

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



Année : 2019

N° : 161

**EXTRACTION INSTRUMENTALE PAR VENTOUSE OBSTETRICALE AU  
CENTRE DE SANTE NABIL CHOUCAIR (DAKAR, SENEGAL) DE 2005 A  
2016 : INDICATIONS ET PRONOSTICS**

**MEMOIRE**

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES  
EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE**

**Présenté et soutenu le 21 Août 2019**

**Par**

**Dr. MARGARITA CRISTINA EYANG ELA ABESO**

**Née le 29 Mars 1979 à Niefang (GUINEE EQUATORIALE)**

<b>Président du Jury :</b>	M. Mamadou Lamine	CISSE	Professeur Titulaire
<b>Membres :</b>	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
	Mme Mame Diarra	NDIAYE	Maître de Conférences Titulaire
<b>Directeur de mémoire :</b>	M. Philippe Marc	MOREIRA	Professeur Titulaire
<b>Co-Directeur de mémoire :</b>	M. Omar	GASSAMA	Maître de Conférences Titulaire

## **DEDICACE**

Au Dieu Tout Puissant et Miséricordieux, merci d'être toujours auprès de moi

Ainsi, je dédie ce mémoire :

A la mémoire de mon père, **MAXIMILIANO ELA NDONG** ; ce travail est dédié à mon père, décédé trop tôt, qui m'a toujours poussé et motivé dans mes études. J'espère que, du monde qui est sien maintenant, il apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance de la part d'une fille qui a toujours prié pour le salut de son âme. Puisse Dieu, le tout puissant t'accueillir dans son paradis éternel.

A ma chère mère, **PETRA CRISTINA**, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours.

A mon fils **MAXIMILIANO ELA** et ma cousine **ESTEFANIA**, pour leurs encouragements permanent et leur soutien moral

**A MES ONCLES et MES FRERES** pour leur soutien

## REMERCIEMENTS

Au **Professeur Jean Charles MOREAU**, vous nous avez ouvert les portes de la spécialisation en Gynécologie-Obstétrique. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au **Professeur Alassane DIOUF**, merci pour la confiance que vous m'accordez. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance

Au Professeur Philippe Morreira. , merci pour votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre sens d'écoute et d'échange. Je vous également remercie pour votre suivi et votre énorme soutien que vous m'avez prodigué tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Au **Docteur Omar GASSAMA**, merci pour votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre sens d'écoute et d'échange. Je vous remercie aussi pour votre patience, votre suivi et votre énorme soutien que vous m'avez prodigué tout au long de la réalisation de ce mémoire.

A tous les enseignements, assistants et collègues pour la patience et soutien moral

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Ventouse Minicup® avec des cupules de différentes tailles .....	2
Figure 2: Ventouse Kiwi .....	3
Figure 3: Ventouse de Malström.....	3
Figure 4: Ventouse de Bird .....	4
Figure 5: Répartition des patientes selon les types d'extraction .....	6
Figure 6: Répartition des patientes selon les tranches d'âge .....	7
Figure 7: Répartition des patientes selon la gestité .....	7

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Répartition des femmes suivant la variation de position.....	8
Tableau II: Indications de la ventouse obstétricale.....	9
Tableau III: Répartition des femmes suivant le type de prise.....	9
Tableau IV: Répartition des complications maternelles .....	10

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	1
Matériels et méthodes. ....	5
1. Type et durée d'étude.....	5
2. Population d'étude .....	5
3. Critères d'inclusion.....	5
4. Critères d'exclusion .....	5
5. Paramètres étudiés .....	5
6. Collecte et analyse des données .....	5
7.RESULTATS .....	6
7.1.Effectifs.....	6
7.2.Caractéristiques sociodémographiques .....	6
7.2.1. Age.....	6
7.2.2. Statut matrimonial.....	7
7.2.3. Gestité et parité .....	7
7.2.4. Consultations prénatales .....	8
7.2.5. Données cliniques .....	8
7.2.6. Données néonatales.....	10
7.2.7. Complications fœtales.....	10
7.2.8. Devenir enfant.....	10
7.2.9. Données maternelles .....	10
8. DISCUSSION .....	12
8.1. Caractéristiques socio-épidémiologiques.....	12
8.2. Indications, technique opératoire, type d'instrument et durée des extractions instrumentales .....	13

8.3. Aspects pronostiques .....	14
8.3.1. Maternels.....	14
8.3.2.Néonatales.....	14
CONCLUSION.....	15
Recommandations :.....	15
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	16

