



HAL
open science

Évaluation de la version des fœtus par acupuncture - moxibustion

Lucie Esf Martin

► **To cite this version:**

Lucie Esf Martin. Évaluation de la version des fœtus par acupuncture - moxibustion. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00575552

HAL Id: dumas-00575552

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00575552v1>

Submitted on 10 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université d'Angers,

UFR des sciences médicales,

École de Sages-femmes René ROUCHY,

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ÉVALUATION DE LA VERSION DES FŒTUS PAR ACUPUNCTURE - MOXIBUSTION

Étude rétrospective réalisée au CH d'Ancenis

Sur la période du 1^{er} janvier 2006 au 31 août 2009

Présentée par : MARTIN Lucie

Sous la direction de : GOICHON Brigitte

Mars 2010

Je remercie,

Madame GOICHON Brigitte,
Monitrice de l'Ecole de Sages-femmes, qui
m'a orientée tout au long de ce travail.

Madame PIGUEL Magalie,
Sage-femme du CH d'Ancenis, qui m'a fait
découvrir l'acupuncture et qui m'a aidée
dans mon travail.

Madame MEROT Emmanuelle, Cadre de
santé au CH d'Ancenis, qui m'a aidée dans
mes recherches.

Docteur Michel LEMINE,
Gynécologue-Obstétricien au CH d'Ancenis,
pour avoir accepté la réalisation de mon
étude sur le centre hospitalier.

Ma famille et mes amis pour leurs soutiens.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	7
GENERALITES	9
1. La présentation du siège	9
1.1. <i>les étiologies de la présentation du siège</i>	9
1.2. <i>Attitudes devant une présentation du siège</i>	10
1.3. <i>Les risques de l'accouchement du siège par voie basse</i>	11
1.4. <i>Les risques de l'accouchement du siège par césarienne</i>	12
2. Version par manœuvre externe (VME)	12
3. Méthodes posturales	14
3.1. <i>Pont passif de Bayer</i>	14
3.2. <i>Version indienne</i>	14
3.3. <i>Position genu-pectorale</i>	15
4. Chiropractie	15
5. L'Hypnose	16
6. L'Acupuncture	16
6.1. <i>Histoire de l'acupuncture</i>	16
6.1.1. <i>Genèse de l'acupuncture</i>	16
6.1.2. <i>L'essor de l'acupuncture en Orient</i>	17
6.1.2.1. <i>Dynastie des Tchéous (XI^e siècle avant J.C. à 221 avant J.C.)</i>	17
6.1.2.2. <i>Dynastie de l'Ancien Empire (249 avant JC- 580 après JC)</i>	17
6.1.2.3. <i>Dynastie des Souei et des T'ang (581-907 après JC)</i>	18
6.1.2.4. <i>Dynastie des Song (960- 1279 après J.C.)</i>	18

6.1.3.	L'arrivée de l'acupuncture en Europe	18
6.1.3.1.	La première vague commence par les jésuites.....	18
6.1.3.2.	Une deuxième vague au cours du XIXe siècle	19
6.1.3.3.	La troisième et dernière vague au XXe siècle	19
6.1.4.	L'époque industrielle en Orient	20
6.1.5.	L'acupuncture de nos jours.....	20
6.2.	<i>Théorie traditionnelle fondée sur différents principes</i>	21
6.2.1.	Yin-Yang	21
6.2.2.	L'énergie (QI).....	21
6.2.3.	Les cinq éléments.....	22
6.2.4.	Les méridiens	22
6.2.5.	Les points	23
6.3.	<i>La pratique de l'acupuncture</i>	23
6.3.1.	Physiologie de l'acupuncture.....	23
6.3.2.	Les risques	24
6.3.3.	Diplômes et formations.....	24
6.3.4.	Variantes de l'acupuncture	24
6.3.4.1.	L'Acupression.....	24
6.3.4.2.	Acupuncture au laser	25
6.3.4.3.	La moxibustion	25
6.4.	<i>Le point 67 VE ZHIYIN</i>	25
MATERIELS ET METHODES		26
RESULTATS		29
1.	Caractéristiques générales	29
2.	Caractéristiques statur pondérales	29
3.	Caractéristiques obstétricales	30

