentation transverse gauche

6. **Retirer les spatules** au grand couronnement en réalisant le mouvement inverse à celui de la pose
7. La suite de l'accouchement se déroule comme un accouchement physiologique, la manoeuvre de **Couder** est fortement conseillée

Ventouse

Indications:

- ✓ **non progression** dans la filière pelvienne après 30 min d'effort expulsif sans ARCF ou < 30 min avec ARCF
- ✓ **défaut de flexion** d'une présentation
- ✓ variétés postérieures

Contre indications:

- ▶ **prématurité < 34 SA**
- ▶ **présentation de la face/du front/du siège**
- ▶ **syndromes hémorragiques du nouveau né (thrombopénie maternelle, hémophilie, maladie de Willebrand)**
- ▶ **troubles de la minéralisation osseuse (ostéogenèse imparfaite)**
- ▶ **relative: mère non coopérante aux efforts expulsifs, bosse séro sanguine majeure**



Effets mécaniques: flexion, traction

Différents types (les plus utilisées actuellement):

- ❖ **aspiration murale**: **Kobayashi** (cupule en silicone), **Bird** (cupule en métal), **i-cup** (cupule en plastique)
- ❖ **aspiration manuelle**: **Kiwi** (cupule en plastique)



Kobayashi



Bird



i-cup



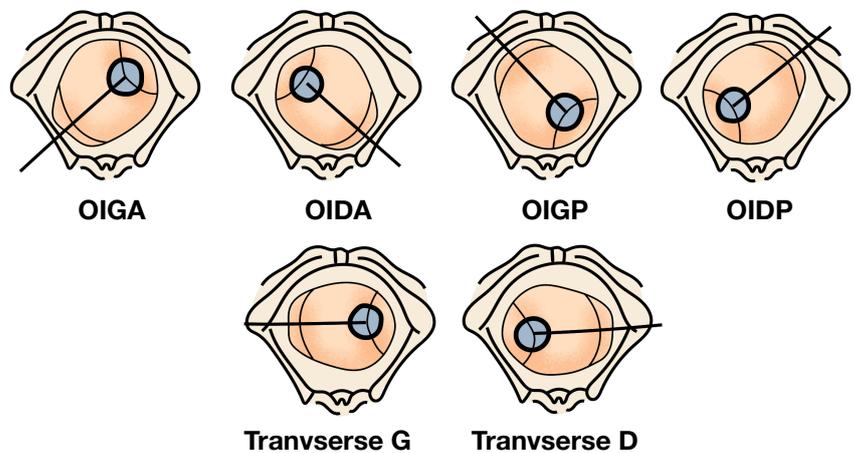
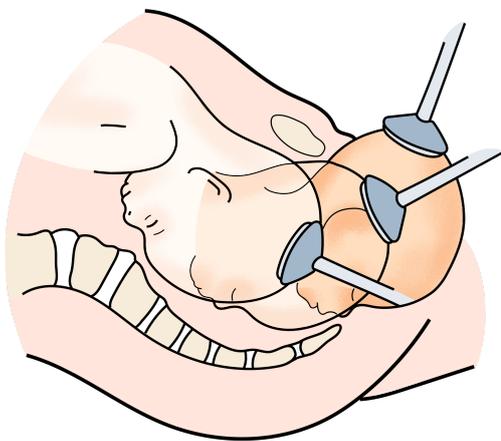
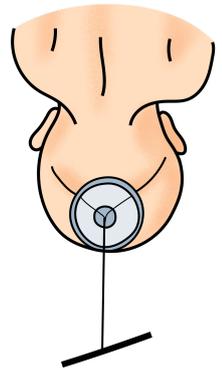
Kiwi



Moteur pour ventouse murale

Méthode:

1. **Entre 2 contractions**, glisser la **cupule** (préalablement lubrifiée à l'aide de Betadine) dans la filière génitale maternelle **sur la tête fœtale au plus près de la fontanelle postérieure**
2. Vérifier l'**absence d'interposition de tissus maternels** entre la ventouse et le cuir chevelu du fœtus, puis répéter l'opération avec une dépression de 0,2 bar dépression jusqu'à **0,8 bar** (pour les ventouses avec aspiration murale)
3. Positionner sa **main dominante** sur la **barre de traction** et l'**autre main sur la cupule** pour éviter les lâchages brusques
4. Il y a ensuite 2 phases:
 - *Phase de flexion* (non nécessaire si la flexion du sommet est satisfaisante): lors d'une contraction utérine, effectuer une traction modérée dans un axe défini par la présentation (cf schema)
 - *Phase de descente*: traction modérée dans l'**axe ombilico-coccygien** (perpendiculaire à la cupule)

**Axe de traction de la ventouse selon la hauteur de la présentation****Orientation de la traction selon la variété de la présentation**

5. Effectuer de légers mouvements de **flexion-extension** ou **latéraux** lors de la traction afin de maximiser les possibilités d'asynclitisme
6. Lors de la **déflexion**, empoigner la **cupule** avec sa **main dominante** et **soutenir activement le périnée postérieur** de son autre main
7. **Retirer la cupule** au grand couronnement ou après la naissance (« naissance coiffée ») en relâchant la pression
8. La suite de l'accouchement se déroule comme un accouchement physiologique, la manoeuvre de **Couder** est fortement conseillée

! Attention:

- la traction se veut modérée avec une **force** exercée de **maximum 15-16 kg**
- la durée d'extraction par ventouse **ne doit pas dépasser 10-15 min ou 3 lâchages**

Proposition d'un CRO type

Patiente: NOM, Prénom, Date de naissance

Date de l'intervention
 Nom de l'opérateur
 Nom de l'aide opératoire
 Nom de l'anesthésiste

Indication de l'extraction: ARCF / non progression après 30 min d'efforts expulsifs / autres

Technique:

Type d'**anesthésie**: péridural / bloc pudendal / rachianesthésie

Présentation:

- OIGA / OIDA / OIGP / OIDP / transverse
- Contrôle échographique avant l'intervention: oui/non

Hauteur de la présentation:

- partie haute / moyenne / basse
- Contrôle échographique avant l'intervention: oui/non (si oui, rapporter distance mesurée)

Vidange vésicale

Épisiotomie latérale droite/gauche éventuelle (non recommandée en systématique)

Extraction:

- Pose de l'instrument
 - Pour forceps et spatules: préciser si la pose a été facile et symétrique
 - Pour ventouse: préciser la localisation de la ventouse sur le crâne foetal
- Traction douce dans l'axe ombilico-coccygien
- Naissance après *** min d'extraction
- En OP / OS / transverse, d'un foetus de sexe féminin / masculin, pesant ***g
- Apgar *** à 1 min de vie, *** à 5 min de vie, *** à 10 min de vie, pH ombilical artériel à ***, lactates à ***
- *anomalies funiculaires* (optionnel) : bretelle / circulaire lâche / circulaire serré

Liquide amniotique: aspect clair / teinté / méconium / sanglant

Délivrance:

- dirigée: oui/non précisez nombre d'UI de syntocinon utilisé +/- autre
- et complète spontanée / artificielle +/- avec révision utérine

Placenta: envoyé en analyse anathomopathologique / envoyé en bactériologie / non conservé

Suture d'éventuelles **déchirures**

- Grade
- Localisation
- Par points simples séparés / surjet / technique 1 fil-1 noeud / autres
- Avec *type de fil utilisé*
- *Éventuellement: faire un schéma représentant les différentes déchirures sur le périnée*
- *Toucher rectal/toucher vaginal de contrôle (si réalisé)*

Bon **globe utérin**

Pertes sanguines totales: *** mL

Codes CCAM / CIM10