

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a pour politique de passer le contenu en revue cinq ans après sa publication. Le document peut alors être archivé ou révisé pour refléter les nouvelles données probantes.

N° 415, juin 2021

## Opinion de comité n° 415 : Césarienne au deuxième stade avec enclavement de la tête fœtale

*(In English: Impacted Fetal Head, Second-Stage Cesarean Delivery)*

Le présent document est une traduction de la version en anglais. En cas de divergence entre les deux versions, la version en anglais prévaut.

Les auteurs ont préparé la présente directive clinique avec le soutien des membres du comité de pratique clinique – obstétrique de la SOGC. Les membres du comité consultatif des médecins de famille, du comité médico-juridique et d'éthique et du comité de médecine fœto-maternelle de la SOGC l'ont passée en revue, puis le comité de surveillance et de gestion des directives cliniques et le conseil d'administration de la SOGC l'ont approuvée.

### Auteurs

Christine Bloch, M.D., Stratford, Ont.  
Sharon Dore, inf. aut., Ph.D., Hamilton, Ont.  
Sebastian Hobson, M.D., MPH, Ph.D., Toronto, Ont.

### Comité de pratique clinique – obstétrique de la SOGC (2020) :

Jon Barrett, Melanie Basso, Kim Campbell, Krista Cassell, Cynthia Chan, Gina Colbourne, Christine Dallaire, Kirsten Duckitt, Ellen Giesbrecht (présidente), Amy Metcalfe, J. Larry Reynolds, Debbie Robinson, Marie-Ève Roy-Lacroix, et Kristen Simone.

**Remerciements :** Les auteurs souhaitent remercier les collaborateurs spéciaux suivants : Michael Bow, M.D., Edmonton, Alb.; Kim Butler, M.D., Fredericton, N.-B.; Gina Colbourne, M.D., St. John's, T.-N.-L.; Jonathan Hey, M.D., Saskatoon, Sask.; John Kingdom, M.D., Toronto, Ont.; Jackie Thomas, M.D. M.Sc., Toronto, Ont.; Kathi Wilson, S.A., M.Sc., Ilderton, Ont.; et Rory Windrim, M.D., M.Sc., Toronto, Ont.

Merci au réviseure francophone du Québec, la D<sup>re</sup> Marie-Ève Roy-Lacroix de Sherbrooke, Québec, membre de l'Association des gynécologues et obstétriciens du Québec.

**Divulgations :** Les auteurs ont fourni une déclaration de divulgation. M<sup>me</sup> Sharon Dore a déclaré avoir obtenu un contrat à court terme avec Ferring pour élaborer du matériel de formation sur Duratocin stable à température ambiante destiné au personnel infirmier. Aucune autre relation ni aucune activité pouvant impliquer

J Obstet Gynaecol Can 2021;43(3):414–422

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.01.006>

© 2021 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc.

Le présent document correspond au consensus clinique et scientifique en vigueur au moment de sa publication et est sujet à changement. Les renseignements qu'il contient ne doivent pas être considérés comme les seuls traitements ou les seules interventions applicables. Les établissements locaux peuvent modifier les recommandations. La SOGC conseille toutefois aux établissements de bien documenter de telles modifications.

**Consentement éclairé :** Chaque personne a le droit et la responsabilité de prendre des décisions éclairées relativement aux soins qu'elle reçoit avec ses fournisseurs de soins de santé. Pour aider les patientes à faire un choix éclairé, la SOGC recommande que les fournisseurs de soins de santé offrent aux patientes un soutien et des renseignements fondés sur des données probantes en veillant à les adapter à leur culture et à leurs besoins.

**Langue et inclusion :** Bien que la SOGC utilise généralement un langage genré, en ce qui concerne sa mission de promouvoir la santé des femmes, il existe des contextes où il est important d'utiliser un langage non genré pour être pleinement inclusif. La SOGC reconnaît et respecte les droits de chaque personne à qui le présent contenu pourrait s'appliquer, notamment les personnes transgenres, non binaires ou intersexes. La SOGC encourage les fournisseurs de soins de santé à s'engager dans une conversation respectueuse avec chaque patiente et patient relativement à son identité de genre et au pronom de genre de son choix, ainsi qu'à appliquer les présentes directives comme il convient pour répondre aux besoins de chaque personne.

**Droit d'auteur :** Le contenu du présent document ne peut être reproduit d'aucune manière, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

un conflit d'intérêts n'a été déclarée. Chaque auteur déclare répondre aux critères du JOGC pour être désigné comme tel.

