UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année* : *2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Le type de siège est-il lié au pronostic de l'accouchement ?

Présentée et soutenue publiquement le 16 Septembre 2013 à 16 heures

Faculté de Médecine Henri Warembourg – Pôle Recherche

Par : Julie Demetz

Jury

Président :	**Monsieur le Professeur Philippe Deruelle**
Assesseurs :	**Monsieur le Professeur Laurent Storme**
	Madame le Professeur Véronique Houfflin-Debarge
	Madame le Docteur Sandrine Depret
Directeur de Thèse :	**Monsieur le Professeur Damien Subtil**

PLAN

Introduction p. 2

Partie théorique p. 3

Matériel et méthode p. 9

Résultats p. 12

Discussion p. 15

Figures et tableaux

Figure 1. Différents types de sièges p. 5

Figure 2. Diagramme des flux p. 22

Tableau 1. Fréquence du siège complet selon les caractéristiques de la grossesse p. 23

Tableau 2. Issue maternelle selon le type de siège p. 24

Tableau 3. Issue néonatale selon le type de siège p. 25

Annexes

Annexe 1. Publications portant sur le type de siège. Revue de la littérature p. 27

Annexe 2. Protocoles de service de l'accouchement par le siège p. 29

Annexe 3. Issues des grossesses exclues p. 32

Annexe 4. Devenir des patients transférés en unité de soins intensifs néonataux p. 36

Annexe 5. Evaluation du risque de césarienne en cours du travail selon le type de siège. Revue de la littérature p. 37

Annexe 6. Devenir néonatal des cas de procidence du cordon p. 38

Annexe 7. Fiche de recueil p. 39

Annexe 8. Fiche de recueil des échecs de voie basse p. 42

Bibliographie p.44

Introduction

Bien que l'étude « Term Breech Trial » en 2000 ait profondément marqué notre jugement sur nos pratiques concernant les accouchements par le siège (1) , les pays à faible risque périnatal s'accordent à autoriser un accouchement par voie basse en cas de présentation du siège, à condition que certaines conditions de sécurité soient respectées (2–6). Dans ses recommandations, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français a indiqué que le caractère complet du siège devait être considéré comme défavorable à une tentative d'accouchement par voie basse (4). Malgré ces recommandations, une étude française réalisée en 2009 sur les protocoles d'accouchement par le siège de 19 CHU montrait que la majorité d'entre eux ne prenaient pas en compte le type de siège dans l'acceptabilité de la voie basse (7).

Même si elles semblent conclure à un pronostic néonatal et maternel équivalent quel que soit le type de siège, les études évaluant le pronostic de la tentative d'accouchement par voie basse selon que le siège est complet ou décomplété sont majoritairement anciennes ou de méthodologie insuffisante (8–12). Des études récentes sont rassurantes concernant le pronostic néonatal en fonction du type de siège, mais elles restent peu nombreuses (13–15).

Notre maternité ayant une expérience importante de l'accouchement en présentation du siège (16) alors que celui-ci est de moins en moins pratiqué (17–19), nous avons mené une étude dans le but de comparer le pronostic de l'accouchement et le devenir néonatal en fonction du type de présentation du siège.

Partie théorique

La présentation du siège est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal se présente au détroit supérieur alors que son extrémité céphalique se situe au niveau de fond utérin.

La cavité utérine a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure. Le fœtus s'accommode dans la cavité utérine en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse. Il s'agit d'abord du pôle céphalique qui se place dans le fond utérin pour ensuite laisser place au siège lorsqu'il devient plus volumineux ; classiquement au cours du 7e mois de grossesse. Le fœtus exécute alors sa « bascule physiologique ». Pour différentes raisons, le fœtus peut ne pas effectuer cette bascule et rester en présentation du siège jusqu'à la naissance.

La fréquence de la présentation du siège représente environ 3 à 4 % des naissances et diminue avec l'âge gestationnel (20). La présentation du siège est la présentation la plus fréquente après celle du sommet (21).

Il existe 2 principales modalités de présentations du siège :

- le siège décomplété ou « mode des fesses » qui représente environ 2/3 des cas. Les hanches du fœtus sont fléchies sur son bassin et ses jambes sont en extension amenant les pieds en regard de la face fœtale.

- le siège complet où le fœtus semble assis « en tailleur » dans l'excavation pelvienne représente environ 1/3 des cas. Les hanches du fœtus sont également fléchies sur le bassin mais les genoux le sont également amenant les pieds repliés sous les fesses.

D’autres modalités de présentation du siège sont plus rares et représentent, pour les auteurs anglo-saxons, le groupe des sièges « incomplets » comprenant :

- le siège semi-décomplété où le fœtus a les hanches fléchies avec un des membres inférieurs en extension, un pied en regard de la face fœtale et l’autre en flexion, le pied étant replié sous les fesses.

- les sièges « mode des genoux » et « mode des pieds » se définissent par une attitude en extension des hanches. Pour le siège « mode des genoux », les membres inférieurs sont alors semi -fléchis sous le siège. Alors que dans le siège « mode des pieds » : le fœtus apparait debout dans l’excavation pelvienne. On différencie le mode « single-footling » et « double-footling » selon qu’il y ait un ou les deux membres inférieurs en extension dans la cavité utérine (9).

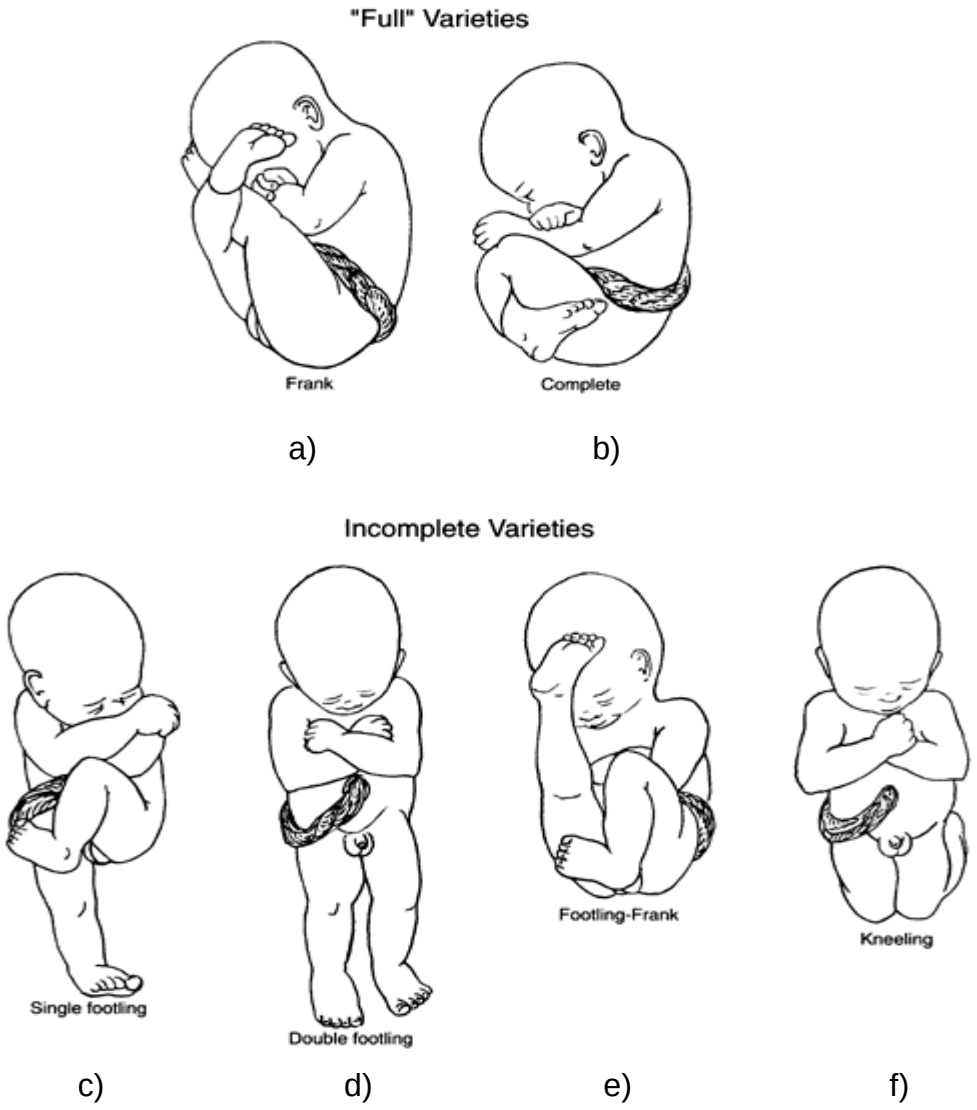
Les différents types de siège sont illustrés Figure 1.

<u>Figure 1.</u> Différents types de siège.

a) siège décomplété. b) siège complet. c) siège « mode des pieds » single-footling.

d) siège « mode des pieds » double-footling. e) siège semi-décomplété.

f) siège « mode des genoux ».



Gimovsky ML, McIlhargie CJ. Breech presentation. Operative Obstetrics. Baltimore, Williams & Wilkins. 1995 ; 209-238.