## **INTRODUCTION**

La Ventouse obstétricale est un instrument obstétrical de flexion céphalique, traction de certes limites et de rotation induit destiné à extraire le fœtus hors de voie génitale maternelle

Les extractions instrumentales, dont la ventouse, permettent de terminer l'accouchement par voie basse dans certaines 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, c'est donc une pratique à même de sauver la vie des mères des nouveaux nés dans les pays en développement [1]. En Afrique en général et à Dakar en particulier, les études sur la ventouse obstétricale sont rares, ceci en rapport avec l'utilisation peu fréquente de cet outil.

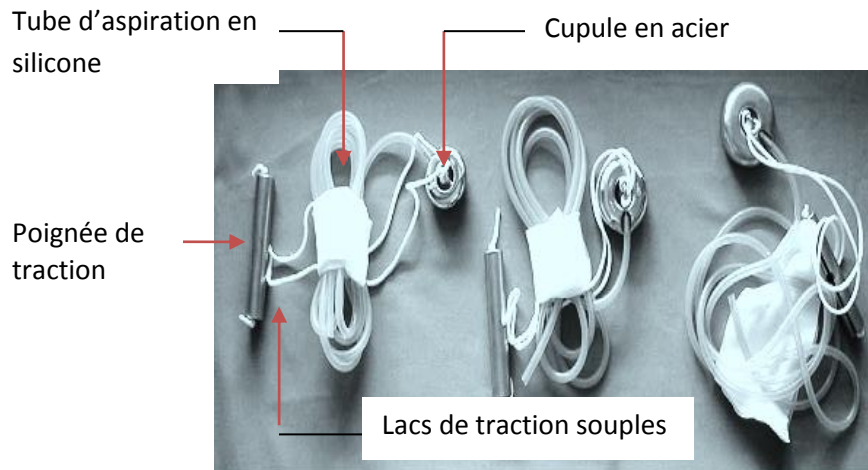
### **Rappels sur la ventouse obstétricale**

Toutes les ventouses présentent une cupule généralement en métal, mais parfois en plastique ou en silicone, un système de traction et un système d'aspiration.

Il existe plusieurs types de ventouse :

#### **➤ Ventouse Minicup® de Drapier-Faure**

Cet appareil est facilement démontable, d'entretien facile. Le profil de la cupule de faible hauteur (1,5 cm) facilite son introduction et sa mise en place. L'aspiration par tube de silicone est reliée à une pompe électrique par l'intermédiaire d'un manomètre (figure 19).

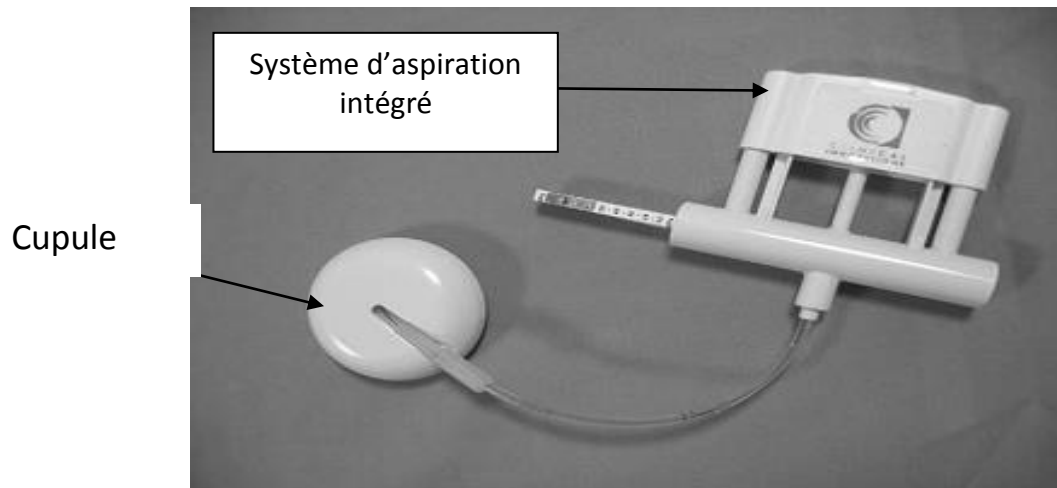


**Figure 1:** Ventouse Minicup® avec des cupules de différentes tailles [6, 52]

➤ **Ventouse de Kiwi® Omnicup**

Il s'agit d'un nouvel instrument à usage unique qui correspond bien aux besoins de l'obstétrique moderne. Cette ventouse a été expérimentée avec succès par deux équipes[10, 83]. Le système d'aspiration est intégré (figure 20). Cette ventouse a la particularité d'être un instrument à usage unique.