4. Antécédents.....	30
4.1. <i>personnels et familiaux</i>	<i>30</i>
4.2. <i>chirurgicaux et pathologies utérines</i>	<i>30</i>
5. Déroulement de la grossesse.....	31
5.1. <i>Surveillance échographique</i>	<i>31</i>
5.2. <i>Orientation vers l'acupuncture.....</i>	<i>31</i>
6. Caractéristiques de l'accouchement.....	32
7. Caractéristiques néonatales	33
7.1. <i>Sexe du nouveau-né</i>	<i>33</i>
7.2. <i>Caractéristiques staturo-pondérales du nouveau-né.....</i>	<i>33</i>
7.3. <i>Adaptation des nouveau-nés à la vie extra-utérine</i>	<i>34</i>
8. Comparaison entre le groupe échec et le groupe réussite	35
9. Incidence du taux de césarienne au CH d'Ancenis.....	37
10. Evaluation du taux de présentations podaliques au moment de l'accouchement avant et après la mise en place de l'acupuncture.....	37
DISCUSSION	38
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES	56
ABSTRACT.....	58

GLOSSAIRE

CRAS :	Coefficient de Risque d'Accouchement par le Siège
HTA :	Hypertension Artérielle
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
VME :	Version par Manœuvre Externe
SA :	Semaine d'Aménorrhée
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
CH :	Centre Hospitalier
AVB :	Accouchement Voie Basse
RPM :	Rupture Prématuration des Membranes
MFIU :	Mort Fœtale In Utéro
HRP :	Hématome Rétro-Placentaire
MAF :	Mouvements Actifs Fœtaux
RCF :	Rythme Cardiaque Fœtal
DU :	Diplôme Universitaire

INTRODUCTION

Selon l'étude d'A Ewies, à 28 semaines d'aménorrhées, la fréquence des présentations par le siège des fœtus est de l'ordre de 20% [1]. Cependant, la rotation spontanée du fœtus pendant le troisième trimestre de la grossesse abaisse la fréquence des sièges de 3 à 4% au moment de l'accouchement pour la plupart des auteurs [2].

La présentation du siège fait débat depuis de nombreuses années, dans de nombreuses publications, quant au mode d'extraction du fœtus au moment de l'accouchement, notamment depuis l'étude randomisée de Hannah publiée dans le Lancet en 2000 [3] qui conclut à un excès de morbidité et de mortalité néonatales lors d'une tentative de voie basse par rapport à une césarienne programmée. Malgré une succession d'études critiques fondées et documentées, les pratiques des gynécologues et obstétriciens devant une présentation podalique ont profondément été remaniées.

La politique actuelle est donc différente d'un pays à un autre mais aussi d'une équipe à une autre, et ce au sein d'un même pays. Certaines équipes favorisent un accouchement par césarienne systématique notamment chez les primipares pour protéger le fœtus, d'autres vont élaborer un score évaluant les risques de l'accouchement par le siège. Aujourd'hui environ 68% des fœtus en présentation podalique naissent par césarienne. Quarante pourcent des césariennes programmées sont réalisées pour une présentation du siège [4 ; 5]. Cependant, les césariennes augmentent la morbidité et la mortalité maternelle.

Un intérêt tout particulier se profile alors pour les différentes méthodes pouvant diminuer la présentation podalique au moment de l'accouchement, notamment la version par manœuvre externe qui a fait l'objet d'une revue de la littérature par Boog [6] mais aussi les méthodes posturales et l'acupuncture-moxibustion qui fait l'objet de nos recherches.

Au cours de ce mémoire, nous allons développer les particularités de la présentation du siège : ses étiologies, ses risques et les différentes conduites à tenir qui peuvent être mises en place lors de la persistance de cette présentation lors de l'accouchement.

Les différentes alternatives pour en diminuer l'incidence à l'accouchement, sont également mentionnées. L'acupuncture-moxibustion qui est l'objet de notre étude, y est particulièrement développée. L'origine de celle-ci, son évolution, ses théories sont essentielles pour comprendre son action.

Nous avons étudié son efficacité pour les versions du fœtus au cours de la grossesse, au sein du CH d'Ancenis. La méthodologie et les résultats de nos recherches y sont retranscrits.

Enfin, nous allons discuter nos résultats avec d'autres écrits sur l'utilisation de l'acupuncture-moxibustion dans les versions du fœtus.