Les différents types de siège incomplets sont rares et les présentations du siège « mode des pieds » et « mode des genoux » se voient essentiellement chez les fœtus prématurés et en cas de faible poids de naissance (20–22). La présentation du siège « mode des pieds » est liée à un risque accru de procidence du cordon ou de procubitus d'un pied (9,23). Cibils, en étudiant le pronostic néonatal des fœtus en présentation du siège de faible poids (de 500 à 1500 grammes), montrait que le pronostic néonatal n'était pas influencé dans cette population par le type complet ou décomplété du siège mais impacté par la présentation du siège « mode des pieds » (22). Au vu de ces considérations, la présentation du siège « mode des pieds » ainsi que les autres types de sièges incomplets (à l'exception du siège semi-décomplété) sont souvent considérés comme des indications systématiques de césarienne (2,3,5,6).

Les auteurs anglos-saxons définissent le « frank breech » correspondant au siège décomplété mode des fesses et le « non-frank breech » qui englobe tous les autres types de sièges à savoir le siège complet, semi-décomplété, « mode des genoux » et « mode des pieds ». Certaines études ont étudié le pronostic maternel et/ou néonatal en comparant les présentations « frank breech » et « non-frank breech » (1,9,23). Il apparait pourtant évident que les conclusions tirées sur les présentations « non-frank breech » ne peuvent s'appliquer au siège complet.

Les causes pouvant expliquer une présentation du siège sont multiples et classiquement classées en cause ovulaire (anomalie de liquide amniotique, anomalie de cordon (24) , placenta inséré bas); fœtales (prématurité (20,21), grossesses multiples, malformations fœtales notamment responsables d'une déflexion permanente de la tête) (23), et maternelles (malformations utérines congénitales ou

acquises –fibromes-, utérus cicatriciel (25–27). L'hypoplasie utérine avec un utérus cylindrique plus volontiers retrouvée chez la patiente primipare favoriserait le siège décomplété mode des fesses, alors que la multiparité, liée à un utérus plus vaste et moins tonique, serait liée à une moins bonne accommodation du mobile fœtale et faciliterait donc la présentation en siège complet.

Au cours du travail d'un fœtus en présentation du siège, une dilatation cervicale satisfaisante permet classiquement de prédire une bonne issue obstétricale. Le siège complet en faisant un moins bon cône dilatateur pourrait être responsable de plus de dystocies cervicales notamment en première partie de travail. L'engagement du fœtus en présentation du siège se définit par le franchissement du détroit supérieur par le diamètre bi-trochantérien de la présentation. Le siège complet est parfois reconnu comme étant responsable de plus de défauts d'engagement. Lors du dégagement du mobile fœtal, la hanche antérieure se fixe sous la symphyse pubienne puis la hanche postérieure suit la concavité sacro coccygienne et le périnée postérieur. Le siège complet, en libérant plus rapidement ses membres de la filière pelvi-génitale, va pouvoir avoir une incurvation latérale du tronc satisfaisante pour un dégagement aisé. Le siège décomplété garde ses membres inférieurs repliés en attelle ce qui empêche une bonne incurvation du tronc. Les membres inférieurs vont alors se dégager en pointant vers le haut comme un « monolithe ». En cas de défaut de progression, certaines équipes pratiquent une extraction instrumentale par vacuum extractor appliqué sur la fesse antérieure du siège décomplété (28).

Cependant, il faut reconnaître que nos connaissances sont limitées et que la plupart des connaissances concernant le type et la mécanique du siège semblent s'être transmises sans avoir été étayées par des chiffres. Même si la littérature sur la présentation du siège est abondante depuis de nombreuses années (1,13–17,23,29–35), rares sont les études qui se sont spécifiquement intéressées aux différents types de siège et à leurs complications respectives (8–12). Les données relatives à ces études sont résumées en Annexe 1. De plus, le type de siège est parfois retrouvé comme un critère décisionnel dans le choix de la voie d'accouchement (17,30), ce qui rend plus difficile l'analyse du pronostic obstétrical de chaque type de siège. C'est pour cette raison que notre étude a été menée.

Matériel et méthode

Nous avons mené dans notre établissement universitaire de type 3 une étude rétrospective de dix années consécutives concernant les tentatives de voie basse de singletons en présentation du siège après 37 semaines d'aménorrhée (SA).

Toutes les patientes incluses dans l'étude avaient fait l'objet d'une évaluation de l'acceptabilité de la voie basse selon un protocole décrit en annexe 2 (16). Sans entrer dans le détail, une version par manœuvre externe était systématiquement proposée entre 36^{+0} et $37SA^{+3}$. En cas d'échec, une radiopelvimétrie par scanner était ensuite réalisée pour « confrontation fœto-pelvienne ». Au vu des résultats du scanner et avant que la confrontation fœto-pelvienne soit réalisée, une information était donnée aux patientes sur le déroulement d'un accouchement par le siège - critères d'acceptabilité de la voie basse selon le protocole, présence de l'équipe obstétricale, pédiatrique et anesthésique en salle au moment de l'accouchement - ainsi que sur les bénéfices et les risques d'un accouchement par le siège par voie basse ou par voie haute. En cas de contre-indication ou de refus de tentative de voie basse, une césarienne était programmée vers 39SA.

En début de travail, une échographie fœtale était réalisée afin d'effectuer les mesures nécessaires à la confrontation fœto-pelvienne et de vérifier les critères d'acceptation de la voie basse: mesure du diamètre bipariétal, estimation du poids fœtal, vérification de l'absence de déflexion céphalique. Si la patiente avait bénéficié d'une échographie dans les 7 jours précédant l'entrée en travail, les mesures échographiques pouvaient alors être utilisées pour la confrontation céphalo-pelvienne. Celle-ci consistait à confronter le diamètre bipariétal aux différentes

dimensions du bassin osseux. Une confrontation céphalo-pelvienne était considérée comme favorable si 3 conditions étaient réunies : i. Diamètre rétro-pubien – diamètre bipariétal ≥ 15mm ; ii. Diamètre transverse utile – diamètre bipariétal ≥ 25mm ; iii. Diamètre bi épineux – diamètre bipariétal ≥ 0mm. Le type de siège ainsi que la malformation utérine ou l'antécédent de césarienne ne rentrait pas en compte dans la prise de décision de la voie d'accouchement.

Cette étude rétrospective des variables maternelles, fœtales et néonatales liées au type de siège a été réalisée à partir des dossiers médicaux des patientes et des nouveau-nés de notre établissement. Concernant la morbidité néonatale, l'acidose néonatale modérée a été définie par l'existence d'un pH artériel néonatal < 7.15, l'acidose sévère par un pH<7.0. Par ailleurs, une variable composite nommée « variable composite TBT » a été définie de manière identique à celle utilisée dans le Term Breech Trial puis dans d'autres publications (1,16,30). Cette variable composite comprenait les critères suivants : score d'Apgar < 4 à 5 minutes de vie, fracture de crâne, hématome intra cérébral, hémorragie intra ventriculaire, lésion de la moelle épinière, lésion du plexus brachial, lésion nerveuse périphérique, durée de séjour en soins intensifs néonataux supérieure à 4 jours, intubation supérieure à 24 heures, alimentation parentérale de plus de 4 jours, convulsions persistantes après 24 heures de vie, mort néonatale. Nous avons ajouté une seconde variable composite - plus large et propre à notre étude - nommée « variable composite néonatale », en ajoutant aux critères précédemment cités l'existence d'un score d'Apgar < 7 à 5 minutes ou bien d'une acidose néonatale sévère. La mortalité néonatale a été définie comme la survenue d'un décès dans les 28 premiers jours de vie.

Les données ont été enregistrées et analysées avec le logiciel Epi-Data software (version 3.1, Epidata Association, Danemark). Les comparaisons entre pourcentage

ont fait appel au test du Chi2, et au test de Fisher en cas d'effectifs faibles. Les comparaisons entre moyennes ont fait appel au test non paramétrique de Kruskal et Wallis. Les pourcentages figurent entre parenthèses et les moyennes sont données avec l'écart-type de la distribution. Les différences étaient considérées comme significatives si $p < 0.05$. Lorsqu'une différence significative était retrouvée sur un des critères étudiés, une analyse en sous-groupe était réalisée selon la parité afin d'observer une éventuelle influence du statut de nullipare ou multipare sur le critère étudié.

Résultats

Pendant la période d'étude, 45669 accouchements ont eu lieu dans notre maternité (Figure 2). Les accouchements de grossesses monofoetales en présentation du siège à partir de 37 semaines d'aménorrhée ont concerné 1319 cas (3.4%). 15 dossiers ont été perdus de vue (1.1%). Nous avons exclu 28 cas de malformation anténatale sévère (2.1%) qui auraient pu influencer le pronostic ou la prise en charge néonatale (cardiopathies n=7, uropathies n=5, anomalies digestives n=5, système nerveux n=4, autres n=7). Les données relatives aux dossiers exclus sont résumées en annexe 3. Notre étude a donc concerné 1276 dossiers. Parmi ceux-ci, 763 patientes (59.8%) ont accouché par césarienne en dehors du travail et 2 patientes (0.2%) ont accouché par voie basse alors qu'elles avaient une césarienne programmée selon notre protocole. Parmi les 511 patientes (40.0%) pour lesquelles une intention de voie basse a été décidée ; 16 patientes ont été secondairement exclues : le type de siège était semi-décomplété dans 3 cas (0.6%) et non précisé dans 13 cas (2.5%). Parmi les 495 patientes incluses, environ un tiers (n=177, 35.8%) étaient en siège complet et deux tiers (n=318, 64.2%) en siège décomplété.