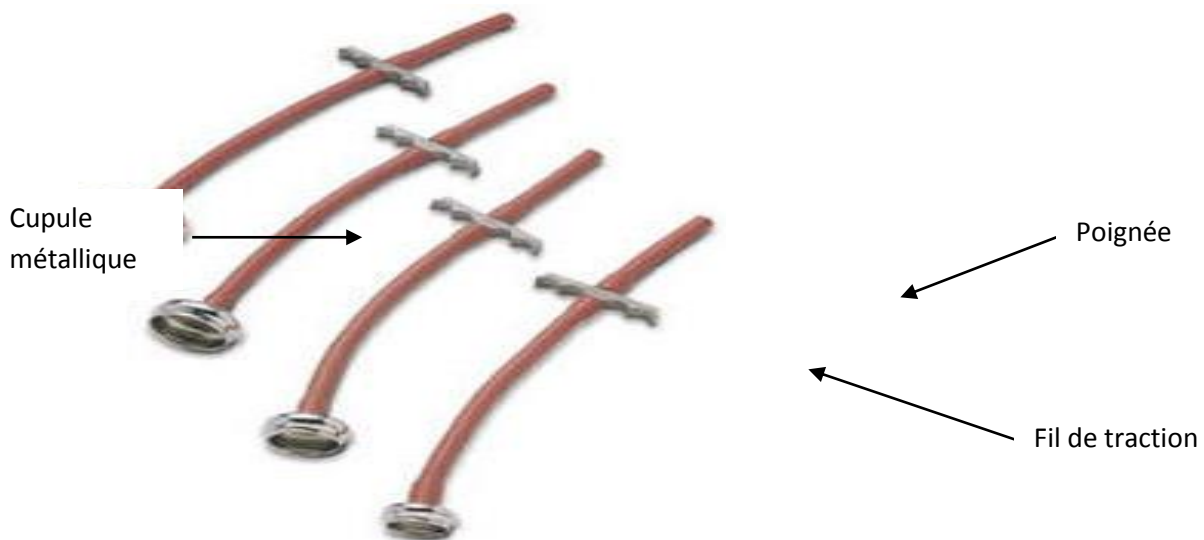




**Figure 2: Ventouse Kiwi [11]**

➤ **Ventouse de Malmström [47]**

Il a donné à l'instrument sa véritable reconnaissance internationale et son autre nom, le vacuum extractor (figure 20).



**Figure 3: Ventouse de Malström [47]**

### ➤ **Ventouse de Bird**

Bird a amélioré sa ventouse par un système de succion indépendant du tracteur. Par la suite, Bird a modifié son tracteur en le remplaçant par une corde en nylon attachée sur le bord de la cupule (new génération Cups) (figure 22).



**Figure 4:** Ventouse de Bird [6]

### ➤ **Ventouse d'O'Neill**

O'Neill a inventé, lui aussi, deux formes de ventouse avec une aspiration plus ou moins latérale selon la présentation [4].

### ➤ **Ventouse de Party**

Party a élaboré une ventouse en plastique rigide avec un système d'aspiration excentré, le tracteur était un manche flexible fixé au centre de la cupule.

Les plus utilisés dans notre étude c'était la ventouse kiwi

## Objectif

Evaluer la pratique des extractions instrumentales par ventouse obstétricale au Centre de Santé Nabil CHoucair de Dakar

## **Matériels et méthodes.**

### **1. Type et durée d'étude**

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive menée sur la période allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 Décembre 2016 soit une durée de douze années (144 mois).

### **2. Population d'étude**

La population cible était constituée par l'ensemble des parturientes ayant accouché par extraction instrumentale par ventouse obstétricale au Centre de Santé Nabil CHoucair soit un effectif de 187 patientes.

### **3. Critères d'inclusion**

Étaient incluses dans cette étude, toutes les femmes ayant accouché par extraction instrumentale par ventouse durant notre période d'étude.

### **4. Critères d'exclusion**

Les dossiers incomplets étaient secondairement exclus de l'étude.

