

LE FORCEPS EN MILIEU AFRICAIN

A propos de 138 applications au CHU de Brazzaville

EKOUNDZOLA J.R.* , BUAMBO S.* , NKIHOUBONGA G.* , MAYANDA H.F.**

RESUME

Objectifs

Déterminer la fréquence de son utilisation dans notre service, rechercher les causes de son préjugé défavorable et proposer des solutions pour qu'il puisse retrouver une meilleure place dans notre pratique obstétricale quotidienne.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude transversale des accouchées de notre service au CHU de Brazzaville, du 1er janvier 1998 au 31 mai 2000, soit 29 mois, et nous avons retenu celles pour lesquelles l'accouchement a nécessité l'application d'un forceps et nous avons analysé la morbidité maternelle et la morbi-mortalité néonatale.

Résultats

Sur les 9621 accouchements, il y a eu 138 applications de forceps, ce qui correspond à 1,4 % des accouchements. Il s'agissait dans 66 % des cas de primipares et dans 23 % de paucipares. Les principales indications ont été : le manque d'effort expulsif (65,2 %), la souffrance fœtale (16,7 %) et l'éclampsie (11,6 %).

Nous avons noté 25 déchirures du col, 8 déchirures périnéo-vulvo-vaginales et 1 fistule vésico-vaginale.

En dehors des 19 morts in utero dont l'extraction a nécessité l'application du forceps, 119 enfants sont nés avec le score d'Apgar suivant : < 4 : 27 cas dont 10 ont été réanimés en vain. Entre 6 et 4 : 47 cas. 7 : 45 cas.

Parmi ces nouveau-nés, nous avons noté 5 lésions cutanées de la tête, 1 paralysie du nerf facial et 6 paralysies du plexus brachial.

32 nouveau-nés soit 26,8 % ont été transférés dans le service de néonatalogie dont 13 sont décédés.

Conclusion

Peu utilisé dans notre service, le forceps a cependant entraîné une morbidité et mortalité néonatales élevées. L'amélioration de cette situation passe par l'observation des conditions strictes d'application de cet instrument.

Mots clés : Forceps, morbidité, mortalité.

INTRODUCTION

Instrument de préhension, de direction et de traction dont l'efficacité dans des mains expertes est connue [1, 2], le forceps n'est pas, à ce jour, apprécié à sa juste valeur dans les salles de travail en Afrique.

En effet, le souvenir des périnées complets et compliqués avec des fistules vésico-vaginales difficilement curables ainsi que celui des morts nés aux têtes déformées par les cuillères expliquent souvent la réticence à son utilisation.

C'est ainsi que nous avons réalisé ce travail au C.H.U. de Brazzaville, afin de déterminer la fréquence de son

utilisation dans notre service, de rechercher les causes de son préjugé défavorable et proposer des solutions pour qu'il puisse retrouver une meilleure place dans notre pratique obstétricale quotidienne.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons revu les registres et dossiers des accouchées de notre service au CHU de Brazzaville, du 1er janvier 1998 au 31 mai 2000, soit 29 mois, et nous avons retenu celles pour lesquelles un forceps a été utilisé. Toutes ces interventions ont été pratiquées à l'anesthésie locale à la Xylocaïne(r), par indisponibilité des anesthésistes. Le forceps utilisé dans tous les cas, a été celui de Tarnier.

Les nouveau-nés en mauvais état ont été transférés dans le service de néonatalogie du même hôpital, où ils ont été classés selon le tableau 1.

* Service de Gynécologie Obstétrique «B».

** Service de Néonatalogie CHU - B.P. 32 Brazzaville - Congo.

Le forceps...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

Tableau 1 : Classification de l'encéphalopathie anoxo-ischémique en fonction des signes cliniques

Signes clinique	Stade mineur ou 1er degré	Stade modéré ou 2ème degré	Stade majeur ou 3ème degré
Eveil	Normal	Léthargique	Coma
Cri	Vigoureux	Plaintif	Absent
Motilité spontanée	Normale ou irritabilité	Faible	Nulle
Tonus musculaire	Normal ou ± augmenté	Hypotonie modérée	Hypotonie globale
Rot	Vifs	Vifs	Diminués ou abolis
Réflexes primaires	Normaux/augmentés	Diminués	Nuls
Pupilles	Dilatées	Myosis	Variables
Détresse respiratoire	0	± marquée	++, ± Apnées
Fréquence cardiaque	Normale	Diminuée	Diminuée
Convulsions	0	+, cliniques ou EEG	EMC

RESULTATS

Pendant la période d'étude, nous avons eu 9621 accouchements, dont 138 ont nécessité l'application de forceps, soit une fréquence de 1,4 % des accouchements.