Les variations de la fréquence du siège complet selon des caractéristiques de patientes sont présentées au Tableau1. Cette fréquence n'était pas liée à l'âge maternel, mais significativement plus élevée chez les patientes multipares que chez les patientes nullipares, ainsi que chez les patientes dont l'indice de masse corporelle était supérieur ou égal à 25. La fréquence de la présentation du siège n'était en revanche ni liée à la présence d'une malformation utérine connue, ni à

l'existence d'un utérus cicatriciel, ni enfin à l'existence d'une confrontation céphalo-pelvienne favorable.

Pour ce qui concerne l'accouchement, l'âge gestationnel se situait autour de 39 semaines d'aménorrhée quel que soit le type de siège (Tableau 2). La rupture prématurée des membranes était significativement plus fréquente en cas de siège décomplété. Pour ce qui concerne le travail, la fréquence des dystocies cervicales était identique selon le type de siège, de même que celle des césariennes en cours de travail (16.4 vs 12.6%, p=0.24). A l'inverse, les procidences du cordon survenaient presque exclusivement en cas de siège complet, et cette différence était hautement significative (4.5 vs 0.3%, p=0.002). Les voies basses effectives concernaient 83.6% des sièges complets et 87.4% des sièges décomplétés, sans différence significative entre les groupes (p=0.24). La réalisation d'un forceps sur tête dernière était significativement plus fréquemment réalisée en cas de siège complet (16.2 vs 9.7% p=0.049). L'épisiotomie était réalisée chez plus des deux tiers des patientes, plus souvent en cas de siège décomplété, mais cet excès n'était retrouvé que chez les femmes nullipares. A l'inverse les déchirures périnéales de grade ≥ III étaient significativement et presque exclusivement observées en cas de siège complet.

Les données relatives à l'issue néonatale selon le type de siège sont présentées dans le Tableau 3. Il n'y avait pas de différence concernant les mensurations néonatales selon le type de siège. Pour ce qui concerne l'état néonatal, le pH artériel ombilical était en moyenne un peu inférieur en cas de siège décomplété (7.22 vs 7.20, p=0.05), mais cette différence provenait uniquement d'une différence observée chez les nullipares. Chez ces patientes nullipares en effet, le pH était en moyenne

abaissé de 0.02 en cas de siège décomplété (7.21 vs 7.19, p=0.03), car des acidoses modérées y survenaient dans presque un tiers des cas, c'est à dire de manière beaucoup plus fréquente qu'en cas de siège complet (15.1 vs 32.2%, p=0.006). La fréquence des acidoses néonatales sévères (pH < 7.0), des transferts néonataux, et les variables composites que nous avons étudiées ne différaient pas selon le type de siège. En effet, la variable composite néonatale se retrouvait dans 3.4% des cas de siège complet (6/177) et dans 5.0% des cas des sièges décomplétés (16/318) sans noter de différence significative selon le type de siège (p=0.40). Les transferts en Unité de soins intensifs néonataux ont concerné 6 nouveau-nés, exclusivement dans le groupe des sièges décomplétés (0.0 vs 1.9%, p=0.07). Les données relatives aux nouveau-nés transférés en unité de soins intensifs néonataux sont résumées en Annexe 4. Enfin, il n'a pas été déploré de décès néonatal au cours de notre étude.

Discussion

Notre étude montre que le pronostic maternel et néonatal des tentatives de voie basse en cas de présentation du siège est pratiquement identique selon son type complet ou décomplété. Il existe toutefois quelques différences qui peuvent éclairer notre connaissance de l'accouchement. D'une part, les procidences du cordon, l'utilisation du forceps et la survenue de déchirures périnéales de haut degré sont plus fréquents dans les sièges complets. D'autre part, il existe une augmentation du risque d'acidose néonatale modérée en cas de siège décomplété lorsqu'il survient chez une patiente nullipare.

Notre étude retrouve environ deux tiers de sièges décomplétés, ce qui correspond à la proportion retrouvée par la majorité des auteurs qui l'ont étudiée (1,9,11,12,14–16,23,30,31,34,36). Dans notre étude, les présentations décomplétées ont été significativement plus fréquentes chez les patientes nullipares. A notre connaissance, ceci n'a pas été discuté par d'autres auteurs, même si le caractère volontiers « cylindrique » et « tonique » de l'utérus est souvent admis chez ces patientes. A l'inverse, l'utérus des patientes multipares serait plus vaste et moins tonique, favorisant un peu la survenue des sièges complets.

Notre étude indique que la fréquence de la césarienne en cours de travail n'est pas influencée par le type complet ou décomplété du siège. Les données de la littérature apparaissent discordantes à ce sujet. Plusieurs auteurs retrouvent en effet que le siège complet est lié à une augmentation significative du risque de césarienne en cours de travail (14,34). A l'inverse et comme nous, de Leeuw et al. ne retrouvent

pas d'augmentation significative du risque de césarienne en cours de travail en cas de siège complet (13). En réalité, ces résultats ne sont contradictoires qu'en apparence puisque l'augmentation du risque de césarienne est du même ordre dans toutes ces études et dans la nôtre, avec un odds ratio compris entre 1.3 et 1.5 (Annexe 5) (13,14,34). Nous confirmons donc que le risque de césarienne semble augmenté en cas de siège complet, mais que les effectifs de notre étude étaient insuffisants pour que cette différence apparaisse comme significative.

Notre étude a montré une augmentation significative du risque de procidence du cordon en cas de siège complet, et presque toutes les procidences ont été rencontrées dans ce groupe, avec une fréquence de 4.5%. Ceci a été retrouvé par de nombreux auteurs qui retrouvent également que la procidence est presque exclusivement rencontrée en cas de siège complet (9,13,14,23,37,38). Dans une méta-analyse de 24 publications rassemblant plus de 7800 tentatives de voie basse en présentation du siège, Cheng et al retrouvaient un taux global de 7.4% de procidence du cordon en cas de présentation du siège, mais avec une fréquence très nettement augmentée en cas de siège complet (5-10%) par rapport aux sièges décomplétés (0-2%) (23). La raison de différence de risque peut naturellement être mise en rapport avec les possibilités de procidence d'une anse de cordon qu'offre la position « en tailleur » du fœtus dans ce type de siège. Dans notre étude, une césarienne a toujours été réalisée en cas de procidence du cordon avec un état néonatal toujours excellent (données non montrées, annexe 6). Notre étude rappelle donc que la présentation du siège complet s'accompagne d'un excès de risque de césarienne en urgence pour procidence du cordon.

En cas de présentation du siège complet d'ailleurs, notre étude permet de penser que l'augmentation non significative du risque de césarienne est presque totalement

en rapport avec les cas de procidence du cordon, qui ont toutes donné lieu à la réalisation d'une césarienne. D'une part en effet, l'augmentation non significative de la fréquence des césariennes en cours de travail observée en cas de siège complet dans notre étude était de 4% environ (16.4 vs 12.6%), ce qui correspond exactement au pourcentage de procidence du cordon observé en cas de siège complet (4.5%). D'autre part, l'examen des causes de césarienne ne montrait pas de différence significative pour les autres indications selon le type de siège (données non montrées).

En ce qui concerne la morbidité néonatale sévère, et quelle que soit la variable composite retenue pour la définir dans notre travail, le type de siège n'était pas lié au risque de morbidité néonatale sévère. Ce résultat est comparable aux données publiées antérieurement. D'abord, De Leuw et al. ont étudié la mortalité et la morbidité néonatale selon le type de siège chez des patientes éligibles à une tentative de voie basse. Trois groupes ont été définis selon le poids de naissance (500 - 1499g ; 1500 – 2499g et $\geq$ 2500g). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée concernant le devenir néonatal selon le type de siège et le mode d'accouchement dans les trois catégories de poids (13).

Ensuite, Golfier et al. ont défini la détresse néonatale à 5 minutes de vie comme la présence d'un Score d'Apgar <7 à 5 minutes ou la nécessité d'une réanimation néonatale en salle de naissance. Il n'a pas été retrouvé de différence significative selon le type de siège en ce qui concerne la détresse néonatale à 5 minutes de vie (14).

Enfin, Azria et al., étudiant le pronostic néonatal de 2502 accouchements tentés par voie basse après 37 SA (15), retrouvaient quatre facteurs liés à la survenue d'un

décès ou d'un mauvais état néonatal: l'âge gestationnel ≤ 38 SA, le poids de naissance < 10e percentile, l'origine géographique des patientes et la petite taille de la maternité. Dans cette étude de grande ampleur, le type de siège n'était pas lié au risque d'avoir un mauvais état néonatal.