**Mots clés :** enclavement de la tête fœtale; césarienne; stade du travail, deuxième; grossesse

**Auteure correspondante :** Christine Bloch;  
dr.christine.bloch@hpha.ca

## MESSAGES CLÉS

1. La reconnaissance précoce des situations pouvant mener à un enclavement de la tête fœtale et la planification en équipe de la césarienne avec une tête fœtale fortement enclavée peuvent aider à réduire les risques de complications.
2. Lors de la planification d'une manœuvre de désenclavement par la technique de poussée, identifiez la ou les personnes les plus compétentes pour l'exécuter.
3. Envisagez une technique par traction, c'est-à-dire par une grande extraction du siège par voie abdominale, en cas d'enclavement de la tête fœtale; cette méthode est associée à moins de complications que la technique de poussée par le bas.

## RÉSUMÉ

**Objectif:** Passer en revue les stratégies cliniques les plus efficaces pour désengager une tête fœtale enclavée pendant la césarienne.

**Population cible:** Les femmes qui subissent une césarienne lorsque la tête fœtale est fortement enclavée.

**Options:** La technique par poussée (par le bas) ou par traction (grande extraction du siège par voie abdominale).

**Résultats:** La prise en charge adéquate de cette situation clinique peut réduire les risques de morbidité et mortalité maternelle et périnatale.

**Bénéfices, risques et coûts:** Lorsque l'on anticipe un enclavement de la tête fœtale, il est possible de réduire le risque de complications maternelles et fœtales, les atteintes à court et à long terme ainsi que les coûts associés en adoptant une stratégie fondée sur des données probantes. Les recherches sur la valeur de l'apprentissage par simulation, les évaluations régulières pendant le travail et la préparation de l'équipe aux interventions possibles aideront à orienter les soins de qualité.

**Données probantes:** Les termes de recherche suivants ont été utilisés dans les bases de données PubMed-Medline, Google Scholar et Cochrane pour la période de publication de 2012 à 2019 :

- "Guidelines" "manual"
- "Caesarean Section"
- "full dilation"
- "operative delivery"
- "impacted head"
- "Caesarean" AND "full dilation" AND "impacted head"
- "Caesarean" AND "second stage of labour" OR "second stage" AND "impacted head"
- "Caesarean" OR "operative delivery" AND "impacted head"

Au total, 32 articles ont été récupérés et 24 ont été jugés adéquats comme références. Plusieurs de ces articles étaient des opinions d'experts. Les essais cliniques randomisés avaient des échantillons de petite taille et ont été menés dans des contextes qui limitent la généralisabilité de leurs résultats à la population canadienne<sup>20</sup>.

**Professionnels cibles:** Fournisseurs de soins de santé intrapartum

## **INTRODUCTION**

L'enclavement de la tête fœtale (ETF) est une situation difficile à prendre en charge pendant la césarienne. Il peut entraîner la morbidité ou la mortalité maternelle ou fœtale. Les examens de situations cliniques effectués par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario et le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux de l'Ontario (Bureau du coroner en chef) ont révélé un besoin de formation, d'une meilleure planification et de pratiques de soins fondées sur des données probantes pour préparer les fournisseurs de soins de santé à cette situation d'urgence potentielle<sup>1-5</sup>.

## **DÉFINITION**

L'enclavement de la tête fœtale fait référence à la situation où il est impossible d'extraire la tête fœtale par les manœuvres habituelles pendant la césarienne, car la tête est logée profondément dans le pelvis maternel. Le modelage de la tête fœtale à l'intérieur du pelvis contribue à l'absence d'un espace suffisant qui permettrait au chirurgien d'insérer sa main pour déloger la tête fœtale. L'enclavement peut survenir avant la dilatation complète, mais on le détecte surtout pendant une césarienne effectuée au deuxième stade du travail.

## **INCIDENCE**

Le taux de césariennes continue de grimper au Canada. En effet, l'Institut canadien d'information sur la santé a signalé un taux de 28,2 % en 2016-2017, allant de 18,5 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 35,3 % en Colombie-Britannique<sup>1</sup>. Il existe peu de statistiques sur la dilatation du col au moment de la césarienne. Par conséquent, on ne peut savoir avec certitude dans quelle mesure la proportion de césariennes effectuées à dilatation complète contribue à l'augmentation de ces taux. Les statistiques sur la fréquence de l'ETF au Canada ne sont pas claires étant donné qu'il n'en existe aucune définition précise, que les cas ne sont pas détaillés dans les dossiers des patientes et que l'on ne collecte pas de données spécifiques. À l'échelle planétaire, on estime que le taux d'ETF représente 1,5 % de toutes les césariennes. Étant donné que la tête fœtale fortement enclavée est particulièrement observable en cas de césarienne d'urgence, le taux pourrait atteindre 25 % pour ces accouchements<sup>6,7</sup>.