### **5. Paramètres étudiés**

Les paramètres étudiés concernaient les paramètres sociodémographiques, l'histoire de la grossesse, les données à l'admission, les indications de la ventouse, la qualification de l'opérateur, la technique, la durée de l'intervention le devenir néonatal et maternel (Score d'APGAR, poids de naissance, évolution néonatale et maternelle) et les complications materno-fœtales.

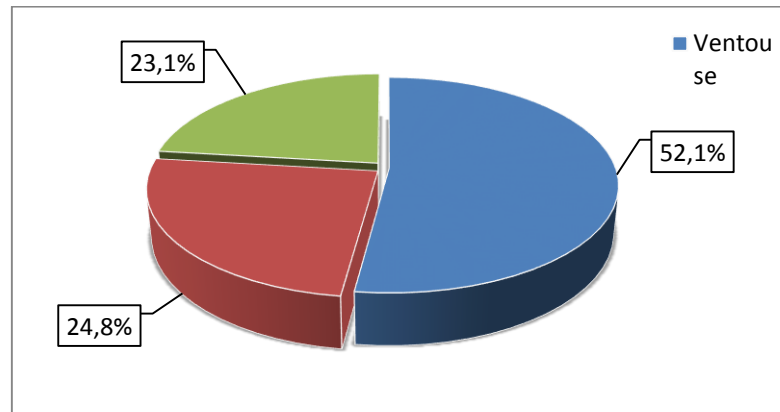
### **6. Collecte et analyse des données**

L'information a été recueillie par une étude des dossiers d'accouchement, des registres d'accouchement.

La saisie était réalisée grâce au logiciel Sphinx version 5 et l'analyse des données grâce au logiciel Epi info version 3.5.

## 7. RESULTATS

### 7.1. Effectifs



**Figure 5:** Répartition des patientes selon les types d'extraction (n=359)

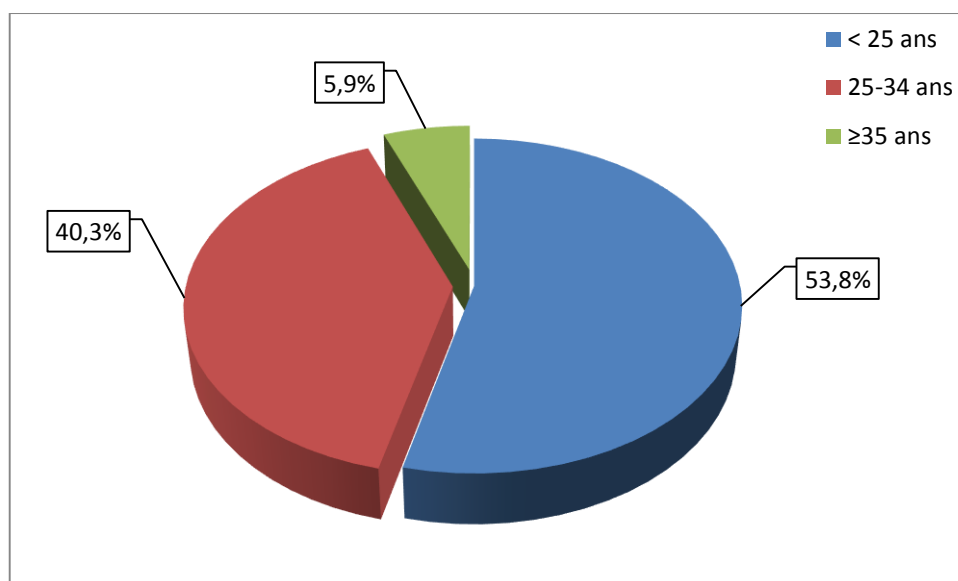
Durant la période d'étude 66000 accouchements ont été réalisés et 187 ventouses obstétricales sur 359 extractions instrumentales ont été révélées soit une fréquence de 0,5%.

### 7.2. Caractéristiques sociodémographiques

#### 7.2.1. Age

L'âge moyen des parturientes était de 24,5 ans avec un écart type de 5,5 et des extrêmes 15 et 43 ans. La médiane était de 24 ans.

