



Accouchement par voie basse des foetus en présentation du siège

Impact d'une politique incitative de service

**Travail réalisé par Lorraine Hejl, Estelle Perdriolle-Galet, Emilie
Gauchotte, Ronan Callec, Olivier Morel**

Contexte

L'accouchement voie basse des présentations par le siège, un sujet polémique

Etude de Hannah et al.

- Risque néonatal élevé
- RR = 0,33, [0,19-0.56]

Autres études

- PREMODA : pas de morbidité accrue de l'accouchement par voie basse
- RR = 1,5 [0,9 -2,3]

Contexte

Comment manager ce type de présentation ?

Avant 2012

- Voie d'accouchement était **laissée à l'appréciation du médecin** prenant en charge l'accouchement

En 2012

- Mise en place d'un protocole **suivant les recommandation du CNGOF**

Evolution des pratiques suite à la mise en place d'une politique incitative de service encadrée par un protocole (2008 vs 2014)

Matériels et Méthodes

Protocole de prise en charge des présentations du siège

Prérequis :

- Proposition systématique à toutes les femmes à 36 Semaines d'Aménorrhée (SA) d'une Version par Manœuvre Externe (VME)
- Consultation avec un médecin sénior pour la discussion de la VME ou en cas de refus initial de VME
- En cas de persistance de la présentation en siège, réalisation d'une pelvimétrie, de biométries fœtales et estimation clinique du poids fœtal et de la perméabilité du bassin maternel
- Discussion en staff d'obstétrique de la voie d'accouchement la plus adaptée en fonction de l'ensemble des éléments du dossier

Critères d'acceptabilité de la voie basse :

- Information et consentement de la patiente
- Bassin normal Promonto-Retro-Pubien supérieur à 10 cm, Transverse Médian supérieur à 11,5 cm et un Bi-épineux supérieur à 9,5 cm
- Estimation du poids fœtal clinique ou échographique inférieure à 3800 grammes
- Diamètre Bi Pariétal (BIP) inférieur au diamètre Bi-épineux (BE) ou inférieur à 98 millimètres
- Absence de déflexion de la tête fœtale

- Ces précédents critères sont applicables pour toute grossesse au-delà de 37 SA. Avant ce terme il n'existe pas de contre-indication formelle à laisser naître par voie basse un enfant en présentation du siège, ni d'obligation à la réalisation d'une pelvimétrie. Une analyse du risque doit être réalisée au cas par cas.
- La prématurité, la primiparité, l'antécédent maternel d'utérus cicatriciel ainsi que la présentation fœtale en siège complet ne sont pas, de façon isolée, des contre-indications à la tentative d'accouchement par voie basse.
- En cas de demandes répétées de césarienne de la part de la patiente, une césarienne pourra être réalisée après discussion du dossier en staff. Une information claire des risques des deux voies d'accouchement devra être donnée à la patiente et retranscrite dans le dossier médical.
- La présentation du siège n'est pas une contre indication à la maturation cervicale. Le choix de la méthode est laissée à l'appréciation du clinicien.

Matériels et Méthodes

Etude rétrospective, uni-centrique, observationnelle dans une maternité universitaire de type III

Critère d'inclusion

- Grossesse singleton en présentation par le siège, à plus de 32 SA ayant accouché en 2008 et en 2014

Critères d'exclusion

- Contre-indications aux efforts expulsifs maternels
- Grossesses multiples
- Indication de césarienne d'emblée (pathologie foetale, placentaire ou maternelle)
- Mort foetale *in utero* (MFIU)

Critère de jugement principal

- Evolution du taux de TAVB

Critères de jugement secondaires

- Taux et indications de césariennes programmées ou en cours de travail
- Etat néonatal (état néonatal non rassurant (pH < 7,1 ou Apgar < 5 ou présence de symptôme neurologique ou hospitalisation en unité de soins intensifs / réanimation) ou état néonatal rassurant (pH ≥ 7,1, Apgar ≥ 5, absence de symptôme neurologique et non hospitalisation en unité de soins intensif / réanimation))

Résultats

126 patientes en 2008 et 105 patientes en 2014

Tableau Evolution des voies d'accouchement observées entre 2008 et 2014
Evolution of birthways observed between 2008 and 2014