GENERALITES

1. La présentation du siège

La présentation du siège est une présentation longitudinale, où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente en premier dans l'axe du détroit supérieur et où l'extrémité céphalique du fœtus se trouve au niveau du fond utérin. Elle peut se présenter sous 3 formes : le siège complet, décomplété ou semi-décomplété.

Le siège décomplété représente 2/3 des présentations du siège. Le fœtus a alors les jambes totalement en extension devant le tronc, les pieds sont au niveau de la tête grâce à une hyperflexion des cuisses sur le bassin, ou alors les membres inférieurs sont légèrement fléchis ou tendus et le fœtus est debout.

Le siège complet représente 1/3 des présentations podaliques, les jambes sont très fléchies sur les cuisses elles-mêmes fléchies sur le bassin. Le fœtus est assis en tailleur. Cette présentation présente des diamètres alors augmentés.

Le siège semi-décomplété : une jambe est comme dans les sièges décomplétés et l'autre comme dans les complets [7].

1.1. les étiologies de la présentation du siège

Au cours de la majorité des grossesses uniques, le fœtus va se tourner passant d'une présentation céphalique en début de grossesse à une présentation podalique en fin de grossesse, grâce à deux procédés : la modification de forme de l'utérus qui permet la formation du segment inférieur et la loi d'adaptation de Pajot qui permet l'adaptation du contenu au contenant.

Différentes étiologies sont alors responsables de cette absence de rotation. Celles-ci peuvent être d'origine fœtale. La cause principale est la prématurité qui représente 40% des naissances par le siège [7]. Les malformations fœtales peuvent être à l'origine de la non rotation du fœtus. Une mauvaise position du fœtus (déflexion de la tête fœtale) peut être aussi un obstacle à la rotation. Les grossesses multiples sont aussi des facteurs de risques non négligeables dans les présentations podaliques.

Les étiologies peuvent être d'origine maternelle de types congénitales : malformations utérines, hypoplasie utérine ; mais aussi de type acquise : grande multipare avec un utérus hypotonique, fibromes, kystes de l'ovaire, anomalies du bassin, âge maternel élevé. Ces étiologies peuvent donner un utérus plus hypertonique. Les causes de présentation du siège peuvent être également d'origine ovulaire : le placenta bas inséré qui ne permet pas une bonne accommodation, les excès ou les déficits de liquide amniotique, les cordons courts ou en écharpe, les circulaires du cordon empêchant ainsi la mobilité du fœtus [7].

1.2. Attitudes devant une présentation du siège

Plusieurs attitudes peuvent être adoptées devant une présentation du siège. Ces attitudes vont être fonction de nombreux critères et sont culturellement basées sur les études parues par le passé [3]. Cependant, le collège national des gynécologues et obstétriciens français donne une définition précise des candidates au mode d'accouchement voie basse qui permet ainsi de ne pas augmenter la morbidité néonatale.

Lorsque la patiente accepte un accouchement podalique par voie basse, tout un bilan obstétrical est réalisé pour permettre ou non une acceptation de l'accouchement voie basse. Ce bilan est basé sur plusieurs caractéristiques.

Les caractéristiques fœtales donnent une information sur le mode de présentation. Une présentation podalique entraîne des risques de procidence du cordon plus importants et une moins bonne accommodation. La flexion de la tête joue aussi un rôle très important. Ainsi, si celle-ci est défléchie (par un obstacle organique : goître, tumeur cervicale), les diamètres de la présentation sont alors augmentés et une césarienne est programmée. Comme dans toute naissance, l'âge gestationnel joue aussi un rôle important dans le pronostic néonatal et d'autant plus dans les présentations podaliques. La prématurité complique l'accouchement par le siège notamment par l'hypotonie du fœtus mais aussi par sa fragilité. De même, le dépassement de terme contre-indique un accouchement voie basse. D'autres caractéristiques fœtales sont aussi très importantes comme l'estimation du poids fœtal. En effet, un poids estimé supérieur à 3800 à 4200 grammes contre-indique un accouchement voie basse.

Les caractéristiques maternelles permettent aussi le bilan obstétrical. L'âge et la parité jouent des rôles essentiels dans le déroulement de l'accouchement par le siège. La taille et le poids ont également un rôle : un surpoids ou une obésité altère le pronostic fœtal. Le bassin est un élément important, d'où la nécessité d'une appréciation radiographique avant l'accouchement voie basse. La souplesse des parties molles est nécessaire pour permettre ce type d'accouchement. L'utérus cicatriciel présente une indication à la césarienne prophylactique. Cependant, l'élément essentiel dans la décision d'accouchement voie basse est l'accord maternel associé à une compliance de celle-ci.

