

Présentation de siège : Quelle voie d'accouchement choisir ?

Mourali Mechaal, Kawali Abdelkrim, Fitouhi Lobna, Hadroug L, Gharsa Anissa, Hmila Faouzia, Binous Naoufel, Ben Zineb Nabil, El Fekih Chiraz

*Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Mahmoud El Matri, Ariana
Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar, Tunisie*

Mourali. M, Kawali. A, Fitouhi. L, Hadroug L, Gharsa. A, Hmila. F, Binous. N, Ben ZinebN., El Fekih C.

Mourali. M, Kawali. A, Fitouhi. L, Hadroug L, Gharsa. A, Hmila. F, Binous. N, Ben Zineb, El Fekih C.

Présentation de siège : Quelle voie d'accouchement choisir ?

Delivery in breech presentation: What way should we choose?

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°01) : 21 - 26

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°01) : 21 - 26

R É S U M É

Prérequis : L'accouchement par le siège est réputé dangereux en raison des taux plus élevés de mortalité et de morbidité périnatales qui s'y attachent, conséquences de traumatismes obstétricaux liés aux manœuvres obstétricales. Quelle voie d'accouchement faut-il privilégier ? La voie haute ou la voie basse ? Quels sont les arguments dont nous disposons pour étayer notre choix ?

But : Etudier le pronostic maternel et fœtal en fonction de la voie d'accouchement de la présentation du siège.

Méthodes : Etude rétrospective ayant inclus toutes les patientes ayant accouché à terme d'un fœtus unique en présentation du siège entre janvier 2007 et décembre 2009 dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Mahmoud El Matri à l'Ariana.

Résultats : La fréquence de la présentation du siège dans notre série était de 2,59%. Les principaux facteurs favorisant cette présentation sont : la primiparité (53,1% des parturientes étaient des primipares), les malformations utérines, les bassins pathologiques, les anomalies du liquide amniotique, le poids fœtal et les malformations fœtales. Nous avons accepté la voie basse chez 57,7% des patientes. 75% d'entre elles ont accouché par les voies naturelles. Le taux de césariennes était de 56,7%. Parmi ces patientes, 74,5% étaient des indications de césariennes à froid (utérus cicatriciel, bassin pathologique, RPM >12h, poids fœtal estimé >3800g). 97,6% des nouveaux nés accouchés par voie basse avaient un score d'Apgar à une minute supérieur ou égal à 7. Il n'y avait pas de différence significative pour la morbidité fœtale, l'Apgar et le taux de transfert en néonatalogie entre la voie basse et la césarienne.

Conclusion : Lorsque les conditions d'acceptation de la voie basse sont réunies et que la surveillance du travail est rigoureuse, il semble qu'il n'existe pas un excès de risque néonatal important avec l'accouchement par les voies naturelles.

S U M M A R Y

Background: The breech delivery is considered dangerous because of the higher rates of perinatal mortality and morbidity which become attached to it, consequences of obstetric traumas bound to the obstetric operations. What way of delivery is it necessary to privilege? What are the arguments which we have to support our choice?

Aim: To assess the maternal and fetal outcome according to the way of delivery.

Methods: In this retrospective study, 194 women with a singleton pregnancy in a breech presentation delivered at term in our maternity unit in Ariana's Hospital from January 2007 to December 2009.

Results: Breech presentation was noticed in 2, 59%. The main factors favoring this presentation are: the primipara, the uterine deformations, the pathological ponds, the abnormalities of the amniotic liquid, the fetal weight and the fetal deformations. Vaginal delivery was accepted in 57,7% of women and 75% from them delivered in natural way. The rate of caesarians was 56,7 %. Among these patients, 74, 5 % were indications in a cold caesarian (scar womb, pathological pond, RPM > 12 hours, estimated (esteemed) fetal weight > 3800g). The Apgar's score was superior to seven in 97.6% of cases. There was no significant difference in fetal morbidity, Apgar's score or in the need of transfer in intensive care unit.

Conclusion: When the acceptance conditions of the vaginal delivery are combined and when the surveillance of the labour is rigorous, it seems that there is no excess of neonatal risk by the natural ways.