Les patientes étaient le plus souvent âgées de moins de 25 ans (47,9%)



**Figure 6:** Répartition des patientes selon les tranches d'âge (n=187)

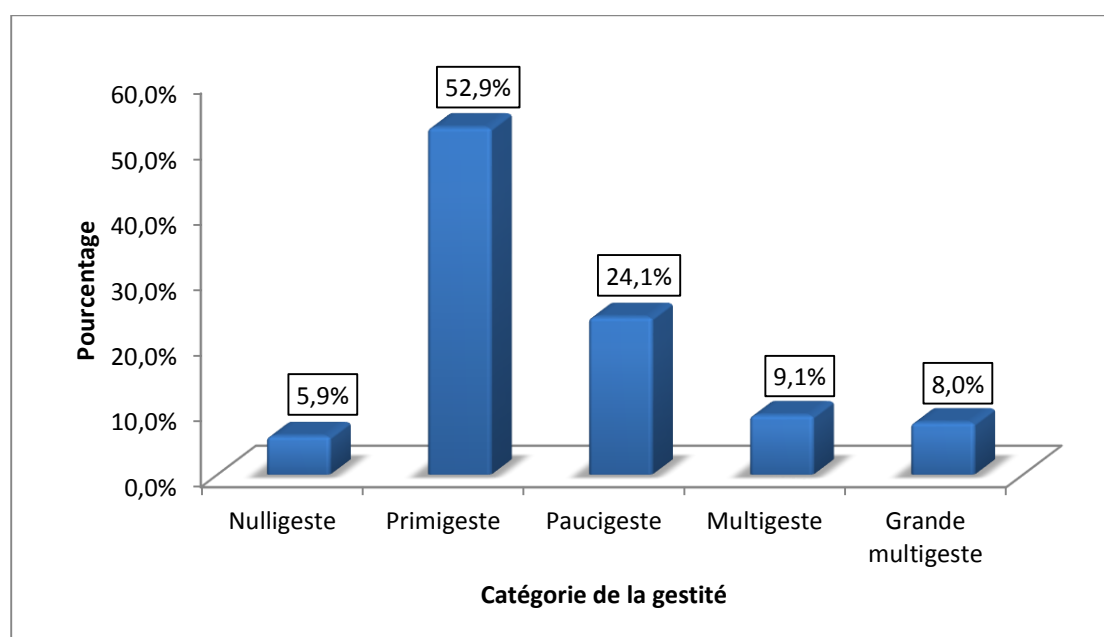
### 7.2.2. Statut matrimonial

Presque toutes les patientes étaient mariées (97,3%).

### 7.2.3. Gestité et parité

La gestité moyenne était de 1,7 geste avec un écart type de 1,4 et des extrêmes de 0 à 10 gestes.

Les patientes étaient essentiellement des primigestes (52,3%) comme rapporté à la figure 1



**Figure 7:** Répartition des patientes selon la gestité (n=187)

La parité moyenne était de 1,6 pares avec des extrêmes de 0 et 8. Les primipares représentaient 63,5% des cas.

#### **7.2.4. Consultations prénatales**

Le taux de complétude des consultations prénatales était (98,9%).

#### **7.2.5. Données cliniques**

Dans notre série cinquante une femme (27,9%) étaient référées. Le défaut d'expulsion était le principal motif de référence (39,2%)

Le terme moyen de la grossesse était de 39,4 SA avec un écart type de 1,2 et des extrêmes de 37 et 43 SA. La médiane était de 39 SA.

La hauteur utérine moyenne était de 33,1 cm avec un écart type de 2,4 et des extrêmes de 28 et 44 cm. La médiane était de 33 cm.

La fréquence cardiaque fœtale moyenne était de 137,6 battements minutes avec un écart type de 10,7 et des extrêmes de 60 et 177. La médiane était de 140.

La dilation moyenne du col utérin à l'admission était de 6 cm avec des extrêmes entre 4 et 10 cm

Le bassin était cliniquement normal pour toutes les patientes.

Dans notre étude l'occipito iliaque gauche antérieure était la variété de position plus fréquente (68,4%).

**Tableau I: Répartition des femmes suivant la variation de position**

Variation de position	Effectif	Pourcentage
OIGA	128	68,4%
OIDP	26	14%
OIGP	15	8,0%
OIDA	9	4,8%
OP	6	3,2%
OS	3	1,6 %
Total	187	100%

### Indications

La durée moyenne de la phase expulsive était de 35,2 minutes avec un écart type de 14,2 et des extrêmes de 12 et 120. La médiane était de 35.

