

**Avis :** Cette directive clinique a été rédigée et examinée par le comité Pratique clinique - obstétrique, et a été approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Une révision est en cours.

N° 148, août 2004 (réaffirmée février 2018)

## N° 148-Directive clinique sur l'accouchement vaginal opératoire

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Yvonne M. Cargill, MD, Ottawa (Ont.)

Catherine Jane MacKinnon, MD, Brantford (Ont.)

Comité pratique clinique-obstétrique : Catherine Jane MacKinnon (présidente), MD, Brantford (Ont.); Marc-Yvon Arsenault, MD, Montréal (Québec); Elias Bartellas, MD, St. John's (T.-N.-L.); Yvonne M. Cargill, MD, Ottawa (Ont.); Sue Daniels, inf.aut., Dartmouth (N.-É.); Tom Gleason, MD, Edmonton (Alb.); Stuart Iglesias, MD, Gibsons (C.-B.); Michael C. Klein, MD, Vancouver (C.-B.); Carolyn A. Lane, MD, Calgary (Alb.); Marie-Jocelyne Martel, MD, Saskatoon (Sask.); Ann E. Sprague, inf.aut. a., BN, MEd, Ottawa (Ont.); Ann Roggensack, MD, Kingston (Ont.); Ann Kathleen Wilson, BHSc, sage-femme aut., Ilderton (Ont.).

**Mots clés :** Vacuum extraction delivery, obstetrical forceps delivery, operative birth, Caesarean section, second stage of labour

### Résumé

**Objectif :** Offrir une directive clinique sur l'accouchement vaginal opératoire dans le cadre de la prise en charge du deuxième stade de travail.

**Options :** Les techniques non opératoires, l'épisiotomie et la césarienne sont comparées à l'accouchement vaginal opératoire.

**Issue :** Réduction de la morbidité et de la mortalité fœtales et maternelles.

**Résultats :** Des recherches ont été menées dans les bases de données MEDLINE et Cochrane afin d'y trouver les articles de langue anglaise, publiés entre janvier 1970 et juin 2004, comprenant les mots clés suivants : *vacuum* et *birth*, ainsi que *forceps* et *birth*. Le niveau des résultats et la qualité des recommandations ont été déterminés à l'aide des critères d'évaluation décrits par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique.

### Recommandations :

1. Les interventions non opératoires (telles que le soutien individuel, l'utilisation d'un partogramme, le recours à l'oxytocine et le fait de retarder la poussée chez les femmes bénéficiant d'une péridurale) limitent la nécessité d'avoir recours à un accouchement opératoire (I-A).
2. Utilisée seule ou conjointement avec un accouchement instrumental, la rotation manuelle n'entraîne aucune augmentation des risques en ce qui concerne la femme enceinte ou le fœtus (III-B).
3. Le recours systématique à l'épisiotomie n'est pas nécessaire dans le cadre d'un accouchement vaginal assisté (II-IE).
4. Lorsqu'une intervention opératoire au cours du deuxième stade de travail s'avère nécessaire, les options, les risques et les avantages propres à la ventouse obstétricale, aux forceps, et à la césarienne doivent être pris en considération. Le choix de l'intervention doit être individualisé, puisque aucune de ces méthodes ne se démarquent clairement des autres en matière d'innocuité ou d'efficacité (II-B).
5. L'échec de la méthode choisie (qu'il s'agisse de la ventouse obstétricale et/ou de forceps), en ce qui a trait à l'accouchement du

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(2):e81–e90

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.004>

Copyright © 2018 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

foetus dans un délai raisonnable, doit être considéré comme une indication pour l'abandon de la méthode en question (III-C).

6. Une expérience clinique adéquate et la formation appropriée de l'opérateur sont essentielles à l'exécution en toute sûreté d'un accouchement opératoire. Les comités d'agrément hospitaliers ne devraient permettre l'exécution de ces techniques qu'aux personnes

ayant bénéficié d'une formation appropriée et ayant fait preuve d'aptitudes adéquates (III-C).

**Validation :** Cette directive clinique a été approuvée par le comité Pratique clinique – obstétrique, le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781808>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781808>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)