Des facteurs fœtaux maternels sont également érigés. Lors de souffrance fœtale chronique ou de stérilité une césarienne itérative est programmée. L'épreuve dynamique du travail permet d'évaluer le succès de l'accouchement par le siège mais des scores sont établis pour anticiper l'épreuve du travail.

Un coefficient de risque d'accouchement par le siège va être calculé. Il prend en compte la parité, la taille, les mensurations du bassin, la flexion de la tête du fœtus, le poids estimé du fœtus, l'utérus et les parties molles. Si le CRAS donne un score supérieur à 10, une césarienne prophylactique est réalisée. Il en est de même si la patiente refuse l'accouchement voie basse même si le score du CRAS est bon.

La césarienne prophylactique peut être programmée face à certaines indications maternelles : anomalies du bassin, obésité, parité, malformations utérines, utérus cicatriciel, lésions périnéales importantes, cardiopathie, insuffisances respiratoires, pathologies de la grossesse (diabète, HTA...), grossesses précieuses. Des indications ovulaires comme le placenta bas inséré, l'hydramnios, la rupture prématurée des membranes supérieures à 12 heures peuvent aussi faire programmer une césarienne prophylactique. Tout comme certaines indications fœtales : macrosomie, grand prématuré, souffrance fœtale chronique, déflexion de la tête fœtale, terme dépassé. Une césarienne pourra être réalisée devant toutes anomalies au cours du travail [7].

1.3. Les risques de l'accouchement du siège par voie basse

Certaines anomalies vont poser peu de problèmes puisque lors de leurs survenues une césarienne est toujours possible. C'est le cas de l'absence d'engagement du siège et de l'arrêt de la progression de la présentation dans l'excavation pelvienne.

La particularité de l'accouchement par le siège est que d'autres anomalies ne vont survenir qu'au moment de l'accouchement où la césarienne n'est plus réalisable. Seules les manœuvres permettent de terminer l'accouchement. Lors du relèvement des bras, la rotation du dos en arrière, la rétention tête dernière l'accouchement ne peut se terminer spontanément.

Différentes manœuvres sont utilisées pour pallier ces anomalies : la grande et la petite extractions du siège, les manœuvres de Lovset, de Bracht, de Mauriceau [7]. Ces manœuvres ne sont pas sans risques ; elles peuvent entraîner des lésions (plexus brachial, fracture du fémur) ou des anomalies du rythme cardiaque fœtal en cas de retard d'intervention ou de techniques non adaptées.

1.4. Les risques de l'accouchement du siège par césarienne

Une étude PREMODA menée par le CNGOF a évalué de manière rétrospective qu'il n'existait pas de différences de morbidité mortalité dans l'accouchement des sièges par césarienne ou par voie basse si les critères français d'inclusion à la voie basse étaient respectés [8].

La césarienne n'empêche pas les lésions traumatiques à la tête, au cou ou aux membres du fœtus puisque les manœuvres doivent aussi être réalisées pour extraire le fœtus.

Elle a pour inconvénient d'augmenter la mortalité, la morbidité maternelle (adhérences intra abdominales, hémorragies, infections, complications thromboemboliques), le risque de complications pour les grossesses ultérieures provoqué par la cicatrice utérine [9].

2. Version par manœuvre externe (VME)

La VME consiste à transformer la présentation podalique en présentation du sommet, en agissant sur le fœtus à travers la paroi abdominale (pratiquée autour du 8-9^{ème} mois). Elle a un taux de réussite autour de 55-60% [10]. Elle comporte cependant, de nombreuses contre-indications absolues (placenta prævia, souffrance fœtale, oligoamnios, grossesse gémellaire), mais aussi relatives, comme pour les utérus