Les indications étaient dominées par l'arrêt de la progression (39%)

**Tableau II: Indications de la ventouse obstétricale**

Indications	Effectif	Pourcentage
Arrêt de la progression	73	39%
Fatigue maternelle	61	33%
Etat foetal non rassurant	35	19%
Utérus cicatriciel	15	8%
Éclampsie	2	1,%
Cardiopathie	1	0,5%

#### ▪ Qualification de l'opérateur

Les opérateurs étaient tous des médecins en spécialisation (97,3%)

#### ▪ Type de prise

**Tableau III: Répartition des femmes suivant le type de prise**

Type de prise	Effectif	Pourcentage
Occipito pubienne	184	97,9%
Occipito sacrée	3	1,6%
Episiotomie	138	73,6%

#### **7.2.6. Données néonatales**

Le poids moyen du nouveau-né était de 2994 g. La médiane était de 3100 grammes.

Le score d'APGAR moyen à la cinquième minute était de 9 avec un écart type de 1 et des extrêmes de 4 à 10. La médiane était de 9.

#### **7.2.7. Complications fœtales**

Les complications fœtales étaient notées chez 13 nouveaux nés (7%). Ces derniers étaient une bosse séro sanguine.

#### **7.2.8. Devenir enfant**

Presque tous les nouveaux nés (99,5%) étaient vivant et bien portant.

#### **7.2.9. Données maternelles**

Presque toutes les mères (99,5%) étaient vivantes et bien portantes. Par ailleurs, on notait 1 cas de décès (0,5%) secondaire à un état de mal éclamptique associé à un HELLP syndrome.

Les déchirures périnéales étaient les principales complications retrouvées (7%). Ils s'agissait de déchirure incomplètes du 1<sup>er</sup> degré selon la classification française chez 13 femmes.

**Tableau IV: Répartition des complications maternelles**

Complications	Effectif	Pourcentage
Déchirures périnéales	13	7,0
Hématome	1	0,5



## ***Correspondance des classifications française et anglo-saxonne des déchirures périnéales***

Lésions	Classification française classique	Classification anglo-saxonne
Cutanéomuqueuses (fourchette vulvaire) Muscle bulbocaverneux	Déchirure simple, incomplète (1 <sup>er</sup> degré)	1 <sup>er</sup> degré
Centre tendineux du périnée		2 <sup>e</sup> degré
Spincter anal	Déchirure complète (2 <sup>e</sup> degré)	3 <sup>e</sup> degré
Muqueuse du canal anal	Déchirure complète compliquée (3 <sup>e</sup> degré)	4 <sup>e</sup> degré

## **8. DISCUSSION**

### **8.1. Caractéristiques socio-épidémiologiques**

Depuis les années 1970, les extractions instrumentales ont connu une baisse significative dans le monde. Au Sénégal, à Dakar au Centre de Santé Nabil Choucair, le taux moyen est de 0,43%. Les études faites dans les mêmes conditions socio-économiques ont également constaté une baisse progressive au fil des années : 1,6% en 1996, 1,38% en 2008 [2, 3].

Sur les 359 accouchements par extraction enregistrés, nous 187 accouchements (52,1%) par ventouse, 89 accouchements (24,8%) par forceps et 83 (23,1%) accouchements par spatule.

Nous avons constaté une augmentation inversement proportionnelle du taux de césarienne qui est passé de 12% des accouchements en 1992 à 17,5 % en 1996 [2].

Au niveau national lors d'une enquête sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de 2012 à 2013, le taux national de césarienne est de 4.4% contre 0,2% pour les extractions instrumentales [1]. La ventouse obstétricale a connu également une baisse de sa pratique avec un taux de 0,2 % dans notre série. Ce phénomène s'explique par la non disponibilité permanente de l'instrument dans nos salles de naissances mais aussi par l'absence de compétences pour les médecins en spécialisation.

La majorité des parturientes était des primipares (63,5%). Au Sénégal, plusieurs études réalisées dans le même contexte socioculturel avaient retrouvé respectivement 60,1%, 64,4%, et 71,7% de primipares [3, 4, 5]. En France, GERBERS avait retrouvé 80% de primipares [6]. Cette prédominance des primipares s'explique par la méconnaissance des efforts de poussée, la fatigue maternelle et le recours systématique à l'anesthésie péridurale lors de l'accouchement dans les pays développés [7]. Et le périnée de primipares est moins de soupleuse ou plus tonique

## **8.2. Indications, technique opératoire, type d'instrument et durée des extractions instrumentales**

Dans notre série, les indications étaient dominées pour un arrêt de la progression du mobile fœtal dans 39% et pour la fatigue maternelle dans 33%.