En cas de présentation du siège décomplété, notre étude a retrouvé une diminution modérée du pH moyen en cas de présentation du siège décomplété, en rapport avec une augmentation isolée du risque d'acidose néonatale modérée dans le groupe des patientes nullipares (pH<7.15). D'une part, ce phénomène était sans incidence sur l'état néonatal et le risque d'acidose sévère était identique quel que soit le type de siège. D'autre part, cette observation est peut être survenue par le fait du hasard, puisqu'elle n'a pas été observée dans le groupe des patientes nullipares. Cependant, la même tendance a été observée par Descargues et al. parmi 146 patientes nullipares avec tentative d'accouchement par voie basse. Dans ce travail, le siège décomplété était associé à un excès de pH < 7.20 à la limite de la signification statistique, sans excès de mauvais état néonatal (11). Nous faisons donc l'hypothèse que la présentation du siège décomplété pourrait s'accompagner - chez la patiente nullipare - d'un risque d'acidose modérée sans conséquence, mais qui pourrait, selon nous, traduire une augmentation du risque de compression du cordon dans ce type de siège.

La théorie de la mécanique obstétricale attribue au siège complet un moins bon cône dilatateur. On associe donc à ce défaut de mécanique, une plus grande fréquence de rupture prématurée des membranes, ainsi que plus de dystocie cervicale et de défaut

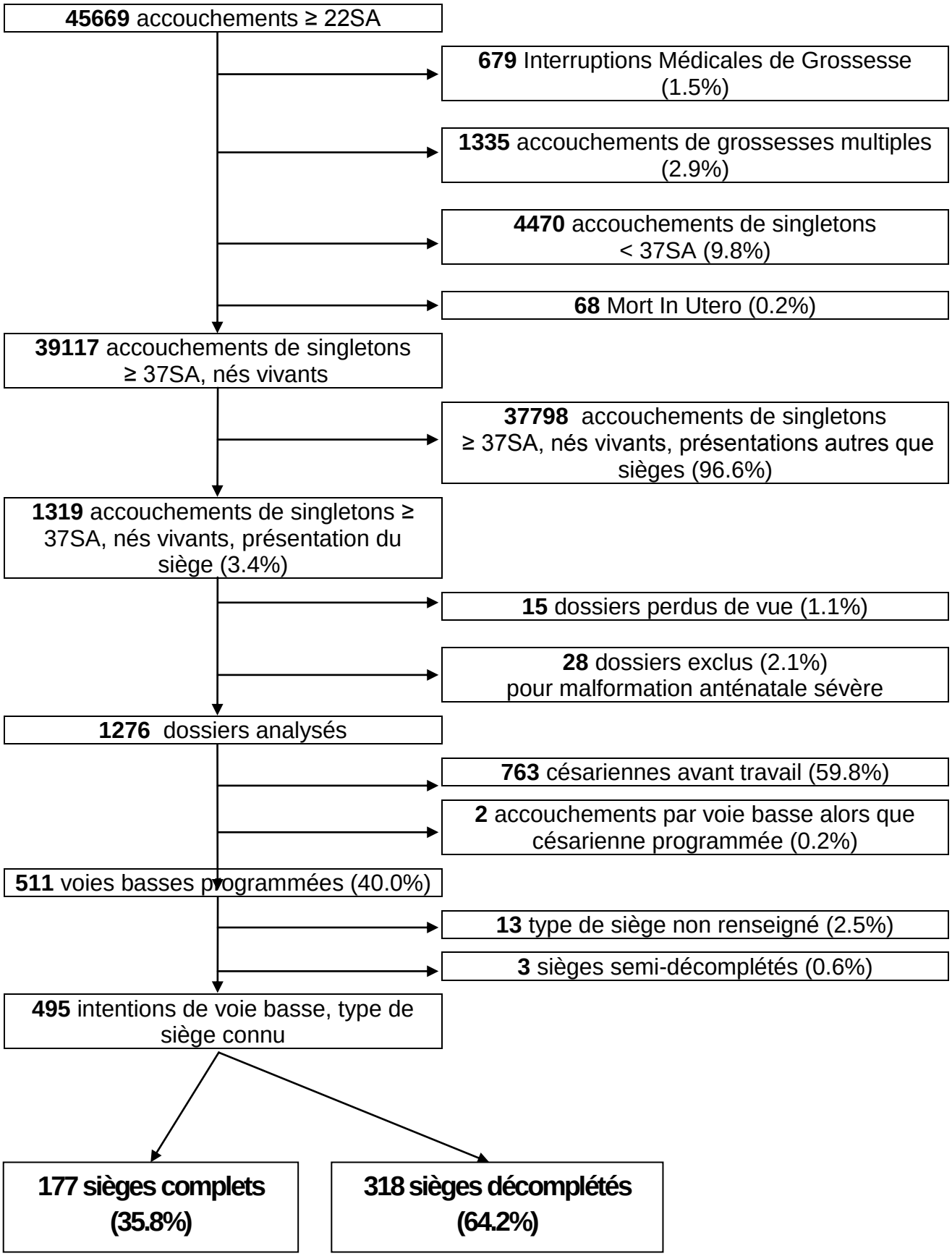
d'engagement. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant tous ces critères selon le type de siège. Descargues avait des résultats similaires pour sa population de patientes primipares (11). Et en 2005, une étude portant uniquement sur les siège complets retrouvait un délai moyen de rupture des membranes – accouchement court de 6.5 heures ainsi que pour la durée du travail moyenne de 4.5 heures. Dans cette étude, le taux de dystocie cervicale était également faible à 6.6%. Il est à noter pour cette étude une utilisation large des ocytociques chez 65% des patientes (12).

Dans notre étude, la réalisation d'un forceps sur tête dernière était significativement plus fréquente en cas de siège complet. Nous n'avons pas retrouvé de résultat identique dans la littérature. D'un côté, Collea puis Gimovsky dans leurs populations respectives de sièges décomplétés et complets, appliquaient de manière quasi systématique un forceps de Piper pour le dégagement de la tête (8,9), ce qui ne permettait pas d'étudier les facteurs liés à l'application du forceps. De l'autre, Descargues retrouvait qu'une manœuvre de Mauriceau était réalisée plus souvent en cas de siège complet (11), ce qui va dans le même sens que notre observation, et le dégagement de la tête pourrait donc être plus difficile en cas de siège complet. Cependant, nous n'avons pas d'hypothèse à proposer pour expliquer ce phénomène. De manière corollaire enfin, l'augmentation du risque de déchirure périnéale de haut degré que nous avons observée en cas de siège complet peut s'expliquer par l'augmentation significative du risque de déchirure périnéale en cas de forceps sur tête dernière.

A partir d'une large série, notre étude a finalement confirmé que le pronostic maternel et néonatal de la tentative d'accouchement par voie basse n'est pas très différent selon le type de siège, ce qui avait été la conclusion d'études anciennes et peu argumentées (8–10) mais également d'études plus récentes et concordantes entre elles (11–15,30,34). Ces constatations devraient inciter les auteurs des recommandations internationales – notamment françaises – à revoir leur position sur les conditions d'acceptabilité de la tentative de voie basse (4).

Figures et tableaux

Figure 2. **Diagramme des flux**



<u>Tableau 1.</u> Fréquence du siège complet selon les caractéristiques de la grossesse

	Siège complet n=177	p
Age maternel		
< 30 ans	98 (36.4)	0.76
≥ 30 ans	79 (35.1)	
IMC*		
< 25	121 (32.5)	0.008
≥ 25	48 (46.6)	
Parité		
Nullipare	80 (31.0)	0.021
Multipare	97 (40.9)	
Malformation utérine		
Oui	9 (52.9)	0.13
Non	168 (35.1)	
Utérus uni cicatriciel		
Oui	6 (40.0)	0.73
Non	171 (35.6)	
CCP** favorable		
Oui	166 (36.1)	0.61
Non	4(36.4)	

*IMC = Indice de Masse Corporelle. **CCP = Confrontation céphalo-pelvienne.