Mots-clés

Présentation du siège ; Accouchement ; Césarienne ; Dystocie ; Pronostic

Key-words

Breech presentation, delivery, cesarean section, dystocia, prognosis

La fréquence des présentations du siège à terme est de 3 à 4 % se répartissant en deux tiers de siège décompleté et un tiers de siège complet [1]. Le mode d'accouchement en cas de présentation du siège à terme est très controversé puisque l'accouchement par voie basse serait associé à un risque de morbidité et de mortalité néonatales plus élevés [2]. Certains accidents sont plus nombreux voir spécifiques de la présentation du siège. Cette réputation de présentation eutocique à la limite de la dystocie a conduit au fil des années à un débat non encore résolu sur le choix de la voie d'accouchement. L'essai prospectif randomisé de Hannah et al. publié en 2000 a même conduit ses auteurs à recommander la réalisation systématique d'une césarienne prophylactique [3]. Dans le même temps, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) donnait ses recommandations pour la pratique clinique : « il n'y a pas de données actuelles suffisantes pour réaliser systématiquement une césarienne en cas de présentation du siège. Bien qu'il n'existe pas d'étude ayant un niveau de preuve suffisant, des critères optimaux d'acceptabilité de la voie basse ont été définis par des comités d'experts : radiopelvimétrie normale, absence de déflexion de la tête fœtale, estimation pondérale entre 2500 et 3800 g, siège décompleté mode des fesses, accord de la patiente » [4]. Ces critères sont repris dans différents scores de siège destinés à sélectionner les patientes pouvant faire l'objet d'une tentative de voie basse [5].

Incontestablement, le fœtus en siège est un fœtus à risque. Mais plusieurs interrogations restent sans réponses satisfaisantes : Doit-on accoucher tous les sièges par césarienne ? Est ce que le pronostic fœtal en cas d'accouchement par voie basse est si mauvais qu'on peut le croire ?

Y-a-t-il des critères de sélections pouvant permettre de choisir les patientes à bas risque pouvant accoucher par voie basse avec un bon pronostic fœto-maternel ?

L'objectif de ce travail est d'étudier les différents facteurs étiologiques, les éléments de choix de la voie d'accouchement ainsi que le pronostic maternel et fœtal pour les deux voies d'accouchement. Nous essaierons de répondre à ces interrogations et d'évaluer la pratique de l'accouchement du siège à la Maternité de l'hôpital Mahmoud El Matri.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons étudié rétrospectivement les dossiers des patientes ayant accouché entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2009, dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mahmoud El Matri de l'Ariana d'un fœtus vivant en présentation du siège, à un terme supérieur à 37 semaines d'aménorrhée (SA) et inférieur à 42 SA. Ont été exclus de cette étude les grossesses gémellaires dont l'un des jumeaux (ou les deux) est en présentation du siège, les morts fœtales in utero, les accouchements prématurés et les interruptions médicales de grossesse.

Le protocole du service prévoit une césarienne programmée en présence d'un des éléments suivants : les utérus cicatriciels, les anomalies cliniques du bassin, les placentas prævia, les fœtus

macrosomes (poids fœtal \geq 3800g), la déflexion primitive de la tête fœtale à l'admission en salle de naissance, la rupture prématurée des membranes \geq 12 heures et les dépassements de terme. Dans tous les autres cas, un accouchement par voie basse est tenté.

La surveillance du travail en salle comporte un toucher vaginal horaire et une surveillance constante du rythme cardiaque fœtal. Les membranes sont respectées pendant le déroulement du travail. Une césarienne au cours du travail est réalisée en cas de stagnation de la dilatation à deux touchers successifs, d'absence de progression de la présentation après une heure de dilatation cervicale complète, de souffrance fœtale aigue et en cas de précocité du cordon.