L'arrêt de la progression s'observe s'il existe un défaut de flexion associé à un défaut de rotation. Les arrêts de progression au niveau du détroit moyen sont des défauts de rotation d'une position postérieure en transverse et le complément de flexion permet la rotation vers une variété antérieure et donc l'accouchement par la voie basse.

D'autres auteurs avaient retrouvé la prédominance de la fatigue maternelle dans les indications d'extractions instrumentales [2, 4, 5]. Il s'agit généralement de primipares ayant des efforts expulsifs incoordonnés et inefficaces avec défaut de coopération du fait de l'absence d'une préparation à la naissance dans nos sociétés. Riethmuller considère que la ventouse n'est pas une bonne indication pour la fatigue maternelle car elle nécessite la participation de la parturiente.

L'état foetal non rassurant la troisième indication dans notre série (19%) et est superposable aux résultats de plusieurs auteurs [3, 8]. Les recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français mentionnent l'état foetal non rassurant comme la principale indication des extractions instrumentales [5].

La ventouse obstétricale semble être une bonne indication et ceci est montrée par une étude de cohorte prospective qui appréciait le pH au niveau de l'artère ombilicale et n'avait pas retrouvé de différence significative pour les nouveau-nés accouchés par césarienne et ceux extraits par ventouse [9].

La différence des indications s'explique par le diagnostic précoce et parfois « abusif » de la souffrance fœtale aigue dans les pays développés grâce aux moyens de surveillance du travail comme l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, le pH sanguin fœtal après microponction

du scalp. En revanche dans notre contexte, nous utilisons des moyens cliniques comme l'auscultation des bruits du cœur du fœtus par le stéthoscope de Pinard et les modifications de coloration du liquide amniotique [10].

### **8.3. Aspects pronostiques**

#### **8.3.1. Maternels**

Dans notre série, 73,6% des parturientes avaient bénéficié d'une épisiotomie. Cette fréquence est inférieure à celle trouvée par plusieurs auteurs [3, 11] (92,2%) ou encore **MENARD** et al. (80,2%) [12]. En effet, la pratique systématique de l'épisiotomie lors des extractions instrumentales est un sujet à controverses. La parution de l'article de LEEUW [11] et al dans le British Journal of Obstetrics and Gynecology au début de l'année 2008 remettait en cause les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2006 [5] qui recommandaient de ne pas user de façon libérale de l'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale mais de laisser le bon sens clinique du praticien guider le recours ou non à cette périneotomie. En effet, cette importante étude du registre Hollandais sur près de 33000 extractions instrumentales concluait que l'épisiotomie diminue le risque de déchirures du sphincter anal en cas d'extractions instrumentales.

#### **8.3.2. Néonataux**

Dans notre étude, 97% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar à 9 à la cinquième minute. Ce bon score d'Apgar prouve que l'extraction instrumentale est peu traumatique si les indications sont bien posées, les conditions d'application respectées et la technique maîtrisée. [2, 3, 5, 13].

Dans notre série, la morbidité fœtale était dominée par la bosse sero-sanguine qui est une lésion mineure souvent non spécifique des extractions instrumentales [13]. **CLARIS** rapporte que l'opportunité de l'indication et l'habileté de l'opérateur influencent grandement le pronostic néonatal [14].

## CONCLUSION

Les extractions instrumentales comme la ventouse obstétricale sont pratiquées de moins en moins dans nos maternités or, elles peuvent être nécessaire pour corriger certaines anomalies du travail en particulier les défauts d'expulsion et/ou la naissance d'un fœtus souffrant.

Recommandations :

*MINISTRE :*

Disponibilité de la ventouse dans toutes les structures de sante

Formation de personnel

Supervision

**FORMATEUR :**

Formation par simulation

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **MSAS- UNFPA- OMS- UNICEF- CEFORP.** Evaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Sénégal de 2012-2013  
Rapport, Dakar, Décembre 2014, 179p.
2. **CISSE C. T, EWAGINON E, FOTSO A, MAITOURNAM F, MOREAU J.C, DIADHIOU F.** Indications et pronostic de l'accouchement par forceps au CHU de Dakar.  
Dakar Med, 1998 ; 43(2) : 220-224.
3. **DIOUF A. B.** Épidémiologie et pronostic des extractions instrumentales à la maternité de l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar.  
Mémoire Med, Dakar 2010, Numéro 258.
4. **NDAO D.** Accouchement par forceps au Sénégal : résultats trois enquêtes sur la couverture obstétrico-chirurgicale du pays.  
Thèse Med, N°03, Dakar, 2007 : 112p.
5. **SOW D. B.** Pronostic de l'accouchement par ventouse obstétricale au Centre Hospitalier National de Pikine.  
Thèse Med, Dakar 2013, Numéro 99.
6. **GERBERS V.Y, HOHLFELD P.** Pronostic maternel et néonatal lors d'une deuxième phase d'accouchements prolongée.  
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 28(2) : 145-50.
7. **COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS FRANÇAIS.**  
Texte de recommandations des Gynécologues obstétriciens . Extractions instrumentales  
La Revue Sage-femme, 2009 ; 8 :104-107.