Tableau 2. Issue maternelle selon le type de siège

	n	Complet n= 177	Décomplété n= 318	p
Age gestationnel à l'acct (SA)	495	39.1 ± 1.3	38.9 ± 1.2	0.16
RPM* > 12 heures	495	19 (10.7)	56 (17.6)	0.041
Nullipares	258	12 (15.0)	40 (22.5)	0.17
Multipares	237	7 (7.2)	16 (11.4)	0.28
Maturation cervicale	495	16 (9.0)	39 (12.3)	0.27
Trois touchers vaginaux identiques	495	15 (8.5)	25 (7.9)	0.81
Césarienne en cours de travail	495	29 (16.4)	40 (12.6)	0.24
Procidence du cordon	495	8 (4.5)	1 (0.3)	0.002
Nullipares	258	3 (3.8)	1 (0.6)	0.09
Multipares	237	5 (5.2)	0 (0.0)	0.011
Voie basse effective	495	148 (83.6)	278 (87.4)	0.24
Manœuvres (Lovset-Mauriceau-Bracht)	426	126 (85.1)	245 (88.1)	0.38
Forceps sur tête dernière	426	24(16.2)	27 (9.7)	0.049
Nullipares	211	16 (24.2)	25 (17.2)	0.23
Multipares	215	8 (9.8)	2 (1.5)	0.008
Episiotomie	426	102 (68.9)	218 (78.4)	0.031
Nullipares	211	51 (77.3)	130 (89.7)	0.017
Multipares	215	51 (62.2)	88 (66.2)	0.55
Déchirure de degré ≥ III	426	6 (4.1)	1 (0.4)	0.008
Nullipares	211	6 (9.1)	1 (0.7)	0.042
Multipares	215	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Hémorragie délivrance ≥ 500cc	495	23 (13.0)	26 (8.2)	0,09

*RPM = Rupture prématurée des membranes

Tableau 3. Issue néonatale selon le type de siège

	n	Complet n= 177	Décomplété n= 318	p
Poids de naissance (grammes)	495	3130 ± 520	3090 ±410	0.68
BIP* à la naissance (cm)	484	94.4 ± 4.8	93.9 ± 4.4	0.18
Score d'Apgar < 7 à 5 min	495	1 (0.6)	5 (1.6)	0.30
pH artériel néonatal	462	7.22 ± 0.1	7.20 ± 0.1	0.053
pH < 7.0	462	2 (1.2)	7 (2.3)	0.34
pH < 7.15	462	29 (18.0)	75 (24.9)	0.09
Nullipares	244	7.21 ± 0.1	7.19 ± 0.1	0.03
pH < 7.0	244	2 (2.7)	5 (2.9)	0.65
pH < 7.15	244	11 (15.1)	55 (32.2)	0.006
Multipares	218	7.23 ± 0.1	7.23 ± 0.1	0.87
pH < 7.0	218	0	2 (1.5)	
pH < 7.15	218	18 (20.5)	20 (15.4)	0.33
Transfert en USIN**	495	0	6 (1.9)	0.07
Nullipares	258	0	4 (2.2)	
Multipares	237	0	2 (1.4)	
Variable composite TBT (1)	495	1 (0.6)	3 (0.9)	0.55
Variable composite néonatale***	495	6 (3.4)	16 (5.0)	0.40
Décès néonatal	495	0	0	-

* BIP = Diamètre bi-pariétal. **USIN = Unité de soins intensifs néonataux.
*** variable composite néonatale = variable composite TBT ou bien pH<7 ou bien score d'Apgar <7 à 5 minutes de vie (voir Matériel et Méthode)

Annexes

Annexe 1. Publications portant sur le type de siège. Revue de la littérature.

Année	Auteur	Type d'étude	Population étudiée	Effectifs	AG	Issue des intentions de voie basse	Taux de procidence du cordon	Score Apgar	pH artériel néonatal
1980	Collea	Essai randomisé	SD	Intention de voie basse = 115 (56.7) Césarienne programmée = 88 (43.3)	≥ 34 SA	AVB = 55 (47.8) Echec voie basse = 60 (52.2)	_	< 7 à 5 min Césarienne programmée = 1 (1.1) AVB = 4 (7.2) Echec voie basse = 1 (1.7)	_
1983	Gimovsky	Essai randomisé	SC*	Intention de voie basse = 70 (69.3) Césarienne programmée = 31 (30.7)	≥ 36 SA	AVB = 31 (44.3) Echec voie basse = 39 (55.7) Siège complet : AVB = 18 (56.3) Echec voie basse = (43.7)	Césarienne programmée : = 0 (0.0) Intention de voie basse = 3 (4.3) Procubitus = 2 (2.8%)	< 7 à 5 min Césarienne programmée = 2 (6.5) AVB = 2(6.5) Echec voie basse = 0 (0.0)	_
1990	Christian	Essai randomisé	SD	Intention de voie basse = 85 (69.7) Césarienne programmée = 37 (30.3)	≥ 37 SA	AVB = 69 (81.2) Echec voie basse = 16 (18.8)	_	Score médian à 5 min Césarienne programmée = 9 AVB = 9 Echec voie basse = 9	pH moyen Césarienne programmée = 7.26 AVB = 7.18 Echec voie basse = 7.25

Année	Auteur	Type d'étude	Population étudiée	Effectifs	AG	Issue des intentions de voie basse	Taux de procidence du cordon	Score Apgar	pH artériel néonatal
								< 7 à 5 min	pH < 7.20 :
2001	Descargues	Etude rétrospective	SC/ SD	Intention de voie basse SC = 40 (27.4) SD = 106 (72.6)	≥ 37 SA	Siège complet : AVB = 28 (70.0) Echec voie basse = 12 (30.0) Siège décomplété AVB = 69 (65.1) Echec voie basse = 37 (34.9) *(p=0.49)*	SC = 2 (5.0) SD = 0 (0.0) *(p=0.07)*	SC =0 (0.0) SD =0 (0.0)	SC = 0 (0.0) SD = 23 (21.6) *(p=0.05)*
								< 7 à 5 min	pH moyen
2005	Broche	Etude rétrospective	SC	Intention de voie basse = 137 (70.0°) Césarienne programmée = 61 (30.0)	≥ 37 SA	AVB = 106 (77.4) Echec voie basse = 31 (22.6)	Césarienne programmée = 1(1.6) Intention de voie basse = 3 (2.2)	Césarienne programmée = 0 (0.0) AVB = 3 (2.8) Echec voie basse = 0 (0.0)	Césarienne programmée = 7.25±0.11 AVB = 7.22±0.11 Echec voie basse = 7.21±0.10 *(p=0.25)*

SC = Siège complet. SD = Siège décomplété. AVB = Accouchement par voie basse
* comprend les sièges semi-décomplétés, sièges « mode des genoux » et sièges « mode des pieds »

Annexe 2. Protocoles de service de l'accouchement par le siège à la maternité Jeanne de Flandre

C.H.R.U. de LILLE Pôle d'Obstétrique Hôpital Jeanne de Flandre	*PRISE EN CHARGE EN CAS DE PRESENTATION DU SIEGE AU 3EME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE*	Numéro : PR/OBS/044 Version : 1 / 1 Date : 29/09/2006 Page 1 sur 2

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
E. ARDIET, E. CLOSSET	E. CLOSSET Fonction : PH	Collège d'Obstétrique (Pr PUECH) Fonction : PU PH et PH

DOCUMENT ENREGISTRE

Dépistage de la présentation du siège
- Echographie T3 (32-34 SA)
- ou CPN 8ème mois

Présentation céphalique → Présentation céphalique

Siège →

Méthodes « alternatives »
- **acupuncture**: dès le diagnostic de présentation du siège proposer l'étude **Acuverse**, orienter la patiente avant 35SA+5 vers les CPN (37626 ou 44160), ou le week-end vers la PMF (31021)
- **pont passif** en prévenant du risque de lombalgies

Version par manœuvres externes : au plus tard **à 37 SA+3** (mais possible après si délai dépassé)
Revoir la patiente entre 35 et 36 SA si elle n'est pas dans Acuverse
Information sur les principes et les risques* de la VME
En cas de décision de VME, demander le jour même un dosage de **kaliémie** + **ECG** (en HDJ)
** voir page suivante*

Siège →

Présentation céphalique →

Entre 36+0 et 37SA+3 : HdJ pour version par manœuvres externes (VME)
- Idéalement un jour où peu de césariennes sont programmées au bloc
- Entrée à 8h30 à jeun; confirmation de la présentation podalique, monitoring fœtal
- **Tocolyse IV** pendant 30 minutes au moins avant le geste
- Au bloc : VME en prétravail (cf. fiche « conseils pratiques pour la VME »)
- **Monitoring** pendant **une heure** après la tentative
- Si la patiente est de **Rhésus Négatif**, injection de **Rhophylac 200 et test de Kleihauer non urgent** pour une éventuelle dose supplémentaire
- Retour en HdJ ; sortie en début d'après-midi après un **second monitoring** de contrôle pendant **une heure**, consignes pour le retour à domicile
- **Monitoring** de contrôle **48h plus tard** en CPN ou le week-end en PMF (prévenir le service). **Récupérer le Kleihauer si Rhésus négatif pour une éventuelle dose supplémentaire de Rhophylac.**

Succès de la VME → Présentation céphalique → **Surveillance prénatale habituelle jusqu'à la fin de la grossesse**

Echec de la VME → Présentation podalique persistante →

Prise en charge habituelle de la présentation du siège à terme

Pelviscanner dès que possible
- Confrontation fœto-pelvienne
- Information voie basse / haute
- En cas de contre-indication à la voie basse, programmation de la césarienne à 39-40 SA

} Protocole siège décision voie acc[t]

© Document interne, propriété du C.H.R.U. de LILLE

Taux de succès de la VME, ses risques

A propos de 107 cas de VME pratiquées dans le service, sur 14 mois entre 2006 et 2007 (Thèse de Julie BUENO-AMPERE, Lille 2008) :

Taux de succès global 31% (45% chez les multipares / 22 % chez les primipares qui représentaient 2/3 des cas)

- **Risques** :
  - Dans 9% des cas, l'**inconfort** provoqué par la manœuvre l'a fait interrompre
  - 15% **d'anomalies du RCF**, le plus souvent sans conséquence (2 césariennes). En tout, dans 5 % des cas, la VME a entraîné un **accouchement dans les heures suivantes** : anomalies du RCF, rupture prématurée des membranes, hématome marginal (4 césariennes et une voie basse).
  - La version a été réussie chez 3 patientes parmi les 7 présentant une césarienne antérieure.