Le recueil des données a été réalisé de manière informatisée à partir des registres des accouchements du service. Sur la base des données recueillies, une étude statistique a été réalisée grâce au programme informatique SPSS 17.0. Pour l'étude de la liaison entre deux variables qualitatives, on a utilisé le test de fiabilité statistique χ^2 avec au besoin correction de Fisher. Ce test permet de croiser deux variables qualitatives entre elles et de déterminer si elles sont distribuées de façon indépendante ou bien s'il existe une relation statistiquement significative entre elles (le niveau de signification a été fixé à $p=0.05$). Pour l'étude de la liaison entre deux variables quantitatives, nous avons utilisé le test statistique de Student confirmé par le test de Mann-Withney ainsi que le test d'ANOVA en cas de distribution normale de la variable quantitative.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude, il y a eu dans le service 9281 accouchements dont 241 accouchements en présentation du siège singleton à terme soit une fréquence de 2,59%. L'étude s'est portée sur 194 accouchements du siège. La moyenne d'âge des parturientes est de 29 ans avec des extrêmes de 18 et 44 ans. 53,1% des femmes étaient des primipares. Les multipares (parité \geq 5) ne représentaient 4,6% de l'effectif total. La césarienne représente le mode d'accouchement le plus fréquent chez les primipares (60,2%). Cependant, lorsque la voie basse est acceptée, l'accouchement se fait effectivement par voie basse dans plus des deux tiers des cas (68,3%).

La différence entre les deux voies d'accouchement chez les primipares et chez les multipares n'est pas significative ($p=0,08$). La répartition des patientes selon les critères d'âge maternel et de parité est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques maternelles

| Âge maternel (ans) | ≤ 30 | $30 < \text{âge} \leq 35$ | > 35 | |
|------------------------|------------|---------------------------|---------|---------|
| Effectif (pourcentage) | 121 (61,9) | 41 (21,1) | 32 (17) | |
| Parité | P1 | P2 | P3 | $> P3$ |
| Effectif (pourcentage) | 103 (53) | 49 (26) | 22 (11) | 20 (10) |

22,1% des parturientes avaient dans leurs antécédents au moins un épisode de fausse couche spontanée. La proportion d'utérus cicatriciels était de 10,9 % ; dont 8,8% utérus unicatriciels et

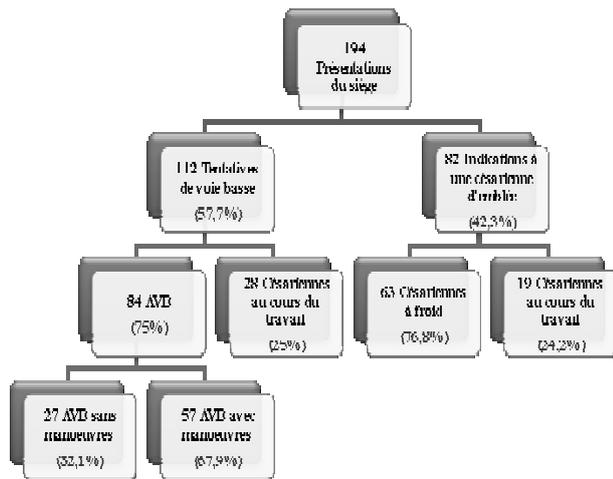
2,1% utérus bi-cicatriciels. Les anomalies utérines connues ne concernent que 4 femmes ayant accouché d'un fœtus en présentation du siège. Une femme avait un utérus cloisonné et 3 femmes avaient un utérus bicorne.

La moyenne d'âge gestationnel à l'admission des parturientes de notre série est de 39SA+2j. Les termes avancés et les dépassements de terme représentent 18,2%. Pour les termes avancés et les dépassements de terme, 35,3% ont été accouchés par voie basse contre 64,7% accouchés par césarienne. La différence avec un accouchement à terme reste néanmoins statistiquement non significative (p>0,05).

L'examen obstétrical à l'admission a concerné la hauteur utérine qui était comprise entre 25 et 38 cm avec une moyenne de 31,62 cm. La comparaison des moyennes des hauteurs utérines entre les accouchements par voie basse et les accouchements par césarienne montre une différence statistiquement significative 31,08 versus 32,01 ; p=0,009.

Vient ensuite l'état de la poche des eaux qui était intacte à l'admission chez 112 parturientes (60,2%), rompue chez 74 patientes et non précisé dans 8 dossiers. La différence entre les deux voies d'accouchement n'est pas statistiquement significative (p>0,05). L'accouchement par voie basse a eu lieu chez 39, 3% des patientes à poche des eaux intacte contre 48,6% à poche des eaux rompue (figure 1).

Figure 1: Récapitulatif du déroulement du travail



La présentation à l'admission était haute dans 48,1% des cas et appliquée dans 19,7%. Lorsque l'examen à l'admission a trouvé une présentation appliquée, 69,4% des parturientes ont accouché par voie basse. En opposant ainsi la présentation haute aux autres présentations nous trouvons une différence statistiquement significative en faveur d'un accouchement par césarienne pour les présentations hautes (p=0,0001).