cicatriciels ou sur les grossesses proches du terme. De plus, la VME peut se compliquer pour la mère en entraînant des douleurs, une césarienne ou une rupture utérine. Elle peut également se compliquer pour le fœtus d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, d'un hématome rétro-placentaire, d'un décollement placentaire, d'une transfusion fœto-maternelle, d'un accident funiculaire, d'une rupture prématurée des membranes qui oblige l'obstétricien à arrêter la manœuvre et parfois à réaliser une césarienne en urgence pour des anomalies persistantes du rythme cardiaque foetal. Même si ces accidents sont exceptionnels [10] la VME nécessite une surveillance particulière. En effet, elle se fait sous contrôle échographique et surveillance du rythme cardiaque fœtal avant, pendant et après l'acte. La VME présente donc un coût, puisqu'elle nécessite une demi-journée d'hospitalisation minimum, une consultation préalable d'anesthésie et une surveillance rapprochée du rythme cardiaque. L'American et le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG et RCOG) ainsi que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français recommandent depuis 2000 et 2001 cette pratique puisque malgré des accidents rarissimes, elle diminue, d'environ 50%, le nombre de fœtus en présentation du siège [10].

C'est ainsi que les méthodes naturelles sont des alternatives étudiées pour augmenter la motricité fœtale et ainsi accroître les versions spontanées au cours du troisième trimestre de la grossesse [6].

3. Méthodes posturales

3.1. *Pont passif de Bayer*

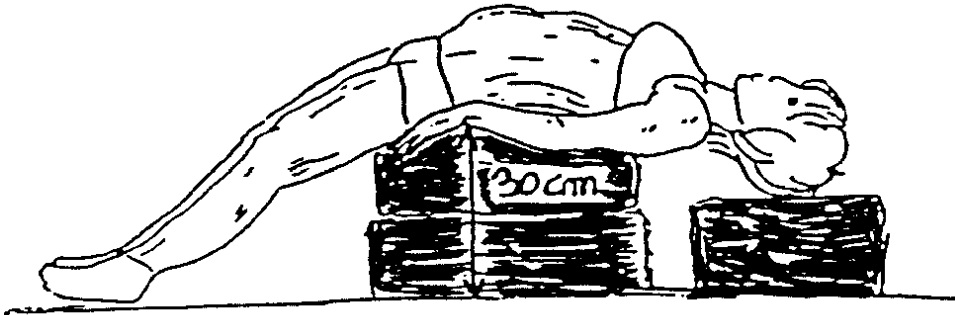


Figure 1 : Le pont passif de Bayer [6]

Il se pratique après le dépistage d'une présentation du siège à l'échographie de 32SA. Cette méthode consiste à une surélévation des vertèbres lombaires de 30 à 35 centimètres pendant 20 minutes matin et soir tous les jours jusqu'à perception de mouvements fœtaux. En 2001, Boog publie une étude sur la pratique du pont passif de Bayer qui révèle une tendance à la diminution des présentations du siège au moment de l'accouchement [6;11].

3.2. *Version indienne*

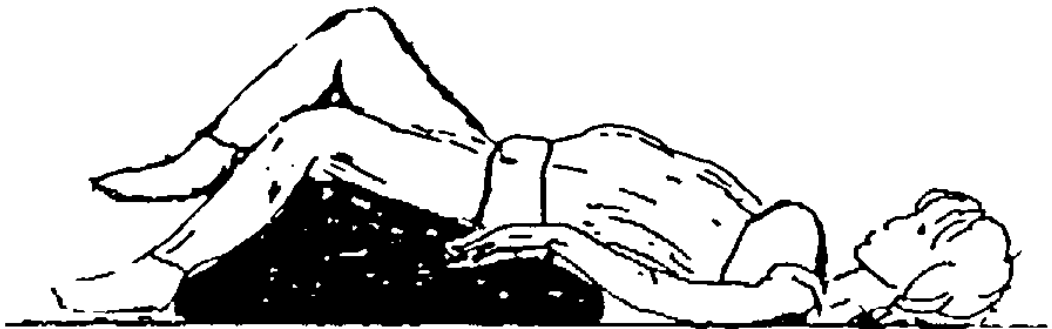


Figure 2: La version indienne [6]

Elle consiste à augmenter la version spontanée en surélevant le pelvis maternel et en réalisant l'abduction des cuisses par une relaxation musculaire grâce à une respiration abdominale profonde et par une position genu-pectorale. Cette méthode posturale ne semble pas diminuer l'incidence des présentations podaliques au moment de l'accouchement [6;11].