- **Eléments prédictifs de succès :**
  - La **multiparité** (45 % de succès)
  - Cliniquement, le **caractère fixé de la présentation ou non** (en glissant la tranche de la main entre la présentation et la symphyse pubienne) : 49 % de succès si non fixée contre 10% si fixée.
  - La **quantité de liquide amniotique** évaluée par échographie : plus importante en cas de réussite, mais sans pouvoir fixer de seuil limite.
  - Plus de réussite en cas de **placenta** postérieur, mais de manière non significative (37% contre 24% en cas de placenta antérieur).
  - Enfin, il n'a pas été retrouvé de différence en fonction du **gabarit de la patiente**.

- **Intérêt de la VME :**

  En cas de réussite, 12% de césarienne contre 61 % en cas d'échec (essentiellement des césariennes programmées pour insuffisance des marges de sécurité dans le protocole « siège décision de la voie d'accouchement»).

© Document interne, propriété du C.H.R.U. de LILLE

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille Pôle d'Obstétrique Hôpital Jeanne de Flandre	PROCÉDURE INTERNE **DECISION DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT POUR LE SIEGE**	PR/OBS/049 14 Mai 2004 Version 1 Page 1 sur 1

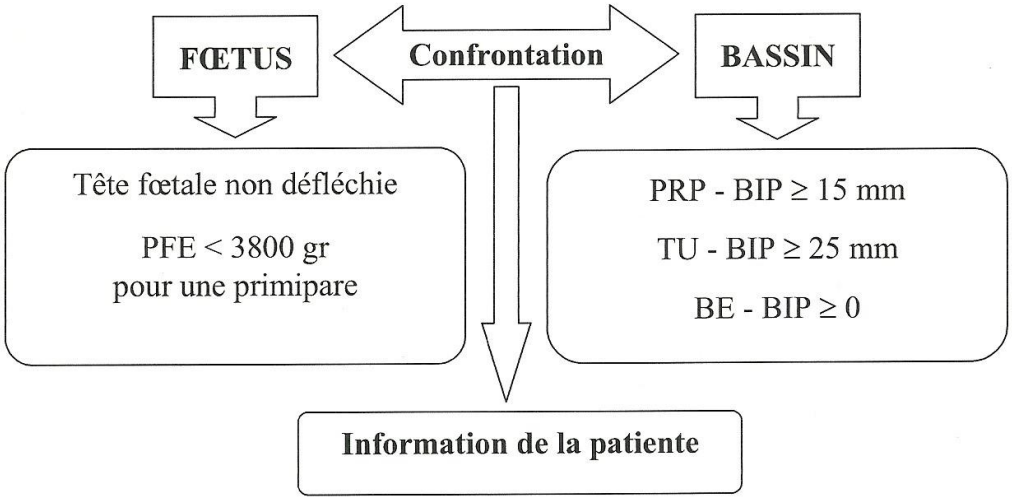
REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
NOM : E. CLOSSET Fonction : PH Visa :	NOM : D. SUBTIL Fonction : PU-PH Visa :	NOM : Collège d'Obstétrique (Pr Puech) Fonction : PU-PH Visa :

Merci de nous transmettre vos remarques sur des imprécisions, des oublis ou des thèmes que vous souhaiteriez voir traiter. C'est le seul moyen d'adapter ces protocoles à notre pratique. Mail : e-closset@chru-lille.fr

BILAN OBLIGATOIRE

- **Echographie** fœtale récente pour *biométrie* et degré de *flexion de la tête*
- **Pelvimétrie** (vers 36 SA)

CONDITIONS NECESSAIRES POUR LA VOIE BASSE



Cas particuliers : suggestions

- *Siège arrivant en travail sans pelvimétrie* :
  voie basse possible en cas de PFE < 2500 gr ou en cas d'antécédent d'accouchement par voie basse d'un enfant de plus de 3800 gr
- Pour le *deuxième jumeau en présentation non céphalique* :
  pelvimétrie à partir d'un PFE de 2500 gr

Définitions : ***PFE*** *: Poids fœtal estimé* - ***PRP*** *: Promonto rétro pubien* - ***TU*** *: Transverse utile*
BE *: Bi épineux* - ***BIP*** *: Bipariétal*

© Document interne, propriété du C.H.R.U. de LILLE

Annexe 3. Issue des grossesses exclues

	Année accouchement	Motif d'exclusion	Voie d'accouchement	Apgar à 5 minutes	pH artériel	Traumatisme perpartum	Transfert	Durée du transfert	Décès
1	2001	Cardiopathie fœtale (communication interventriculaire, transposition des gros vaisseaux et suspicion coarctation aorte)	Césarienne programmée	10	7.30	-	Cardiologie	-	Non
2	2002	Cardiopathie fœtale (atrésie tricuspide, hypoplasie sévère de l'artère pulmonaire)	Voie basse effective	10	7.32	-	USIN	5 jours	Non
3	2002	Cardiopathie fœtale (asymétrie des cavités cardiaques, suspicion de coarctation de l'aorte.	Césarienne programmée	9	7.27	-	Non	-	Non
4	2003	Trouble du rythme cardiaque fœtal (bloc auriculo-ventriculaire)	Césarienne programmée	10	7.29	-	USIN	6 jours	Non
5	2006	Cardiopathie fœtale non précisée	Voie basse effective	10	7.29	-	USIN	-	Non
6	2007	Cardiopathie fœtale (hypoplasie cœur gauche)	Césarienne programmée	7	7.32	-	USIN	5 jours	Non
7	2008	Cardiopathie fœtale (coarctation aorte)	Voie basse effective	8	7.16	-	USIN	11 jours	Non

	Année accouchement	Motif d'exclusion	Voie d'accouchement	Apgar à 5 minutes	pH artériel	Traumatisme perpartum	Transfert	Durée du transfert	Décès
8	2003	Uropathie fœtale (dysplasie multikystique rénale gauche)	Césarienne programmée	10	7.27	-	Non	-	Non
9	2003	Uropathie fœtale (dilatation pyélique bilatérale, insuffisance rénale)	Voie basse effective	10	7.19	-	USIN	3 jours	Non
10	2007	Uropathie fœtale (néphromégalie bilatérale, calcifications). Diagnostic néonatal : polykystose rénale récessive	Césarienne programmée	9	7.25	hématomes	USIN	2 jours	Non
11	2008	Uropathie fœtale (valves de l'urètre postérieur, anomalie familiale de la néphrogénèse)	Echec de voie basse	9	7.26	-	USIN	19 jours	Non
12	2008	Uropathie fœtale (polykystose rénale sévère)	Césarienne programmée	9	7.24	-	USIN	36 jours	Oui (36e jour)
13	2001	Appareil digestif (omphalocèle, hépatocèle)	Césarienne programmée	10	7.28	-	USIN	6 jours	Non
14	2003	Appareil digestif (péritonite méconiale)	Césarienne programmée	10	7.33	-	USIN	2 jours	Non

	Année accouchement	Motif d'exclusion	Voie d'accouchement	Apgar à 5 minutes	pH artériel	Traumatisme perpartum	Transfert	Durée du transfert	Décès
15	2005	Appareil digestif (péritonite méconiale)	Voie basse effective	10	7.09	-	USIN	1 jour	Non
16	2009	Appareil digestif (hépatocèle)	Césarienne programmée	10	7.24	-	USIN	15 jours	Non
17	2009	Appareil digestif (syndrome Beckwith-Wiedman)	Césarienne programmée	10	7.22	-	USIN	10 jours	Non
18	2001	SNC (hydrocéphalie)	Voie basse effective	8	7.24	-	-	-	Oui (1e jour)
19	2006	SNC (hydrocéphalie majeure)	Voie basse effective	9	7.25	-	-	-	Oui (1e jour)
20	2007	SNC (spina bifida, hydrocéphalie)	Césarienne programmée	10	7.30	-	-	-	Oui (1e jour)
21	2008	SNC (hypoplasie du corps calleux)	Voie basse effective	9	7.27	-	USIN	15 jours	Non
22	2002	Hernie diaphragmatique	Césarienne programmée	10	7.25	-	USIN	7 heures	Oui (7h)
23	2004	Hydrocolpos, dysplasie rénale gauche sur rein unique, malformation nasopharyngée bilatérale	Césarienne programmée	10	7.27	-	USIN	2 jours	Non

	Année accouchement	Motif d'exclusion	Voie d'accouchement	Apgar à 5 minutes	pH artériel	Traumatisme perpartum	Transfert	Durée du transfert	Décès
24	2005	Os longs courts, asymétrie cardiaque	Césarienne programmée	10	7.32	-	Non	-	Non
25	2004	Ostéogénèse imparfaite	Césarienne programmée	10	7.33	Fracture	Non	-	Non
26	2003	Thrombopénie fœtale (allo-immunisation anti-plaquettaire anti HPA1a)	Césarienne programmée	10	7.25	-	USIN	4 jours	Non
27	2003	Anémie fœtale (allo-immunisation anti erythrocytaire anti-RH1)	Césarienne programmée	9	7.19	-	USIN	5 jours	Non
28	2004	Allo-immunisation anti plaquettaire anti-BRA, anti HPA5b	Césarienne programmée	10	7.27	-	USIN	4 jours	Non

<u>Annexe 4.</u> Devenir des patients transférés en Unité de soins intensif néonataux.