Le score de Bishop était aussi important à préciser, en effet lorsqu'il est >6, 70% des parturientes accouchaient par voie basse, en revanche, parmi les parturientes ayant un score de Bishop <6, 67,3% ont accouché par césarienne. Un score de Bishop élevé est donc statistiquement significatif en faveur d'un accouchement par voie basse (p=0,0001).

Dans notre série, le diamètre bipariétal varie entre 82 et 106 mm. Un diamètre bipariétal >98mm est statistiquement en faveur d'un accouchement par césarienne (p=0,007). Tous les fœtus ayant un diamètre bipariétal ≥ 100 mm ont été accouchés par césarienne. Lorsque la voie basse a été acceptée, cette différence devient non significative (p=0,4).

Le siège décomplété représente la variété la plus fréquente 77,1% contre 22,9% de siège complet. Nous n'avons pas retrouvé de siège semi décomplété. 58, 3% de sièges complets ont accouché par voie basse contre 70,4% pour les sièges décomplétés, cette différence n'était pas statistiquement significative (p>0,05) (Tableau 2). Mais lorsque la voie basse a été acceptée, le siège décomplété a plus de chance d'aboutir à un accouchement par voie basse que le siège complet (85,1% versus 63,6%). Cette différence est statistiquement significative (p=0,03), (tableau 3). Sur les 194 parturientes, la naissance a eu lieu par voie vaginale dans 84 cas (43,3 %).

Tableau 2 : Distribution des deux types de présentation du siège en fonction de la voie d'accouchement

| Type du siège | AVB | | CESARIENNE | |
|------------------|-----|-------|------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Siège complet | 14 | 58,3% | 10 | 41,7% |
| Siège décomplété | 57 | 70,4% | 24 | 29,6% |

Tableau 3 : Distribution des deux types de présentation du siège en fonction de la voie d'accouchement dans le groupe voie basse accepté

| Type du siège | Voie basse acceptée | | Total | |
|------------------|---------------------|----------|-------|------|
| | AVB | C/S | | |
| Siège complet | 14 63,6% | 8 36,4% | 22 | 100% |
| Siège décomplété | 57 85,1% | 10 14,9% | 67 | 100% |

En cas d'acceptation de la voie basse, une césarienne en cours de travail a été réalisée dans 28 cas (25 %), portant ainsi les chances de succès d'une tentative de voie vaginale à 75 %. La direction du travail n'est pas pratiquée dans le service pour les présentations du siège ; mais une perfusion d'ocytociques est dans la plupart des cas préconisée à dilatation avancée. Une aide à l'expulsion par manœuvre a été réalisée dans 67,9 % et aucune extraction instrumentale n'a été rapportée. Les manœuvres les plus fréquemment retrouvées (57,1%) sont l'association de la manœuvre de Lovset et celle de Bracht. L'équipe médicale a opté pour une abstention totale (mode Vermelin) dans 32,1% des accouchements par voie basse. Dans 70,2% des cas, les manœuvres ont été motivées par l'arrêt de la progression du mobile fœtal jusqu'au niveau des omoplates.

L'indication des césariennes la plus fréquemment retrouvée dans notre série est la stagnation de la dilatation (19,1% des césariennes soit 21 parturientes). 14,55% des indications concernent les fœtus macrosomes. 15,45% regroupent diverses autres indications dont : présence d'une cloison vaginale, procdence du cordon ombilical, les retards de croissance intra utérin, les placentas prævia et les termes avancés ainsi que les dépassements de terme avec contre indication au déclenchement. La rupture prématurée des membranes (23,8% des césariennes programmées), la macrosomie (17.46%) et les

utérus cicatriciels (17,46%) restent les indications les plus retrouvées pour les césariennes programmées. La révision utérine suite à l'accouchement d'un fœtus en présentation du siège a été faite dans 154 cas. Elle a montré l'existence d'anomalies utérines dans 10,4% des cas. 9 femmes avaient un utérus cloisonné et 4 femmes un utérus bicorne.