3.3. Position genu-pectorale

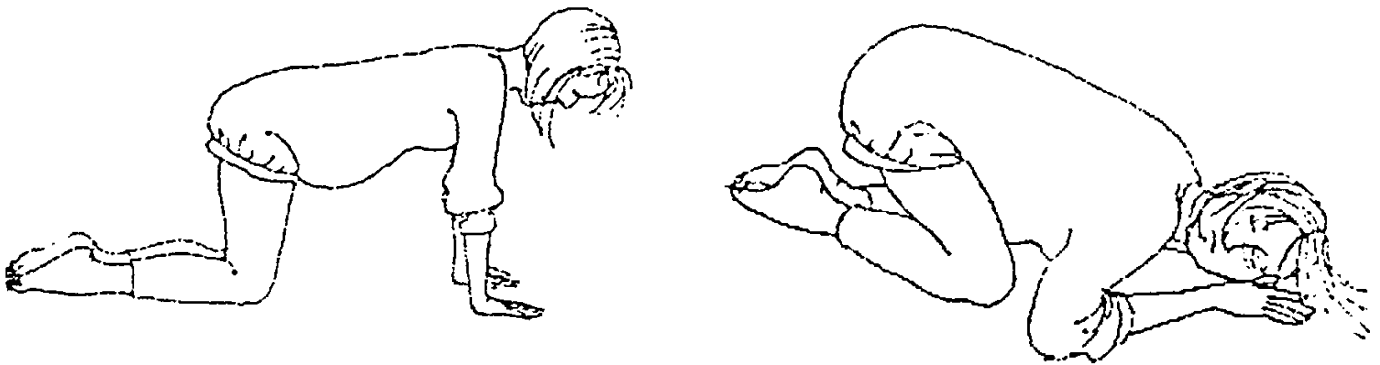


Figure 3 : Position genu-pectorale [6]

Cette méthode consiste à mettre la patiente à genou et à prendre appui sur les mains. Après une détente musculaire et respiratoire profonde, la patiente doit fléchir les genoux et poser les avant-bras et les coudes au sol. Cette posture doit être pratiquée par la patiente 3 fois par jour pendant 1 à 2 semaines. Cette technique ne semble pas efficace dans l'étude randomisée de Smith et al [12].

4. Chiropractie

Cette technique est basée sur la manipulation afin de lever les contraintes intra utérines musculo-squelettiques qui empêchent la version du fœtus. Elle se fonde sur 2 temps différents. Le premier temps consiste en un mouvement des articulations associé à une correction sacro-iliaque, entraînant un relâchement des ligaments pelviens et une modification de l'axe utérin. Ces mouvements se font en particulier par des rotations du sacrum par rapport aux lignes innominées. Cette technique rééquilibre les tensions sur les deux ligaments utéro-sacrés et rétablit l'axe utérin. Le deuxième temps consiste à diminuer les tensions sur le trajet du ligament rond en évaluant les spasmes musculaires et abdominaux. Ce spasme étant le plus souvent situé au niveau de l'épine iliaque antéropostérieure, il se soulève par simple effleurement [6].

5. L'Hypnose

L'hypnose est dans ce cas utilisé entre la 37 SA et la 40 SA pour permettre un relâchement général en diminuant les craintes, les anxiétés, pour ainsi comprendre les raisons du subconscient qui maintiennent le bébé en siège [6].

6. L'Acupuncture

L'acupuncture se définit par l'art de soigner avec des aiguilles piquées sur la peau en des points précis. Elle forme avec le massage, la phytothérapie et la gymnastique (Taiqi, Qiqung) : la médecine traditionnelle.

La médecine traditionnelle chinoise se constitue sur l'observation de la nature, sur l'alternance jour et nuit, des différentes saisons, et les climats. Elle considère l'homme dans son ensemble comme une entité globale et vivante.

La médecine traditionnelle fonde son raisonnement sur la physiologie et la philosophie. Parallèlement, depuis Claude Bernard, la médecine occidentale base son fondement sur la recherche et l'anatomie.

L'acupuncture est un enseignement de la médecine traditionnelle. Pour comprendre l'analogie de cette médecine traditionnelle et de l'acupuncture, il est important de décrire la genèse de celles-ci.