La prévalence de plus en plus importante des facteurs de risque pouvant faire augmenter le poids du fœtus,

## **ABRÉVIATIONS**

AVA	accouchement vaginal assisté
ETF	enclavement de la tête fœtale

notamment l'obésité et le diabète gestationnel, contribue aussi à la disproportion céphalo-pelvienne relative<sup>8</sup>.

## **FACTEURS DE RISQUE**

Les facteurs de risque associés à l'ETF sont de plus en plus fréquents; les fournisseurs de soins auront donc besoin des compétences et connaissances nécessaires pour intervenir dans cette situation potentielle. Les facteurs de risque peuvent être regroupés en trois thèmes principaux, lesquels sont abordés ci-après.

### **Deuxième stade prolongé**

Les recommandations sont désormais moins restrictives quant à la durée du deuxième stade du travail. Selon la directive n° 336, *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme*, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), la durée acceptable pour le deuxième stade du travail est de 3 heures chez une femme nullipare et de 2 heures chez une femme par<sup>9</sup>. Cette durée est prolongée à 4 et 3 heures, respectivement, si la femme reçoit une anesthésie régionale. Une longue période de poussée ou de dystocie mécanique peut contribuer à l'ETF.

### **Mauvaise position fœtale**

La mauvaise position, l'asynclitisme ou la déflexion de la tête fœtale peut nuire à la descente pendant le travail et augmenter le risque d'ETF. Au moment de la césarienne, la flexion de la tête fœtale, qui est nécessaire au désenclavement sécuritaire, peut s'avérer difficile lorsque le fœtus est en position occipito-sacrée.

### **Échec de l'accouchement vaginal assisté**

La diminution du recours à l'accouchement assisté par forceps, en particulier en cas de rotation instrumentale ou de forceps hauts, a contribué à l'augmentation du nombre de césariennes au deuxième stade qui auraient traditionnellement pu être des accouchements réalisés de façon sécuritaire par voie vaginale. La ventouse est de plus en plus utilisée, mais comme elle favorise la descente sans toutefois avoir l'avantage de modifier le positionnement, comparativement aux forceps, son utilisation peut entraîner une tête fœtale fortement enclavée dans le canal sans parvenir à un accouchement vaginal.

## **PRÉVENTION DES SITUATIONS D'ETF**

La prévention et la reconnaissance précoce des situations pouvant mener à l'ETF sont essentielles pour réduire le risque de complications pouvant avoir une incidence intra- et post-partum et sur les grossesses ultérieures (encadré). La prise en charge du travail fondée sur des données

## Encadré. Complications décrites en cas de tête fœtale enclavée<sup>3, 11-13</sup>

Maternelles	Fœtales et néonatales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extensions inférieures ou latérales de l'incision utérine</li> <li>• Lésion vésicale</li> <li>• Hémorragie</li> <li>• Endométrite</li> <li>• Infection de plaie</li> <li>• RPMAT et AP dans les grossesses ultérieures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible indice d'Apgar</li> <li>• Admission à l'unité de soins intensifs néonataux</li> <li>• Lésions fœtales, dont les lacérations et les fractures des os longs ou du crâne</li> </ul>

RPMAT : rupture prématurée des membranes avant terme; AP : accouchement prématuré.

probantes et l'évaluation rigoureuse de la probabilité d'un accouchement vaginal assisté (AVA) sécuritaire sont des stratégies importantes.

### Prise en charge du travail

En plus de suivre les recommandations fondées sur des données probantes en matière de prise en charge du travail, il est essentiel d'évaluer minutieusement la situation à chaque stade du travail. La directive n° 336 de la SOGC recommande d'évaluer la descente et la position aux 60 minutes pendant le deuxième stade<sup>9</sup>. La détection précoce de la mauvaise position ou de la dystocie de descente peut également aider à déterminer les situations où une intervention est nécessaire. Il est important de détecter la présence du modelage et d'une bosse séroanguine le plus tôt possible et d'évaluer la possibilité d'une dystocie mécanique.

### Évaluation du potentiel d'AVA sécuritaire

La SOGC recommande aux soignants d'évaluer la possibilité d'un AVA en cas de prolongation du deuxième stade<sup>10</sup>. Pour ce faire, il faut évaluer la progression de la descente, la position fœtale et la bonne proportion céphalopelvienne, en plus de vérifier la disponibilité des ressources. Si l'AVA n'est pas réalisable, il y a lieu d'envisager l'option de la césarienne. Il faut envisager de réévaluer la position et la station fœtales sous analgésie neuraxiale complémentaire en salle d'opération avec la patiente en position de lithotomie modifiée. Dans certaines situations cliniques, en ayant ces données, l'équipe de soins peut envisager de nouveau d'effectuer un AVA sécuritaire (encadré).