Les macrosomes (poids ≥ 3800) représentent 19,1% des nouveaux nés par présentation du siège. Pour les nouveaux nés macrosomes, il y a une différence statistiquement significative ($p=0,003$) en faveur de l'accouchement par césarienne (tableau 4). Une fois que la voie basse a été acceptée, cette corrélation poids/voie d'accouchement n'est plus statistiquement significative ($p=0,85$) (tableau 5).

Tableau 4 : Distribution des poids de naissance des nouveau-nés en fonction de la voie d'accouchement

| Poids du NN (g) | AVB | | CÉSARIENNE | |
|-----------------|-----|-------|------------|-------|
| | N | % | N | % |
| <3800 | 76 | 48,7% | 80 | 51,3% |
| ≥ 3800 | 57 | 21,6% | 29 | 78,4% |

Tableau 5 : Poids des nouveaux nés en fonction de la voie d'accouchement dans le groupe voie basse acceptée

| Poids | Voie basse acceptée | | | | Total |
|--------------|---------------------|-------|-----|-------|-------|
| | AVB | | C/S | | |
| <3800g | 76 | 75,2% | 25 | 24,8% | 101 |
| $\geq 3800g$ | 8 | 72,7% | 3 | 27,3% | 11 |

Pour le score d'Apgar à une minute il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux voies d'accouchement ($p>0,05$) (tableau 6). Dans le groupe voie basse acceptée, cette différence entre les voies d'accouchement reste non significative ($p=0,7$) (tableau 7).

Tableau 6 : Apgar à 1 minute en fonction de la voie d'accouchement

| Apgar à 1 mn | Voie d'accouchement | | | |
|--------------|---------------------|-----------|------------|-----------|
| | AVB | | Césarienne | |
| | Nombre | Fréquence | Nombre | Fréquence |
| [0-6] | 2 | 66,7% | 1 | 33,3% |
| [7-10] | 82 | 43,4% | 107 | 56,6% |

Tableau 7 : Apgar à 1 minute en fonction de la voie d'accouchement dans le groupe voie basse acceptée

| Apgar à 1 mn | Voie basse acceptée | | | | | |
|--------------|---------------------|-------|------------|-------|-------|------|
| | AVB | | Césarienne | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| [0-6] | 2 | 66,7% | 1 | 33,3% | 3 | 100% |
| [7-10] | 82 | 75,2% | 27 | 24,8% | 109 | 100% |

Pour tous les accouchements par voie basse dont la phase d'expulsion a duré moins de 10 minutes, les nouveaux nés avaient un score d'Apgar à une minute ≥ 7 . Six nouveaux nés

(soit 3,1% des cas) ont dû être transférés en urgence vers un service de réanimation néonatale. Quatre cas de transferts en réanimation concernaient des nouveaux nés accouchés par voie basse. Concernant le groupe voie basse acceptée, la différence entre les transferts en réanimation des nouveaux nés accouchés par voie basse par rapport à la césarienne au cours du travail n'est pas statistiquement significative ($p=0,7$).

Notre série comprend un seul cas de décès néonatal, soit une fréquence de 0,6%. Le nouveau né a présenté une crise convulsive néonatale. Il s'agit d'un nouveau né accouché par voie basse avec manœuvre de Lovset et Bracht (Apgar à 1mn=6, à 5mn=8). Ce nouveau né est décédé après son transfert en service de réanimation. Nous n'avons relevé qu'une seule complication post natale : un cas d'endométrite chez une femme ayant accouché par voie basse. Le nouveau né en question est le seul cas de décès néonatal après son transfert en réanimation.