Il s'agissait dans 66 % des cas de primipares et dans 23 % de paucipares et 11 % de multipares.

Indications

Tableau 2 : Répartition des parturientes selon l'indication du forceps

Indications	Nb	%
Fœtales		
Souffrance fœtale aiguë	23	16,7
Arrêt de progression	6	4,3
Maternelles		
Manque d'effort expulsif	90	65,2
Eclampsie	16	11,6
Utérus cicatriciel	3	2,2
Total	138	100

Tableau III : Répartition de la Cotation d'Apgar en fonction de l'indication du forceps (CA = Cotation d'Apgar)

Indications C.A.	Souffrance fœtale	Manque d'effort	Eclampsie	Arrêt de progression	Utérus cicatriciel	Total
7	1	41	0	0	3	45
6 - 4	15	23	3	6		47
< 4	7	7	13	0	0	27

Terme de la grossesse

La majorité des applications de forceps a été réalisée sur des accouchements à terme entre 37 et 40 semaines : 78 %. Aucun forceps n'a été posé avant 35 semaines.

Morbidité maternelle

Cette intervention a entraîné :

- déchirures du col : 25,
- déchirures périnéo-vulvo-vaginales : 8,
- fistule vésico-vaginale : 1.

Morbidité et mortalité fœtales

En faisant abstraction des 19 morts in utero dont l'extraction a nécessité l'application du forceps, 119 enfants sont nés avec les coefficients d'Apgar suivants :

- < 4 : 27 cas dont 10 ont été réanimés en vain,
- entre 6 et 4 : 47 cas,
- 7 : 45 cas.

Parmi ces nouveau-nés, nous avons noté 5 lésions cutanées de la tête, 1 paralysie du nerf facial et 6 paralysies du plexus brachial.

32 nouveau-nés soit 26,8 % ont été transférés dans le service de néonatalogie.

Le forceps...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

- Parmi les 27 nouveaux nés avec un C.A. < 4 :
- 10 enfants ont été réanimés en vain,
 - 13 ont été admis en néonatalogie avec le diagnostic de souffrance cérébrale de 3ème degré,
 - 4 ont eu une évolution favorable.

Tableau IV : Degré de la souffrance cérébrale en fonction de l'indication du forceps

Indications degré	Manque d'effort expulsif		Eclampsie		Souffrance fœtale		Total
	N	%	N	%	N	%	
SCNN1	7	70	1	15	-	-	8
SCNN2	2	20	-	-	8	61,5	10
SCNN3	1	10	6	85	5	38,5	13

En cas de SCNN1 (souffrance cérébrale néonatale de 1er degré) la durée d'hospitalisation a été en moyenne de 5,26 jours ; elle a été de 12,6 jours en cas de SCNN2 et tous les enfants ayant présenté une souffrance cérébrale néonatale de 3ème degré sont décédés.

DISCUSSION

Fréquence

Le forceps a été peu utilisé dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Brazzaville. Notre taux de 1,4 % de naissances est proche de celui de AKPOVI et Coll. [3] au Bénin soit 2,5 %, mais nettement inférieur à celui des pays européens : 13 % dans l'étude de CLARIS [4].

Plusieurs raisons pourraient expliquer le peu d'utilisation de cet instrument :

- Le préjugé défavorable lié à son passé de grandes complications maternelles et néonatales du fait des mauvaises applications par des opérateurs inexpérimentés,
- L'actuelle inexpérience de certains obstétriciens ayant la hantise des manœuvres obstétricales,
- La pseudo-facilité de l'opération césarienne à laquelle il est plus facilement fait recours, bien que ces deux interventions n'aient pas toujours les mêmes indications et conditions d'exécution,
- L'inexistence de certaines indications fréquentes en Europe, telles que les forceps consécutifs à la péridurale [2], cette analgésie n'étant pas en cours dans notre service.

Caractéristiques des parturientes

Dans notre étude, l'extraction par forceps a plus concerné les primipares que les autres catégories de femmes, rejoignant ainsi les résultats de l'équipe de Cotonou [3]. L'explication se trouve d'abord dans le fait que les primipares représentent la majorité de nos parturientes.

Leur première expérience d'accouchement est souvent mal vécue, surtout lorsqu'elles n'ont bénéficié d'aucun suivi psychologique à la période prénatale. Ceci explique leurs difficultés lors de la période d'expulsion : manque d'effort expulsif (tableau 2), surajouté à la rigidité de leur périnée.