## LIGNE DE CONDUITE EN CAS DE CÉSARIENNE AVEC ETF

### Préparation

#### Anticipation

Reconnaître les facteurs de risque d'un ETF afin de faciliter la préparation nécessaire du personnel et de

l'équipement. Discuter avec la femme des étapes qui pourraient s'avérer nécessaires pour l'accouchement.

### Alerte du personnel

Informez clairement le personnel que la césarienne sera effectuée à dilatation complète ou presque avec un risque d'ETF, et inclure cette information sur la liste de contrôle préopératoire pour la sécurité chirurgicale.

- L'anesthésiste doit être informé du besoin possible d'un utérorelaxant ou des changements relatifs à la position de la patiente ou de la table en salle d'opération et être conscient des possibilités associées à une perte de sang supérieure à la moyenne et à un prolongement du temps opératoire.
- Le personnel de réanimation néonatale doit être présent.
- Il y a lieu d'identifier la ou les personnes les plus compétentes pour prêter une assistance vaginale au désenclavement. En plus d'avoir les compétences adéquates en examen vaginal pour déterminer la position de la tête fœtale, cette personne devrait comprendre la nécessité de fléchir la tête fœtale et d'exercer une pression largement distribuée sur le crâne.

### Positionnement

Abaisser la table d'opération ou rendre des marchepieds disponibles pour que le chirurgien-accoucheur puisse orienter la pression sur la tête fœtale vers le haut plutôt que vers lui-même afin de prévenir l'extension latérale de l'incision utérine. Envisager de placer la femme en position de Trendelenburg et/ou en position de lithotomie modifiée (Whitmore)<sup>11</sup>, où les cuisses sont en abduction modérée et fléchies à un angle d'environ 135° par rapport au tronc; on parle parfois de la position de la grenouille.

### Technique

#### Incision

Il y a lieu de pratiquer l'incision utérine assez haut (dans la partie supérieure du segment utérin inférieur possiblement distendu). Ce geste permet de prévenir une entrée involontaire à travers le col de l'utérus ou le vagin lorsqu'une césarienne est réalisée à dilatation complète ou presque. L'extension de l'incision en J ou en T inversé peut faciliter la grande extraction du siège par voie abdominale (voir Technique par traction). Si une décision a été prise à l'avance pour effectuer une grande extraction du siège par voie abdominale (p. ex., après un échec de l'AVA), il est recommandé que le chirurgien effectue une incision transversale haute ou une incision verticale basse, qui peut être allongée au besoin.

### Utérorelaxants

Le désenclavement de la tête fœtale est plus facile lorsque l'utérus est détendu et entre les contractions. L'utérus se contracte habituellement après l'incision et met 1 à 2 minutes avant de se décontracter.

Il est recommandé que le chirurgien évite d'agir avec force ou précipitation, même en cas de tracé de fréquence cardiaque fœtale anormal. Il est essentiel que les gestes du chirurgien soient lents, délibérés et effectués en douceur lorsqu'il opère sur le segment utérin inférieur en présence d'un ETF. Il est essentiel d'éviter de fléchir le poignet contre le myomètre entre l'incision et le col de l'utérus, car ce geste peut entraîner des extensions latérales ou inférieures.

La relaxation pharmacologique du muscle utérin peut faciliter l'extraction fœtale. Il est possible d'y parvenir par l'administration de nitroglycérine (50–200 µg par voie intraveineuse), suivie d'une période de palpation intra-abdominale de l'utérus jusqu'à ce que la relaxation soit adéquate<sup>12</sup>. La relaxation survient dans les 30 à 45 secondes, et l'effet dure 2 minutes. Les techniques décrites dans la section Manœuvres d'extraction peuvent ensuite être réalisées avec un minimum de résistance utérine afin de réduire les risques de traumatismes et d'extension de l'incision.

L'anneau de Bandl est une striction à la jonction du corps utérin épaissi contracturé et du segment utérin inférieur aminci, ce qui est parfois observable en cas de dystocie mécanique. Il peut s'avérer nécessaire de pratiquer une incision verticale dans la zone de striction afin de faciliter l'extraction<sup>12</sup>.

### Manœuvres d'extraction

La partie du fœtus qui se trouve sous l'incision influence la stratégie qu'adoptera le chirurgien. Le chirurgien introduit sa main dans l'utérus et la place autour de l'occiput pour fléchir la tête fœtale. Le choix de la main la plus facile à glisser autour de la tête fœtale peut être influencé par la position du fœtus. Le fait d'exercer une pression vers le haut (vers la tête de la mère) sans fléchir la tête fœtale peut aggraver la déflexion et l'enclavement et augmenter le risque d'extension de l'incision utérine. Si le chirurgien n'est pas en mesure d'insérer aisément sa main entre le pubis et la tête fœtale, il y a lieu d'envisager de surélever les épaules du fœtus.