DISCUSSION

Nous avons montré dans cette étude qu'il n'y avait pas d'excès significatif de morbidité et de mortalité fœtale entre le groupe accouchement par voie basse et le groupe césarienne. Au total, nous avons eu 43,3% d'accouchements par voie basse et 56,7% de césariennes. Une tentative de voie basse a été possible dans 57,7% des cas ; 75% d'entre elles ont effectivement accouché par voie vaginale. L'indication à une césarienne à froid a été posée dans 42,3% des cas (74,5% des césariennes) dont 24,2% se sont déroulées au cours du travail. Pour Hannah M-E. dans le Term breech Trial (2000), les indications de césarienne au cours du travail sont : la stagnation de la dilatation (50,1%), les anomalies du rythme cardiaque fœtal (28,6%), le siège complet (15,3%), ou encore la césarienne suite à la demande de la parturiente (13,5%) [19]. Pour Alarab M. et al., il s'agissait essentiellement de stagnation de la dilatation (94%) et de souffrance fœtale dans 4,9% des césariennes au cours du travail [25]. Selon l'étude PREMODA (2004), les motifs de césarienne au cours du travail sont par ordre de fréquence décroissante : La césarienne programmée faite pendant le travail (49,3%), la stagnation de la dilatation (13,2%) et les anomalies du RCF (5,5%) [20]. Dans notre étude, on retrouve que les césariennes au cours du travail ont été réalisées pour des raisons similaires à ces études : la stagnation de la dilatation (44,7%), la césarienne programmée faite pendant le travail (40,4%), la souffrance fœtale aigue (4,25%).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour le score d'Apgar à une minute entre l'accouchement par voie basse et la césarienne ($p>0,05$). La différence entre les transferts en réanimation des nouveaux nés accouchés par voie basse par rapport à la césarienne au cours du travail n'est pas statistiquement significative ($p=0,7$).

Le mode de naissance par voie basse ou par césarienne reste encore un sujet de discordance débattu par de nombreuses études récentes [6], [7]. Et si le Breech Term Trial [3], en 2000, plaide en faveur d'une césarienne systématique dans la présentation du siège, l'étude franco-belge prospective PREMODA [8], dont les

conclusions définitives sont à venir, semble en faveur d'une possible acceptation de la voie basse dans le cadre d'une sélection rigoureuse des patientes et ceci sans augmentation réelle de la morbi-mortalité néonatale mais avec un gain maternel considérable.

Ainsi les études publiées sur le débat concernant la voie d'accouchement du siège montre que le recours à la césarienne est une pratique de plus en plus fréquente en cas de présentation du siège sur singleton à terme et que ce changement d'attitude ne s'accompagne pas d'une modification significative de l'état de santé des nouveau-nés dont le pronostic est très satisfaisant quel que soit le mode de naissance lorsque les critères habituels d'acceptation de la voie vaginale sont respectés.

Le but de ce travail n'est pas de plaider en faveur de l'accouchement par voie basse des sièges, mais d'étudier la prise en charge d'une présentation de très mauvaise réputation qu'est le siège. Il faut rappeler l'importance de la sélection des parturientes en pré partum, en effet les critères optimaux définis par la CNGOF [9] pour un accouchement par voie basse avec une présentation en siège sont une radiopelvimétrie normale, l'absence de déflexion de la tête fœtale, l'estimation pondérale entre 2500 et 3800g, le siège décompleté mode des fesses et l'acceptation de la patiente.

Les recommandations de l'American College of Obstetricians and gynecologists (2006) [10] concernant les indications formelles de césariennes avant l'entrée en travail sont une anomalie du bassin, la macrosomie fœtale documentée, la déflexion primitive de la tête, un utérus multi cicatriciel, un placenta prævia et la brièveté congénitale du périnée cicatriciel. Les critères de jugement utilisés dans notre étude sont semblables hormis le type du siège : la voie basse est acceptée pour le siège complet tout comme le siège décompleté. On considère de plus que l'utérus uni cicatriciel est également une contre-indication à la voie basse.

Nous n'avons pas recours à la scannopelvimétrie dans l'évaluation du bassin, en effet son utilité reste encore débattue d'autant plus qu'elle expose aux radiations qui augmentent le risque de cancers. En plus bon nombre d'auteurs ont conclu que le recours à la radiopelvimétrie permettait d'augmenter le taux de césarienne sans améliorer le pronostic de l'enfant et que l'examen clinique et la qualité de la progression de la dilatation du col pendant le travail était un meilleur indicateur.

Concernant la parité, il a été démontré qu'il y a une différence significative entre la groupe tentative de voie basse et le groupe césarienne programmée, en effet selon une étude menée à l'hôpital de Vienne, il y a un risque significativement plus élevé ($p=0.0004$) d'accouchement par césarienne pour les primipares comparées aux groupes paucipares et multipares [12]. De même pour le travail de Carayol et al., l'OR d'association à une césarienne à froid chez les primipares est supérieur à celui des multipares (2,87 versus 1) [13]. Dans notre étude cette différence n'était pas significative une fois que la voie basse a été acceptée ($p=0,08$).