6.1. Histoire de l'acupuncture

6.1.1. Genèse de l'acupuncture

Les premières esquisses de l'acupuncture remontent à l'âge de pierre, où des instruments affûtés (aiguilles d'os ou de bambou en terre cuite puis en bronze au XVI^e siècle) étaient utilisés pour soigner des douleurs. L'origine était inconsciente. La probable pression des pierres au sol sur les pieds a soulagé certaines douleurs se rapprochant de l'acupuncture, de même le feu et la chaleur en soignant certains symptômes semblent être à l'origine de la moxibustion et de la pression de points douloureux qui donnera ainsi naissance au massage. Les trois premiers empereurs FOU

HI, CHEN NONG et HUANG TI sont les fondateurs de la médecine traditionnelle chinoise. Le premier ouvrage classique de la théorie fondamentale est le Classique interne, Le Nei King, écrit tout d'abord par Huang Ti et ensuite complété pendant différentes périodes : la période des printemps et automnes, la période des royaumes combattants et la période de la dynastie Han occidentale (2650 à 200 avant J.C.). Il donne un essor considérable à l'acupuncture en Chine.

6.1.2. L'essor de l'acupuncture en Orient

6.1.2.1. Dynastie des Tchéous (XI^e siècle avant J.C. à 221 avant J.C.)

Le Chou King ou annales de Chine écrit sous la dynastie des Chéous (du XI^e au III^e avant J.C.) donne pour la première fois la notion des cinq éléments : la terre, le feu, l'eau, le bois et le métal ainsi que les rapports entre l'homme et le cosmos. C'est durant cette dynastie que la civilisation chinoise se divise en deux : les occidentaux et les orientaux.

L'ouvrage le Nan King, (IV^e avant JC) ou «le Classique des difficultés», reprend les embûches du Classique interne inspiré par l'empereur jaune. Il laisse apparaître les premières notions de méridiens, la théorie des huit vaisseaux et l'étude des pouls. C'est pendant la période des Tchéous que la première organisation médicale chinoise se met en place et que l'utilisation des aiguilles pour les saignées passe progressivement aux piqûres des vaisseaux en des points déterminés.

6.1.2.2. Dynastie de l'Ancien Empire (249 avant JC- 580 après JC)

Durant cette période le Nei King est intégralement remis à jour. Il se compose alors de deux parties. Tout d'abord, le So Ouenne (simples questions) où apparaissent toute la pathologie, l'hygiène, la thérapeutique par les aiguilles et les médicaments. Le Ling Chou est le deuxième chapitre correspondant à un véritable traité sur l'acupuncture. La médecine chinoise établit à cette époque ses bases.

6.1.2.3. Dynastie des Souei et des T'ang (581-907 après JC)

Grâce à Wang Tao, l'acupuncture devient une spécialité de la médecine chinoise. Le docteur en acupuncture enseigne les sciences des King Mö (les vaisseaux), des King Hiue (les cavités) et les points d'acupuncture. Souen Sseu Miao, grand médecin acuponcteur de cette période a écrit un traité, Tsien Kino Fang «Mille recettes de grand prix», où il parle d'acupuncture et de moxibustion à partir de plantes d'armoise. Il démontre l'importance de l'acupuncture, de la moxibustion mais aussi de leurs associations avec le reste de la médecine chinoise traditionnelle.

6.1.2.4. Dynastie des Song (960- 1279 après J.C.)

Pendant cette dynastie, les notions de méridiens, de points d'acupuncture de collatéraux sont standardisée pour permettre son enseignement. L'acupuncture devient un enseignement public ; un diplôme officiel est mis en place avec une partie théorique et un examen pratique. Une faculté est créée en 1068 pour l'enseignement de l'acupuncture. La médecine progresse parallèlement dans d'autres domaines comme l'ophtalmologie, l'obstétrique ou la médecine légale. L'acupuncture connaît un remarquable essor grâce à un enseignement public.

6.1.3. L'arrivée de l'acupuncture en Europe

L'arrivée de l'acupuncture en Europe se fait grâce à trois vagues provenant de Chine à différentes périodes. Les deux grands courants de l'acupuncture en Occident sont apparus en France puis se sont ensuite répandus dans le reste de l'Occident ; les autres pays européens contribuant également à son développement.

6.1.3.1. La première vague commence par les jésuites

Le révérend père Hervieu missionnaire français exilé de Pékin à Canton, publie en 1671 à Grenoble «Les secrets de la médecine des chinois».