### Surélévation des épaules fœtales

Dans cette technique, le chirurgien obstétricien soulève les épaules en glissant l'index et le majeur sur les épaules

fœtales pour soulever le fœtus de façon stable. Une fois qu'il a soulevé les épaules et la tête du fœtus, le chirurgien glisse sa main autour de l'occiput pour favoriser la flexion dans les dernières étapes de l'extraction fœtale.

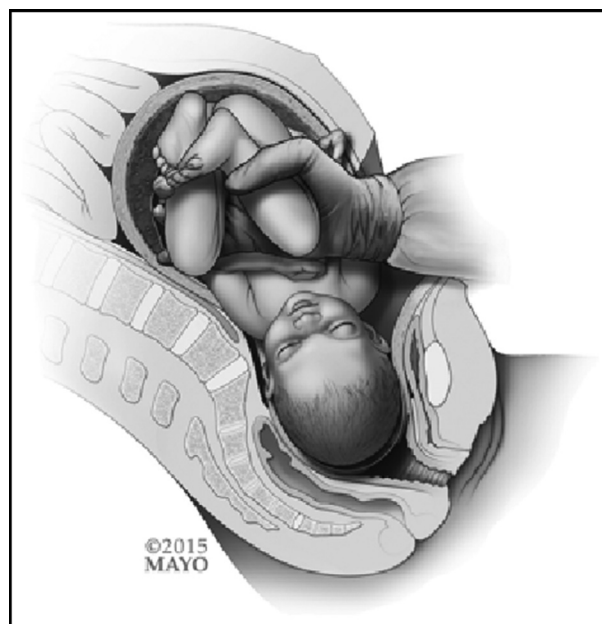
Il est recommandé d'envisager une autre technique si le chirurgien n'est toujours pas en mesure de glisser sa main entre la tête fœtale et le pelvis maternel. Le choix des manœuvres est à la discrétion du chirurgien. Les options sont :

- technique par traction (grande extraction du siège par voie abdominale);
- technique par poussée par le bas.

### Technique par traction

Lors d'une grande extraction du siège par voie abdominale, le chirurgien va saisir les jambes du fœtus pour l'extraire (figure 1). L'incision utérine transversale haute ou verticale basse facilitera cette manœuvre si une grande extraction du siège par voie abdominale est planifiée. Si une incision transversale basse a déjà été réalisée, il peut être nécessaire de prolonger l'incision utérine (en T ou en J). L'intervention est plus facile lorsque la tête est en position occipito-sacrée, car les membres inférieurs du fœtus sont accessibles et la tête fléchira naturellement pendant l'extraction. L'intervention est plus difficile avec une position

**Figure 1. Technique par traction (grande extraction du siège par voie abdominale). Le chirurgien insère sa main dans la portion supérieure de l'utérus pour saisir les jambes et extraire le fœtus par le siège.**



Reproduite avec la permission de la Mayo Foundation for Medical Education and Research.



occipito-pubienne, car le dos fœtal domine la zone d'expansion. Dans ce cas, le chirurgien libère d'abord un bras fœtal. Il effectue ensuite une rotation latérale du fœtus (ce qui crée l'espace nécessaire pour accéder au membre inférieur homolatéral), puis des membres inférieurs pour effectuer une extraction fœtale bien contrôlée en libérant le bras inférieur en dernier.

Des revues systématiques et des méta-analyses ont avancé que la technique par traction comporte moins de risques de lésion fœtale et cause moins de lésions aux tissus maternels, et donc une perte sanguine globale moindre, comparativement à la technique par poussée plus couramment utilisée, décrite dans la section suivante<sup>3, 13-16</sup>. L'expérience de la technique par traction peut être limitée en Amérique du Nord, mais il vaut la peine de l'envisager et de l'étudier davantage.

### Technique par poussée

Avec la femme en position de lithotomie modifiée, le fournisseur de soins de santé identifié insère une main dans le vagin, puis, entre les contractions, il applique une pression vers le haut sur la tête fœtale en la fléchissant (figure 2). Le

**Figure 2. Technique par poussée. Un fournisseur de soins insère une main dans le vagin et utilise la paume de la main ou place les doigts autour de la tête fœtale pour pousser la tête vers le haut. La pression est aussi largement distribuée que possible en favorisant activement la flexion de la tête.**



Reproduite avec la permission de la Mayo Foundation for Medical Education and Research.

chirurgien assure simultanément une traction vers le haut sur les épaules fœtales pour aider à désenclaver la tête. Il est important d'utiliser la technique par poussée uniquement lorsque l'utérus est détendu et de la réaliser avec la main ouverte, car une force excessive appliquée au crâne est associée au traumatisme intracrânien. Il faut exercer une pression aussi largement distribuée que possible en utilisant la paume de la main ou en écartant les doigts autour de la tête fœtale de façon à réduire le risque de lésion crânienne.