Les 16 cas d'éclampsie ont été également observés chez les primipares (tableau 2). Il s'agit d'une complication classique des syndromes vasculo-rénaux survenant préférentiellement chez les primipares mal suivies pendant la grossesse.

Indications

La souffrance fœtale aiguë et le manque d'effort expulsif qui sont les indications classiques du forceps ont été dominantes dans notre étude (tableau 2). Nous avons eu à poser des forceps pendant la crise d'éclampsie, alors que généralement la conduite à tenir nécessite la césarienne, pour rapidement vider l'utérus et permettre l'arrêt des crises. Dans notre série, il s'agissait des parturientes à dilatation complète, dans un état comateux, et qui par conséquent ne pouvaient fournir le moindre effort expulsif.

Morbidité maternelle

Bien qu'étant reconnue comme agressive pour les tissus maternels, mais à un moindre degré que la césarienne, l'utilisation du forceps dans notre série n'a entraîné, hormis un cas de fistule vésico-vaginale, que des lésions peu graves du col, du vagin et du périnée comme l'ont souligné d'autres auteurs [3, 4, 5, 6, 7]. Toutes ces lésions ont été facilement réparées. L'utilisation quasi-systématique de l'épisiotomie, la pose des forceps seulement à la partie basse, ainsi que l'abandon des grandes rotations nous ont permis d'éviter les grands délabrements vagino-vulvo-périnéaux naguère plus fréquents.

Morbidité néonatale

Si le bilan maternel a semblé satisfaisant, par contre, les nouveau-nés ont payé un lourd tribut quand on considère le nombre de nouveau-nés avec un coefficient d'Apgar < 7 à la première minute (tableau 3), ceux qui

Le forceps...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

ont été réanimés en vain et ceux qui ont été transférés dans le service de néonatalogie.

2 types de lésions ont intéressé le nouveau-né : celles qui ont un rapport direct avec l'application du forceps et celles qui sont indépendantes à la pose.

Concernant la première catégorie, il s'agit :

- **Des excoriations** dues à une trop forte pression du forceps sur la tête fœtale. Celles-ci ont guéri en une semaine,

- **De la paralysie faciale traumatique**

Elle est la conséquence de la mauvaise appréciation de la variété de la présentation avec prises asymétriques (fronto-mastoiïdiennes dans les cas extrêmes), ce qui entraîne la compression du nerf facial à son émergence du trou stylo mastoiïdien par la cuillère du forceps [8, 9].

Dans notre cas, cette prise asymétrique est due aux mauvaises conditions de réalisation de cette l'intervention : pas d'anesthésie générale donc parturiente agitée ; et méconnaissance de la variété de la présentation, les repères étant recouverts par une importante bosse séro-sanguine, surtout après un long travail. La paralysie faciale obstétricale jouit généralement d'une excellente réputation, si la lésion nerveuse est extra-crânienne [8, 9]. Notre nouveau-né a d'ailleurs récupéré au bout d'une semaine d'hospitalisation.

- **De l'élongation du plexus brachial** (6 cas dans notre série). Elle s'explique par la traction trop forte du forceps qui entraîne des lésions traumatiques d'étiement des troncs primaires ou plus souvent des racines du plexus brachial au niveau du rachis cervical. Le pronostic des atteintes du plexus brachial est toujours difficile à apprécier, mais si l'amélioration est nette dans les 15 jours, on peut prédire une très bonne récupération [1].

Nous n'avons pu suivre l'évolution de nos 6 paralysies du plexus brachial, les malades ayant été perdus de vue.

La deuxième catégorie de lésions est difficilement imputable au forceps, leur apparition étant antérieure à la pose et étant à l'origine de cette indication : il s'agit des souffrances fœtales aiguës ou des crises d'éclampsie. Dans ces situations, nous avons assisté à un taux impor-

tant d'enfants nés avec une cotation d'Apgar < 7 à (tableau 3), dont certains ont été réanimés en vain et d'autres ont été admis en néonatalogie.

Ainsi l'analyse globale permet de constater que lorsque l'indication a été uniquement le manque d'effort expulsif, sans souffrance fœtale, l'état et l'évolution ont été bons : la majorité de ces nouveau-nés ont eu un CA > 7 (tableau 3), et parmi ceux qui ont été adressés en néonatalogie, 70 % ont présenté une souffrance cérébrale néonatale de 1er degré (tableau 4) avec une durée d'hospitalisation de 5,23 jours. Par contre, leur évolution a été plus grave en cas d'indication de souffrance fœtale aiguë ou d'éclampsie. En effet, les nouveau-nés ont alors développé (tableau 4) soit une souffrance néonatale de 2ème degré avec une durée d'hospitalisation moyenne de 12 jours, soit une souffrance de 3ème degré dont l'issue a été fatale dans tous les cas.