- 8. BERGSJO P.** Differences in the reported frequencies of some obstetrical interventions in Europe.  
Br. J Obstet Gynaecol 1983 ; 90 : 628-32
- 9. RIETHMULLER D, RAMANAH R, MAILLET R, PATRICK J. P** Ventouses :  
description, mécanique, indications, contre-indications  
JGOBR 2008 : 37 S210- S221.
- 10. VINTZILEOLOS ET AL .** Effect of vacuum extractor on ombilical cord blood  
acid base measurements  
J Mater Fet Med 1996 ; 5 : 11-7
- 11. LEEUW.** Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during  
operative vaginal delivery.BJOG 2008 115:104-108
- 12. MENARD J, PROVANSAL M, HECKENROTH H, GAMERE M, BRETTELLE  
F, MANZOUNI**  
Morbidity maternelle immédiate après extraction instrumentale par spatules de  
Thierry et par ventouse obstétricale.  
Gynecol Obstet Fertil 2008. 2008;36:623-7.
- 13. BONI S, ABAULETH R, GONDO D, KOFFI A, EFFOH D,  
KONE N.**  
Indications des extractions instrumentales et pronostic foeto-maternel au CHU de  
Cocody.  
J de la SAGO, 2005 ; 6(1) : 1-5.
- 14. CLARIS O.** Les risques du forceps: le point de vue du pédiatre et de l'obstétricien.  
Rev. Fr. Gynecol. Obstet, 1990; 85 (10): 549-551.

**Margarita Cristina Eyang Ela Abeso, OMAR GASSAMA, Pr PHILIPPE MOREIRA**  
**Email : elaeyang@yahoo .es**

**OBJECTIF :** Evaluer la pratique des extractions instrumentales par ventouse obstétricale au Centre de Santé Nabil CHoucair de Dakar.

**MATERIELS ET METHODES :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive portant sur les extractions instrumentales par ventouse obstétricale du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 Décembre 2016 soit une période de 144 mois à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair. Étaient incluses dans cette étude, toutes les patientes qui avaient bénéficié d'un accouchement assisté par ventouse obstétricale. Les paramètres étudiés concernaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, les indications et les complications materno-fœtales.

**RESULTATS :** Durant la période d'étude 66.000 parturientes avaient accouché et nous avons colligé 359 extractions instrumentales. La fréquence de la ventouse obstétricale était de 0,5% pour les extractions instrumentales. L'âge moyen des patientes était de 24,5 ans. La parité moyenne était de 1,6. Dans les antécédents des parturientes, 14,4% avaient eu une césarienne et 2 patientes (1%) avaient bénéficié d'une ventouse. Les parturientes étaient référées dans 27,9% des cas. A l'admission (97%), l'âge gestationnel moyen était de 39,4 Semaines d'Aménorrhée (SA) Un fœtus en présentation du sommet engagé en occipito-iliaque gauche antérieure dans 68,4% des cas et le bassin était cliniquement normal chez toutes les parturientes. Les indications étaient dominées par un arrêt de la progression du mobil fœtal (39%) et une aide à l'expulsion pour fatigue maternelle dans 33% et l'état fœtal rassurant dans 19%. Le poids moyen à la naissance était de 2994 g et on notait un score d'Apgar égal à 9 chez 97% des nouveau-nés. Les complications maternelles étaient dominées par des déchirures périnéales simples (7%) Hématome (0,5%). Le pronostic néonatal était dominé par 13 bosses séro-sanguines (7%).

**CONCLUSION :** La ventouse obstétricale reste encore décisive pour l'issue fœtale dans nos maternités. La maîtrise de la technique et les bonnes indications permettent d'éviter les complications.

**Mots-clés :** Accouchement, Ventouse obstétricale, Dakar, Nabil CHoucair.