Certains auteurs ont décrit l'utilisation d'une ventouse pour aider à pousser vers le haut. Cela dit, à ce jour, cette technique n'a pas été décrite de façon exhaustive dans la littérature. On rapporte toutefois un risque de traumatisme fœtal grave, dont l'hémorragie intracrânienne<sup>3, 13-15, 17</sup>.

### Technique de Patwardhan (épaules en premier)<sup>18,19</sup>

Cette technique, décrite pour la première fois en 1957, implique l'extraction initiale de l'épaule antérieure, suivie de l'épaule postérieure, des fesses, des jambes et, enfin, de la tête<sup>18</sup>. Une méta-analyse de 2016, portant surtout sur des études observationnelles, comparant des techniques de césarienne en cas de tête fœtale fortement enclavée à la dilatation complète a révélé que la technique d'extraction des épaules en premier était associée à un moindre taux d'extension de l'incision utérine comparativement à la technique par poussée<sup>13</sup>. À ce jour, les études n'ont pas encore comparé les techniques de Patwardhan et de grande extraction du siège par voie abdominale.

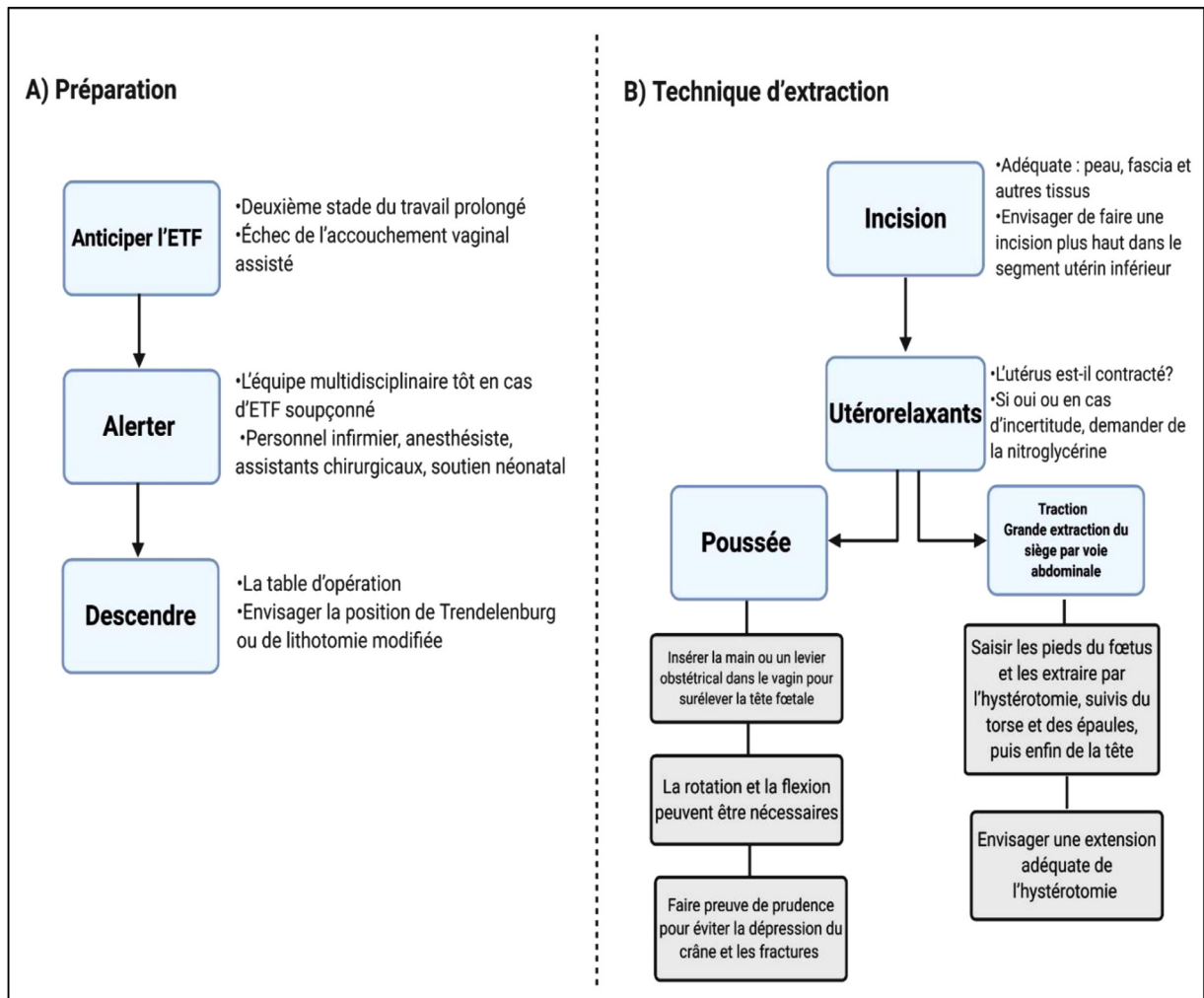
### Dispositifs supplémentaires

Les leviers obstétricaux sont un groupe d'instruments conçus pour occuper moins d'espace que la main du chirurgien et sont plus faciles à manœuvrer autour d'une tête fortement enclavée. Peu de données ont été publiées sur l'efficacité et les risques associés à l'utilisation de ces instruments<sup>20</sup>. Voici quelques exemples de ces instruments :

- Spatule de Coyne;
- Levier de Sellheim;
- Levier de Murless<sup>21</sup>.

Le ballonnet obstétrical (*fetal pillow*) (<https://www.safeob.com/animation>) est un dispositif récemment mis au point. Le chirurgien l'insère dans le vagin avant la césarienne au deuxième stade et le gonfle graduellement. Le dispositif reste en place dans le vagin en maintenant les jambes de la patiente droites, comme c'est le cas normalement lors d'une césarienne. Des données limitées avancent que le

Figure 3. Prise en charge en cas d'enclavement de la tête fœtale (ETF)<sup>4</sup>.



dispositif est associé à une réduction du risque d'extension de l'incision utérine, mais la taille de l'échantillon était limitée et la puissance statistique était insuffisante pour évaluer les différences dans les issues néonatales<sup>22</sup>. D'autres essais sont en cours<sup>23, 24</sup>.

Une autre stratégie pour briser la succion présente en cas d'enclavement consiste à passer une sonde urinaire rigide jetable ou une sonde de Foley de gros calibre sur l'aspect postérieur de la tête fœtale (figure 3)<sup>4</sup>.