Le type du siège est aussi un paramètre important à préciser, en effet le siège complet à mauvaise réputation comme l'a démontré la série d'étude PREMODA, ou il y avait une différence statistiquement significative entre les deux types du

siège en fonction de la voie d'accouchement ($p=0.002$) [14]. Par contre, selon une étude menée au centre hospitalo-universitaire de Besançon (2005), il a été démontré qu'il n'existe pas de facteur défavorable d'accouchement par voie basse d'un siège complet par rapport à une présentation décompletée dans la mesure où il y a une sélection rigoureuse des candidates à la voie basse [15]. Il apparaît aussi que le poids fœtal constitue un facteur pronostic important pour les accouchements en présentation du siège. Selon Rietberg C. et al., un poids de naissance supérieur à 4000g est significativement associé à une augmentation de la mortalité fœtale ainsi qu'à un score d'Apgar à 5 mn bas [16].

Le pronostic maternel lié à la voie d'accouchement représente aussi un sujet de controverse en effet la morbidité liée à la césarienne n'est pas négligeable : manifestations thromboemboliques, infections, syndrome de Mendelson, iléus paralytique, plaies de la vessie ou vasculaires [17, 18]. En plus des risques à court terme liés à l'intervention chirurgicale, généraliser la césarienne à toutes les présentations du siège, c'est augmenter l'incidence des utérus cicatriciels et par voie de conséquence de compliquer les prises en charge obstétricales ultérieures [19, 20]. Certes, l'étude randomisée multicentrique de Hannah M. et al., est venue ancrer profondément la césarienne systématique en montrant un excès de mortalité périnatale significatif allégué à la voie basse par rapport à la césarienne programmée, il n'en demeure pas moins que par la suite ces conclusions ont été remises en question. En effet, dans l'étude AUDIPOG, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes tentative de voie basse et césarienne prophylactique concernant tout décès ou transfert en réanimation (9,2% versus 10,5%) [21].

De même, l'étude franco-belge PREMODA a montré que sous réserve de l'utilisation de critères d'acceptabilité de la voie basse, la programmation d'un accouchement par voie vaginale ne s'accompagne pas d'une augmentation du risque de complication néonatale [22].

La même équipe du Term Breech Trial (Hannah et al.), 4 ans après (en 2004), a publié le suivi à distance de 920 enfants issus de son essai. A l'âge de 2 ans, il n'existait aucune différence de développement moteur ou cognitif entre les enfants nés par césarienne programmée ou après tentative de voie basse (2,8% de retard psychomoteur parmi le groupe tentative de voie basse versus 3,3% pour la césarienne programmée) [23, 24]. En effet, plusieurs études s'accordent sur l'absence de différence entre les deux voies d'accouchement concernant la morbidité à long terme [23-25]. Les conclusions de notre étude vont également dans ce sens : nous n'avons pas trouvé de différence significative pour l'Apgar à 1 mn et les transferts en réanimation entre les nouveaux nés accouchés par voie basse et ceux accouchés par césarienne. Ainsi pour garantir le meilleur pronostic materno-fœtal, il doit y avoir une sélection rigoureuse des patientes à bas risque pour l'accouchement par voie basse. Pour cela, certains critères d'inclusion doivent être respectés : Un bassin normal en forme et en dimensions, un fœtus eutrophique (nous avons fixé le poids maximal estimé à 3800g), une tête bien fléchie, un utérus indemne de toute cicatrice, et une RPM inférieure à 12 heures. Une importance toute

particulière doit être donnée à la bonne progression de la dilatation et du mobile fœtal lors du travail.

Par contre, d'autres éléments ne sont pas considérés comme des critères de sélection: la parité, l'âge maternel, le mode de la présentation du siège et le terme avancé, même s'ils nous poussent à plus de vigilance lors du travail et l'accouchement.

CONCLUSION

Le Term Breech Trial [3], en concluant de manière apparemment irrévocable à un excès de morbidité et de

mortalité néonatales en cas de tentative d'accouchement par voie basse, a semblé mettre un terme au débat. Néanmoins, les résultats de notre étude ont montré qu'en respectant les critères d'acceptation de la voie basse avec une surveillance rigoureuse du travail, il semble qu'il n'existe pas un excès de risque néonatal et maternel. La qualité de ces résultats néonataux dépend en grande partie du maintien de l'apprentissage des manœuvres obstétricales. Il va de soit qu'une politique d'accouchement par césarienne systématique ne permettrait plus le maintien d'une pratique courante de ces manœuvres ce qui réduirait les obstétriciens à des chirurgiens.