Année	Voie d'accouchement	Apgar à 5 minutes	pH artériel néonatal	Traumatisme perpartum	Intubation	alimentation parentérale ou entérale	Convulsions	HIV*	Durée transfert	Décès	Remarques
2000	Césarienne	7	6.67	_	Non	Oui (1jour)	_	_	2 jours	_	Anomalie du rythme cardiaque fœtal pendant le travail
2007	Voie basse	10	7.21	_	Non	Oui (1jour)	_	_	4 jours	_	Diagnostic de siège à dilatation complète Retard de croissance intra uterin Hypoglycémie
2008	Voie basse	10	7.12	_	Non	Non	_	_	1 jour	_	AIFM** sans anémie anténatale Transfusion 1Culot Globulaire
2008	Voie basse	7	7.24	pneumothorax	Oui	Oui (2jours)	_	_	3	_	_
2009	Césarienne	2	6.99	_	Oui (≥24h)	Non	_	_	10	_	Anomalie du rythme cardiaque fœtal pendant le travail
2009	Voie basse	8	7.28	_	Non	Non	_	_	6	_	Retard de croissance intra-uterin Oligoamnios Détresse respiratoire

* HIV = Hémorragie intra-ventriculaire. ** AIFM = Allo immunisation foeto-maternelle.

<u>Annexe 5.</u> Evaluation du risque de césarienne en cours de travail selon le type de siège. Revue de la littérature.

Publications	Complet	Décomplété	Odd ratio
Roman, 2008	231/727 (31.8)	435/1650 (26.4)	1.3 [1.1-1.6]*
Goffier, 2001	30/127 (23.6)	42/287 (14.6)	1.5 [1.1-2.0]*
De Leeuw, 1998,	30/75 (40.0)	62/193 (32.1)	1.4 [0.8-2.5]
Notre étude, 2013	29/177 (16.4)	40/318 (12.6)	1.4 [0.8-2.4]

<u>Annexe 6.</u> Devenir néonatal des cas de procidence du cordon (n=9).

	Procidence du cordon
Césarienne	9 (100)
Siège complet	8 (88.9)
Score d'Apgar à 5 min (moyen)	10±0.0
Score d'Apgar à 5 min < à 4	0
Score d'Apgar à 5 min < à 7	0
pH moyen (n=8)	7.23±0.03
pH < à 7.00 (n=8)	0
pH < à 7.15 (n=8)	2 (25)
Variable composite TBT	0
Variable composite néonatale*	0
Transfert en USIN**	0
Décès néonatal	0

* variable composite néonatale = variable composite TBT ou bien pH<7 ou bien score d'Apgar <7 à 5 minutes de vie (voir Matériel et Méthode).
**USIN = Unité de soins intensifs néonataux.

<u>Annexe 7.</u> Fiche de recueil

Nom de jeune fille : |_____|
Nom d'épouse : |_____|
Prénom : |_____|
Date d'accouchement : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Numéro SIH : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Inclusion : oui non
Motif d'exclusion : _____

1. CRITERES LIES A L'UTILISATION DU PROTOCOLE

- Accord voie basse écrit dans le dossier……. oui non
- Echographie faite entre 36 SA et 41 SA……. oui non
- Date de l'échographie …… |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- Nombre de jour séparant l'échographie et l'accouchement..... |__|__|
- BIP (échographique)…….....……. |__|__|__|
- PFE (échographique)..... |__|__|__|__|
- Confrontation céphalopelvienne explicite (écrite)…… oui non
- Confrontation céphalopelvienne normale ……. oui non
- Flexion de tête vérifiée……. oui non
- Flexion de tête effective…….. oui non
- Information donnée à la patiente …….. oui non
- Refus VB de la patiente……..……. oui non
- BIP (calculé)…….. |__|__|__|
- PFE (calculé)..... |__|__|__|__|
- PRP……. |__|__|__|
- TU……. |__|__|__|
- BE……. |__|__|__|

2. VOIE D'ACCOUCHEMENT

- Césarienne programmée réalisée avant travail…….. |__|
- Césarienne programmée réalisée en début de travail……..... |__|
- Césarienne programmée mais accouchement voie basse…... |__|
- Voie basse effective……. |__|
- Echec de voie basse (césarienne en cours de travail)…….. |__|

3. CRITERES D'APPRECIATION DE L'ETAT NEONATAL

- Fractures…….. oui non
- Fracture de la base du crâne……... oui non
- Hématomes……. oui non
- Hématome intracrânien……. oui non
- Lésion moelle épinière…….. oui non
- Plexus brachial…… oui non
- Lésion d'un nerf périphérique……..... oui non
- Blessures autres (génitales, cutanées …)……. oui non
- Préciser :
  I_____I
- Transfert en USI……. oui non

  -Durée du séjour en unité de soins intensifs ……... I__I__I__I
  -Intubation…… oui non
  -Intubation de plus de 24h…… oui non
  -Alimentation parentérale ou entérale…… oui non
  -Durée alimentation parentérale ou entérale…… I__I__I__I
  -Présence de convulsions…… oui non
  -Persistance après les premières 24h……... oui non
  -Présence d'une hémorragie intraventriculaire……. oui non

- Mort fœtale……. oui non
- Mort néonatale…… oui non

  - Si oui, à quel jour de vie ?..... I__I__I__I
- Cause du décès mentionnée : I_____I

4. CRITERES DE POPULATION

- Age maternel……. I__I__I
- Taille (en cm)……. I__I__I__I
- Poids avant le grossesse……. I__I__I__I
- Dernière prise de poids…… I__I__I__I
- Niveau socio-économique bas…… oui non
- Nombre d'accouchement(s) antérieur(s) (≥ 22 SA)…… I__I__I
- Nombre d'AVB antérieur(s)…… I__I__I
- Utérus cicatriciel ……...0 1 ≥2

- Malformation utérine…….. oui non
- Secteur privé …….. oui non
- Age gestationnel……. I__I__I + I__I
- Siège décomplété ……. oui non
- Quantité de LA diminuée……. oui non
- Rupture des membranes ≥12 heures……. oui non
- Déclenchement par Prostaglandines……..... oui non
- Poids de naissance…….. I__I__I__I__I
- BIP (mesuré)…….. I__I__I__I
- Apgar à 5 min…… I__I__I
- pH à la naissance…… I__I , I__I__I
- Dystocie cervicale : Non……... I__I
  2 ex. id…….. I__I
  ≥ 3 ex. id…….. I__I
  ≥ 2 ép. de stagnation……. I__I
- Manœuvres : Aucune…… I__I
  Lovset, Mauriceau, Bracht…… I__I
  Forceps tête dernière…… I__I
- Périnée : intact I_I épisiotomie I_I déchirure grade I-II I_I
  déchirure grade III I_I déchirure grade IV I_I
- Hémorragie de la délivrance..... I__I__I__I__I
- Transfusion..... oui non

- Si césarienne pour échec de voie basse, indication :

  ARCF…… I__I
  Dystocie…….. I__I
  Autres…….. I__I
  Préciser : I_____I

<u>Annexe 8.</u> Fiche de recueil des échecs de voie basse.

Nom de jeune fille : I_____I
Nom d'épouse : I_____I
Prénom : I_____I
Date d'accouchement : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Numéro SIH : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
N° dossier Epi-info : I__I__I__I

1. **TRAVAIL**

- Rupture des membranes ≥12 heures……. oui non
- Travail spontané……. oui non
- Déclenchement par Prostaglandines……..... oui non
- Anesthésie : rachianesthésie …..... oui non
  péridurale..... oui non
  PCEA..... oui non
  dérivés nitrés..... oui non
  halogénés..... oui non
  anesthésie générale …..... oui non
  aucune..... oui non
  autre..... oui non
- Rupture des membranes : artificielle I__I spontanée I__I
- Dilatation cervicale au moment de la rupture des membranes…….. I__I__I cm
- Durée rupture des membranes – naissance..... I__I__IH I__I__IMIN
- Durée première phase du travail (entrée en salle de naissance ou 3cm – dilatation complète)…….. I__I__IH I__I__IMIN
- Durée à dilatation complète…… I__I__IH I__I__IMIN
- Durée des EEM…… I__I__IMIN
- Durée entrée en salle – décision de césarienne…… I__I__IH I__I__IMIN
- Dilatation cervicale au moment de la décision de césarienne…… I__I__I cm
- Tocométrie interne…….. oui non
- Utilisation ocytocique……. oui non
- ARCF pendant travail…… oui non
- pH in utero……..... oui non
  valeur : I__I, I__I__I
- Electrode fœtale……. oui non

2. CESARIENNE

- Intitulé indication césarienne (CRO) :

……
……
……

- Défaut d'engagement…… oui non
- Procidence cordon ombilical……. oui non
- Efforts expulsifs maternels inefficaces / défaut de progression… oui non
- ARCF…….. oui non
- Dystocie cervicale……. oui non
- Rupture utérine…… oui non
- Autre (HRP..), précisez I_____I

3. ETAT NEONATAL

- Délai indication césarienne – naissance……. I__I__IH I__I__IMIN
- Base excess (BE) …..... I__I I__I , I__I
- Base excess (BE) < – 12 …..... oui non

Bibliographie

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 21 oct 2000;356(9239):1375‑1383.

2. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. juill 2006;108(1):235‑237.

3. Breech Presentation, Management (Green-top 20b) | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists . www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/management-breech-presentation-green-top-20b

4. Taylor S. [Is cesarean section indicated for breach presentation?]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2000;29(2 Suppl):30‑39.

5. Management of Breech Presentation at Term australian guidelines . www.rcanzog.edu.au. fev 2001. College Statement. C-Obs 11.

6. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Farine D, Basso M, Bos H, et al. Vaginal delivery of breech presentation. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC. juin 2009;31(6):557‑566, 567‑578.

7. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D. [Evaluation of decisional elements of vaginal delivery in case of breech presentation in 19 university hospitals in France]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2009;38(5):411‑420.

8. Collea JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. Am J Obstet Gynecol. 15 mai 1980;137(2):235‑244.

9. Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report. Am J Obstet Gynecol. 1 mai 1983;146(1):34‑40.

10. Christian SS, Brady K, Read JA, Kopelman JN. Vaginal breech delivery: a five-year prospective evaluation of a protocol using computed tomographic pelvimetry. Am J Obstet Gynecol. sept 1990;163(3):848‑855.

11. Descargues G, Doucet S, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Lemoine JP, Marpeau L. [Influence of the type of breech presentation on delivery in selected primiparous women at term]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2001;30(7 Pt 1):664‑673.

12. Broche D-E, Riethmuller D, Vidal C, Sautière J-L, Schaal J-P, Maillet R. [Obstetric and perinatal outcomes of a disreputable presentation: the nonfrank breech]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2005;34(8):781‑788.

13. De Leeuw JP, de Haan J, Derom R, Thiery M, van Maele G, Martens G. Indications for caesarean section in breech presentation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. août 1998;79(2):131‑137.

14. Golfier F, Vaudoyer F, Ecochard R, Champion F, Audra P, Raudrant D. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. oct 2001;98(2):186‑192.

15. Azria E, Le Meaux J-P, Khoshnood B, Alexander S, Subtil D, Goffinet F, et al. Factors associated with adverse perinatal outcomes for term breech fetuses with planned vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol. oct 2012;207(4):285.e1‑9.

16. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Ego A, Subtil D, et al. Evaluation of a decision protocol for type of delivery of infants in breech presentation at term. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. oct 2011;158(2):194‑198.

17. Carayol M, Alexander S, Goffinet F, Bréart G, Alexander S, Uzan S, et al. [Mode of delivery and term breech presentation in the PREMODA cohort]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2004;33(1 Suppl):S37‑44.

18. Carayol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972-2003. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. mai 2007;132(1):20‑26.

19. Rietberg CCT, Elferink-Stinkens PM, Visser GHA. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. BJOG Int J Obstet Gynaecol. févr 2005;112(2):205‑209.

20. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. Am J Obstet Gynecol. mars 1992;166(3):851‑852.

21. Hill LM. Prevalence of breech presentation by gestational age. Am J Perinatol. janv 1990;7(1):92‑93.

22. Cibils LA, Karrison T, Brown L. Factors influencing neonatal outcomes in the very-low-birth-weight fetus (< 1500 grams) with a breech presentation. Am J Obstet Gynecol. juill 1994;171(1):35‑42.

23. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. Obstet Gynecol. oct 1993;82(4 Pt 1):605‑618.

24. Soernes T, Bakke T. The length of the human umbilical cord in vertex and breech presentations. Am J Obstet Gynecol. mai 1986;154(5):1086‑1087.

25. Kennare R, Tucker G, Heard A, Chan A. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. Obstet Gynecol. févr 2007;109(2 Pt 1):270‑276.

26. Krebs L, Langhoff-Roos J. Elective cesarean delivery for term breech. Obstet Gynecol. avr 2003;101(4):690‑696.

27. Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Rozan M-A, Maria B, Jacquetin B, et al. Is a breech presentation at term more frequent in women with a history of cesarean delivery? Am J Obstet Gynecol. mai 2008;198(5):521.e1‑6.

28. Broche D-E, Riethmuller D, Maticot-Baptista D, Ramanah R, Cossa S, Maillet R. [Assisted vaginal delivery using the vacuum extractor in frank breech presentation]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. avr 2008;37(2):143‑148.

29. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Kahn K. A meta-analysis of infant outcomes after breech delivery. Obstet Gynecol. juin 1995;85(6):1047‑1054.

30. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol. avr 2006;194(4):1002‑1011.

31. Carayol M, Zeitlin J, Roman H, Le Ray C, Breart G, Goffinet F, et al. Non-clinical determinants of planned cesarean delivery in cases of term breech presentation in France. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(9):1071‑1078.

32. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. Obstet Gynecol. mars 2004;103(3):407‑412.

33. Håheim LL, Albrechtsen S, Berge LN, Børdahl PE, Egeland T, Henriksen T, et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. Acta Obstet Gynecol Scand. févr 2004;83(2):126‑130.

34. Roman H, Carayol M, Watier L, Le Ray C, Breart G, Goffinet F. Planned vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term: prenatal determinants predictive of elevated risk of cesarean delivery during labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. mai 2008;138(1):14‑22.

35. Roman J, Bakos O, Cnattingius S. Pregnancy outcomes by mode of delivery among term breech births: Swedish experience 1987-1993. Obstet Gynecol. déc 1998;92(6):945‑950.

36. Gimovsky ML, Petrie RH, Todd WD. Neonatal performance of the selected term vaginal breech delivery. Obstet Gynecol. déc 1980;56(6):687‑691.

37. Kahana B, Sheiner E, Levy A, Lazer S, Mazor M. Umbilical cord prolapse and perinatal outcomes. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. févr 2004;84(2):127‑132.

38. Barrett JM. Funic reduction for the management of umbilical cord prolapse. Am J Obstet Gynecol. sept 1991;165(3):654‑657.

Auteur : DEMETZ Julie

Date de Soutenance : 16 Septembre 2013

Titre de la Thèse : Le type de siège est-il lié au pronostic de l'accouchement ?

Thèse, Médecine, Lille

Cadre de classement : Gynécologie-Obstétrique

Mots-clés : Siège – Siège complet – Siège décomplété – Etat néonatal

Résumé :

Contexte : Dans l'accouchement en présentation du siège, le type de la présentation - complet ou décomplété - est parfois considéré comme un critère à prendre en compte pour accepter ou non une tentative d'accouchement par voie basse. Le lien entre type de siège et pronostic de l'accouchement reste cependant discuté. L'objectif de cette étude est d'évaluer, en cas de voie basse programmée en présentation du siège, le pronostic de l'accouchement et le devenir néonatal en fonction du type de siège.

Méthode : Etude rétrospective hospitalière monocentrique menée sur dix années consécutives parmi 495 singletons en présentation du siège pour lesquels un accouchement par voie basse était tenté. L'état néonatal était évalué par la variable composite du Term Breech Trial (1) à laquelle nous avons ajouté la survenue d'un score d'Apgar < 7 à 5 minutes ou celle d'un pH artériel néonatal < 7.0.

Résultats : Parmi les 495 tentatives de voie basse en présentation du siège, 177 concernaient des sièges complets (35.8%) et 318 des sièges décomplétés (64.2%). La fréquence des échecs de voie basse était identique quel que soit le type de siège (16.4 vs 12.6%, p=0.24), et la morbidité néonatale ne différait pas selon que le siège était complet ou décomplété (4.0 vs 5.3%, p=0.49). On constatait certaines particularités liées au type de siège pour l'accouchement. D'une part, les procidences du cordon étaient presque exclusivement le fait des sièges complets (4.5 vs 0.3%, p<0.01), la césarienne s'accompagnant heureusement d'un bon pronostic dans tous les cas. Les sièges complets étaient également liés à une augmentation de l'utilisation du forceps sur tête dernière (16.2 vs 9.7, p<0.05) et des déchirures de haut degré chez les patientes nullipares (4.1 vs 0.4, p<0.05). Enfin, les sièges décomplétés étaient liés à une augmentation significative du risque d'acidose modérée (pH<7.15) chez les patientes nullipares.

Conclusion : Chez des patientes éligibles pour la voie basse, le pronostic de l'accouchement et la morbidité néonatale sont peu influencés par le type de présentation du siège (complet ou décomplété).

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 21 oct 2000;356(9239):1375-1383.

Composition du Jury :

Président :	Monsieur le Professeur Philippe Deruelle
Assesseurs :	Monsieur le Professeur Laurent Storme
	Madame le Professeur Véronique Houfflin-Debarge
	Madame le Docteur Sandrine Depret
Directeur de thèse :	Monsieur le Professeur Damien Subtil

[redacted]