### **CONTRÔLE DES COMPLICATIONS**

#### **Maternelles**

L'extension de l'incision utérine jusqu'au sommet est plus facilement repérable en extériorisant l'utérus. Il peut être nécessaire de disséquer la vessie pour la libérer du segment utérin inférieur pour visualiser et réparer une extension et écarter toute possibilité de traumatisme vésical.

#### **Néonatales**

Au-delà de la réanimation initiale, il y a lieu d'évaluer la possibilité de fractures du crâne et des os longs.

### **INSCRIPTION AU DOSSIER ET BILAN**

En cas d'ETF, il y a lieu d'inscrire au dossier les détails de la césarienne, en plus de l'information habituelle, notamment les éléments suivants :

- Étapes préparatoires, y compris les discussions avec la femme et l'équipe de soins;
- Manœuvres effectuées;
- Type d'incision utérine et extension, le cas échéant;
- Complications et traitement maternels;
- Toute contre-indication ou préoccupation pour les grossesses, le travail ou les accouchements à venir.

Il est essentiel de faire un retour sur la situation avec la famille après un événement, surtout en cas d'issue

inattendue. Il est important que les familles connaissent et comprennent les détails des circonstances et la façon dont les membres de l'équipe de soins ont réagi. Il y a également lieu de discuter du type d'incision utérine, plus précisément dans le contexte où il serait possible d'envisager une épreuve de travail sécuritaire pour les grossesses ultérieures.

## FORMATION

Les exercices de simulation et la formation en équipe sur les soins à la femme en cas d'ETF peuvent faciliter les manœuvres nécessaires à la réalisation sécuritaire de l'accouchement.

## RÉSUMÉ

L'évaluation continue pendant le travail afin de déterminer le risque d'ETF, la préparation adéquate à la césarienne et la communication avec l'équipe de soins, y compris le personnel de soins néonataux, réduiront les risques de complications maternelles et néonatales de l'ETF. La collecte de données supplémentaires et la poursuite des recherches sur les stratégies d'extraction en cas d'ETF viendront améliorer notre compréhension des meilleures options et techniques à adopter.

## TROUSSE DE RESSOURCES

Les membres de la SOGC peuvent consulter la Trousse de ressources des directives cliniques sur le site [sogc.org](http://sogc.org) pour obtenir des outils et des ressources complémentaires et participer à des activités donnant droit à des crédits de développement professionnel continu.