Références

1. D. Broche, D. Riethmuller, C. Vidal. et al. Obstetric and perinatal outcomes of a disreputable presentation: the nonfrank breech, *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2005; 34: 781-88.
2. M. Cheng, M. Hannah. Breech delivery at term: a critical review of the literature, *Obstet. Gynecol.* 1993; 82: 605-18.
3. M. Hannah, W. Hannah, S. Hewson. et al. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group, Lancet* 2000; 356: 1375-83.
4. B. Carbonne, R. Frydman, F. Goffinet. et al. Recommandations pour la pratique clinique. Césarienne : conséquences et indications, *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod* 2000 ; 29 : 9-108.
5. F. Puech. La présentation du siège. In: J. Lansac and G. Body, Editeurs, *Pratique de l'accouchement*, SIMEP, Paris (1992), pp. 95-107.
6. Gilbert WM, Hicks SM, Boe NM. et al Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 911-7.
7. Sibony O, Luton D, Oury JF. et al. Six hundred and ten breech versus 12,405 cephalic deliveries at term: is there any difference in the neonatal outcome? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 107: 140-4.
8. Michel S, Drain A, Closset E. et al. Evaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009;38:411-20.
9. Recommandations pour la pratique clinique: la césarienne. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français 2000.
10. Broche D-E, Maillet R, Curie V. et al. Accouchement en présentation du siège. *EMC Obstétrique*. Paris: Elsevier Masson SAS, 2008; 5-049-L-40.
11. Delotte J, Trastour C, Bafghi A. et al. Influence de la voie d'accouchement dans la présentation du siège à terme sur le score d'Apgar et les transferts en néonatalogie. Résultat de la prise en charge de 568 grossesses singleton dans une maternité française de niveau III. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:149-53.
12. Mailàth-Pokorni M, Preyer O, Dadak C et al. Breech presentation: a retrospective analysis of 12 years' experience at a single center. *Wien Klin Wochenschr* 2009;121:209-15.
13. Carayol M, Blondel B, Zeitlin J. et al. Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972-2003. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;132:20-26.
14. Roman H, Carayol M, Watier L. et al. Planned vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term: Prenatal determinants predictive of elevated risk of cesarean delivery during labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;138:14-22.
15. Broche D-E, Riethmuller D, Vidal C. et al. Pronostic obstétrical et néonatal d'une présentation podalique de mauvaise réputation : le siège complet. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34:781-88.
16. Rietberg C, Elferink-stinkens P, Brand R. et al. Term breech presentation in the Netherland from 1995 to 1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33.824 infants. *BJORG* 2003;110:604-9.
17. Grall J.-Y, Dubois J, Moquet P.-Y. et al. Présentation du siège. *EMC Obstétrique*:5-049-L-40.
18. Van Roosmalen J, Rosendaal F. There is still room for disagreement about vaginal delivery of breech infants at term. *BJORG* 2002;109:967-69.
19. B. Carbonne, R. Frydman, F. Goffinet. et al. Recommandations pour la pratique clinique. Césarienne : conséquences et indications. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2000; 29: 9-108.
20. M. Martel, C. MacKinnon, Clinical Practice Obstetrics Committee and Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth, *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2005 ; 27 : 164-88.
21. Vendittelli F, Rivière E, Pons J-C. et al. La présentation du siège à terme : évolution des pratiques en France et analyse des résultats néonataux en fonction des pratiques obstétricales, à partir du réseau sentinelle AUDIPOG. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002;31:261-72.
22. Michel S, Drain A, Closset E. et al. Evaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009;38:411-20.
23. Whyte H, Hannah ME, Saigal S. et al. Term Breech Trial collaborative group. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth vs planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:220-27.
24. Carbonne B. Essai de Hannah sur le mode d'accouchement en présentation du siège : pour qui sonne le glas ? *Gynecol Obstet Fertilité* 2006;34:677-78.
25. Pradhan P, Mohajer M, Deshpande S. Outcome of term breech births: 10-year experience at a district general hospital. *Br J Obstet Gynecol* 2005;112:218-22.