Critères étudiés	2008 N = 126 (%)	2014 N = 105 (%)	p
TAVB	49 (38,9)	58 (55,2)	< 0,05
Césariennes programmées	77 (61,1)	47 (44,8)	
TAVB réussies	16 (12,7)	37 (35,2)	
Césariennes en urgence (quand TAVB)	33 (26,2)	21 (20)	< 0,05
Césariennes en urgence (quand césariennes programmée)	11 (8,7)	11 (10,5)	

TAVB : Tentative accouchement par voie basse

Résultats

Evolution des indications de césarienne programmée

- Primiparité : 17,5% (n=22) en 2008 vs 0% en 2014

Evolution des indications de césarienne en urgence

- Refus de TAVB par la patiente : 39,4 % (n = 13) vs 0

Résultats

VME

- 15,9 % (n = 20) vs 37,1 % (n = 39) ($p < 0,05$)

Maturation cervicale

- 0 vs 8

EPF à l'entrée en travail

- 8,2 % (n = 4) vs 62,1 % (n = 36) ($p < 0,05$)

AVB entre 32 et 37 SA

- 0 % vs 54,5 (n = 6)

Manœuvres

- 62,5 % (n = 10)(Bracht ou Vermelin) vs 78,4 % (n=29) (Lovset/Mauriceau) ($p < 0,05$)

Résultats

Tableau Evolution des états néonataux observés entre 2008 et 2014
Evolution of the neonatal conditions observed between 2008 and 2014

Critères étudiés	2008 N = 126 n/N (%)	2014 N = 105 n/N (%)	P
pH artériel			
pH < 7,1	2/109 (1,8)	8/92 (8,7)	0,04
pH ≥ 7,1	107/109 (98,2)	84/92 (91,3)	
Non spécifié	17 (13,5)	13 (12,4)	
Score d'Apgar à 5 minutes			
Apgar < 5	2/113 (1,8)	2/102 (2)	1
Apgar ≥ 5	111/113 (98,2)	102/104 (98)	
Non spécifié	13	1	
Symptômes neurologiques précoces	1/126 (0,8)	0	NC
Lésions			
Fractures	0	1/105 (1)	NC
Plaies de la fesse	1 (0,8)	0	
Hospitalisation Néonatale *	20/126 (15,9)	13/105 (12,4)	0,57
Etat néonatal			
Etat non rassurant**	21/113 (18,6)	22/92 (24)	0,49
Etat rassurant***	92/113 (81,4)	70/92 (76)	
Non déterminé	13 (10,3)	13 (12,4)	

NC : non calculable

*Hospitalisation en unité de soins intensifs ou en réanimation néonatale à l'issue de l'accouchement

**Etat non rassurant : pH < 7,1 ou Apgar < 5 ou présence de symptôme neurologique ou hospitalisation néonatale

***Etat rassurant : pH ≥ 7,1, Apgar ≥ 5, absence de symptôme neurologique et non hospitalisation néonatale

Discussion

Points forts

- Changements significatifs des pratiques
- Absence d'impact
 - Taux complications obstétricales similaire : 6,1 % (n = 3) vs 8,6 % (n = 5) (p = 0,126)
 - Etat néonatal : pas de différence significative

Points faibles

- Etude rétrospective
- Faibles effectifs

Perspectives

- Etudes plus vastes
- Evaluer chaque critère du protocole de manière indépendante

Discussion

Biométries fœtales en salle de naissance

- Performances et reproductibilité inter-observateur variables

Quelles limites pour la pelvimétrie ?

- Utiliser la différence de mesure entre le BE ou le TM et le BIP ?

Césariennes pour ARCF en 2014 en augmentation

- Modalités de surveillance du travail et d'utilisation de l'ocytocine
- Pas d'examen de deuxième ligne possible

Césariennes programmées

- 9,5 % de césarienne programmée hors protocole en 2014

Conclusion

Mise en place de protocole : standardisation des PEC

- Assurance que tous les critères objectifs d'acceptabilité de la voie basse et donc de sécurité pour la femme et l'enfant ont été vérifiés de façon collégiale
- Information standardisée fournie à la patiente permettant de répondre à ses inquiétudes

Formation des internes et des praticiens

- Solides connaissances en mécanique obstétricale
- Entraînement pratique (simulation +++) avec de bonnes conditions d'encadrement

Merci de votre attention