## RÉFÉRENCES

- Canadian Institute for Health Information. Inpatient Hospitalizations, Surgeries and Newborn Indicators, 2016–2017. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hospchild-inpatientallosdiagsurg-2016-2017-en.xlsx>.
- Kerr K. Personal Communication. Maternal Newborn Death Review Committee of Ontario. 2019.
- Lenz F, Kimmich N, Zimmermann R, Kreft M. Maternal and neonatal outcome of reverse breech extraction of an impacted fetal head during caesarean section in advanced stage of labour: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30917799>.
- Manning JB, Tolcher MC, Chandraran E, Rose CH. Delivery of an Impacted Fetal Head During Cesarean: A Literature Review and Proposed Management Algorithm. *Obstet Gynecol Surv* 2015;70:719–24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26584721>.
- Allen VM, O'Connell CM, Baskett TF. Maternal and perinatal morbidity of caesarean delivery at full cervical dilatation compared with caesarean delivery in the first stage of labour. *BJOG* 2005;112:986–90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958005>.
- Levy R, Chernomoretz T, Appelman Z, Levin D, Or Y, Hagay ZJ. Head pushing versus reverse breech extraction in cases of impacted fetal head during Cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;121:24–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961214>.
- Singh M, Varma R. Reducing complications associated with a deeply engaged head at caesarean section: a simple instrument. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2008;10:38–41. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1576/toag.10.1017.27372>.
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert C, Feig DS, Berger H, Donovan L, Godbout A, Kader T, et al. Diabetes and Pregnancy. *Can J Diabetes* 2018;42(Suppl 1):S255–S82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29650105>.
- Lee L, Dy J, Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Can* 2016;38:843–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27670710>.
- Hobson S, Cassell K, Windrim R, No Cargill Y. 381-Assisted Vaginal Birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41:870–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31126436>.
- Landesman R, Graber EA. Abdominovaginal delivery: modification of the cesarean section operation to facilitate delivery of the impacted head. *Am J Obstet Gynecol* 1984;148:707–10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6702937>.
- Axemo P, Fu X, Lindberg B, Ulmsten U, Wessen A. Intravenous nitroglycerin for rapid uterine relaxation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:50–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9492718>.
- Jeve YB, Navti OB, Konje JC. Comparison of techniques used to deliver a deeply impacted fetal head at full dilation: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2016;123:337–45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26301522>.
- Nooh AM, Abdeldayem HM, Ben-Affan O. Reverse breech extraction versus the standard approach of pushing the impacted fetal head up through the vagina in caesarean section for obstructed labour: A randomised controlled trial. *J Obstet Gynaecol* 2017;37:459–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28141942>.
- Waterfall H, Grivell RM, Dodd JM. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2016: CD004944. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26827159>.
- Ezra O, Lahav-Ezra H, Meyer R, Cahan T, Ilan H, Mazaki-Tovi S, et al. Cephalic extraction versus breech extraction in second-stage caesarean section: a retrospective study. *BJOG* 2020;127:1568–74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32406174>.
- Frass KA, Al Eryani A, Al-Harazi AH. Reverse breech extraction versus head pushing in caesarean section for obstructed labor. A comparative study in Yemen. *Saudi Med J* 2011;32:1261–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22159381>.
- Patwardhan BD, Motashaw ND. Cesarean section. *J Obstet Gynaecol India* 1957;8:1–15.
- Khosla AH, Dahiya K, Sangwan K. Cesarean section in a wedged head. *Indian J Med Sci* 2003;57:187–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14514249>.
- Vousden N, Cargill Z, Briley A, Tydeman G, Shennan AH. Cesarean section at full dilatation: incidence, impact and current management. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2014;16:199–205. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tog.12112>.



21. Weisman AI, Carrabba SR. Experiences with the Murless head extractor in cesarean section. *J Am Med Assoc* 1952;150:1209–12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12990389>.
22. Dutta S, Bhattacharyya SK, Adhikary S, Seal SL. A comparative study between modified Patwardhan technique and Foetal Pillow during caesarean section in full dilatation in cases of deeply engaged foetal head. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 2019;18:1–7. Available from: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol18-issue9/Series-4/A1809040107.pdf>.
23. Seal SL, Dey A, Barman SC, Kamilya G, Mukherji J, Onwude JL. Randomized controlled trial of elevation of the fetal head with a fetal pillow during cesarean delivery at full cervical dilatation. *Int J Gynaecol Obstet* 2016;133:178–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26868074>.
24. Lassey SC, Little SE, Saadeh M, Patton N, Farber MK, Bateman BT, et al. Cephalic Elevation Device for Second-Stage Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2020;135:879–84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32168216>.