Aussi, si l'on doit incriminer le forceps dans l'apparition des lésions cérébrales, on constate que ces dernières sont certainement mineures, comme on peut s'en rendre compte dans les indications type le manque d'effort expulsif. La gravité des lésions cérébrales a été plus du fait de la pathologie en cause (éclampsie ou souffrance fœtale) et de sa durée, que de l'application du forceps comme cela est souvent déclaré à tort ; d'où la nécessité en cas de pathologie en cours de travail, d'agir vite pour éviter des lésions cérébrales irréversibles chez le nouveau-né, plutôt que d'attendre la période d'expulsion et poser un forceps. Mais ceci n'est toujours pas possible dans nos conditions de travail, sans cardiocotographe et mesure du pH pour le diagnostic précoce de celle-ci. Dans ces cas, il n'est pas toujours possible de réaliser rapidement une césarienne en urgence, la patiente devant acheter tous les consommables nécessaires à l'intervention. Cette situation explique en partie le taux important de nos transferts en néonatalogie, soit 26,8 % nettement plus important en comparaison au 1,32 % observé par BERTHET [7].

Nos constatations rejoignent ainsi les données de la littérature et notamment CLARIS [4] qui montre dans son étude qu'en dehors des lésions cervico vaginales maternelles et de la paralysie fœtale chez le nouveau-né, il n'y a pas de différence significative entre la voie basse et l'application du forceps en ce qui concerne les

Le forceps...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

lésions neurologiques.

C'est pourquoi, nous pensons, comme l'ont souligné d'autres auteurs [4, 6, 7], que le forceps, même dans nos conditions difficiles de travail en Afrique, devrait être mieux apprécié et par conséquent être plus largement utilisé comme dans les pays européens, à condition d'en respecter les indications et les conditions des règles strictes. En effet l'application du forceps nécessite un bon apprentissage, et le forceps «sans danger» demande une finesse car c'est un art.

CONCLUSION

On peut dire que des conditions sont nécessaires à l'application d'un forceps avec un minimum de dégâts

maternels et/ou fœtaux :

- Le dépistage, au cours des consultations prénatales bien faites et pendant le travail, des contre-indications à la voie basse par un examen clinique approfondi du bassin, avec appréciation du volume fœtal, complété par une échotomographie et une radiopelvimétrie si possible,
- Le travail dirigé,
- L'application correcte du forceps par des opérateurs expérimentés.

Le respect de toutes ces conditions devrait permettre de réduire la morbidité maternelle et/ou fœtale et, par conséquent, donner au forceps une meilleure image.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BAUDET J.H.
Obstétrique Pratique.
Maloine rd. Paris, 2ème édition, 1990 ; 369-375 : 413-416.
- 2 - MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.
Précis d'Obstétrique.
Masson ed. Paris, 6ème édition, 1995 : 494-519.
- 3 - AKPOVI J., PERRIN R.X., ALIHONOU E.
Les applications de forceps au CNHU de Cotonou.
Le Bénin Médical Spécial Gynécologie Obstétrique, Année 1998 ; n°8.
- 4 - CLARIS O., AUDRA P., MELLER G., PUTET G., SALLE B.
Les risques du forceps : le point de vue du pédiatre et de l'obstétricien.
Rev. Fr Gynécol. Obstét., 1990 ; 85 : 549-551.
- 5 - JUDLIN P.
Complications maternelles des forceps, in Mécanique et Techniques obstétricales.
Sauramps médical, 1993 ; 571-574.
- 6 - BERTHET J., RACINET C.
Extractions instrumentales du fœtus.
Editions techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Obstétrique 5 - 095 - A10 1993 ; 20 p.
- 7 - BERTHET J., ROSIER P.
La place des extractions instrumentales en 1987 in Mises à jour en Gynécologie Obstétrique.
Vigot Ed. Paris, 1987 ; 257-285.
- 8 - CAMUS M., LEFEVRE G., DARBOIS Y.
Paralysies faciales d'origine obstétricales. Circonstances de survenue, évolution.
Rev. Fr Gynécol. Obstét., 1986 ; 81 (3) :145-147.
- 9 - GOUYON J.B.
Complications néonatales des forceps, in Mécanique et Techniques obstétricales.
Sauramps médical, 1993 ; 571-574.