Simultanément, Willem Ten Rhyn, médecin hollandais de la Compagnie des Indes, découvre l'acupuncture à Nagasaki au Japon et l'introduit en Europe au XVII^e siècle. C'est dans son ouvrage que la première notion d'acupuncture apparaît bien que celui-ci s'axe plus sur les moxas que sur l'acupuncture.

Au XVIII^e siècle, on s'intéresse non seulement aux idées venant des Indes mais aussi à la nouvelle théorie des fluides. Dujardin, chirurgien français, expose dans un de ses ouvrages la technique des moxas et la ponction avec des aiguilles. Il décrit parfaitement la circulation du sang et des esprits. Vicq d'Azyr retranscrit lui aussi des procédés d'acupuncture dans son ouvrage.

Le XVII^e siècle révèle à l'Occident la médecine chinoise. Néanmoins, on trouve encore peu de publications sur l'acupuncture.

6.1.3.2. Une deuxième vague au cours du XIX^e siècle

En 1810, face à l'échec des autres thérapeutiques, Louis Berlioz, père et le docteur Jules Cloquet, tentent pour la première fois la pratique des aiguilles en France. Ils enfoncent les aiguilles jusqu'aux organes pendant plusieurs heures, en différenciant bien l'acupuncture de la saignée. L'acupuncture entre dans les hôpitaux en 1825 pour y être expérimentée. Ils sont imités ensuite par de nombreux médecins, sa propagation en Europe se fait en 1863, grâce au consul Dabry qui reconsidère la vraie méthode de l'acupuncture.

Le retentissement de l'acupuncture à cette période n'obtient pas l'effet escompté. En effet, il s'agit d'une pratique qui se copie rapidement mais dont les méthodes sont alors souvent inadaptées.

6.1.3.3. La troisième et dernière vague au XX^e siècle

L'acupuncture ne devient populaire qu'à partir de 1927 grâce aux travaux du sinologue Soulié Morant. Il publie « La méthode des aiguilles et moxas » après un long séjour en Chine où il découvre en association avec le Docteur Feirreyrolles, les soins de pathologies grâce à la médecine traditionnelle. L'acupuncture entre alors dans sa phase

anatomique : les points d'acupuncture sont fixés par rapport aux relations anatomiques, musculaires, nerveuses, osseuses, artérielles...

6.1.4. L'époque industrielle en Orient

La médecine occidentale envahit la médecine chinoise sous l'influence des missionnaires catholiques, protestants et des médecins laïques occidentaux. Ainsi la première faculté de médecine traditionnelle et européenne est fondée en 1906.

L'acupuncture fut interdite et supprimée du collège médical impérial en 1822, par l'empereur chinois mais elle persiste quand même. Mao Zedong a tenté lui aussi de supprimer l'acupuncture, par son idéologie marxiste s'opposant à la théorie taoïste de la médecine traditionnelle. Il la rétablira en 1949. En effet, pendant la seconde guerre mondiale, par manque de médicaments importés par les pays occidentaux, la Chine revalorise la médecine traditionnelle.

6.1.5. L'acupuncture de nos jours

Aujourd'hui, l'acupuncture occupe un vaste terrain en Chine. Elle reste très présente dans les hôpitaux ; elle a abouti à un élargissement des techniques, avec son utilisation pour l'analgésie, et la découverte de points hors méridiens grâce à de nombreuses expériences. La Chine se trouve actuellement au carrefour entre médecine traditionnelle et médecine occidentale.

En France, la Confédération nationale des associations médicales regroupe une trentaine d'associations et permet ainsi son enseignement.

Le 27 août 2008, un décret est venu compléter le code de déontologie relatif aux sages-femmes, leur permettant de pratiquer l'acupuncture sur des femmes enceintes ou ayant accouché [21].

6.2. Théorie traditionnelle fondée sur différents principes

La tradition chinoise définit l'homme comme une organisation de matière se rapportant au corps physique ou organique (de nature Yin) et à la fois d'énergie (de nature Yang).

6.2.1. Yin-Yang

Il est basé sur la lutte entre deux principes, l'opposition entre deux forces transformables l'une en l'autre et l'autre en l'une. Le Yang se définit comme la lumière, le mouvement. Le Yin à l'inverse représente l'obscurité, le froid et le repos. Dans la médecine traditionnelle chinoise, l'alternance de ces deux principes est indispensable à la vie et crée un équilibre vital grâce à cette opposition ou cette succession d'événements. En effet, ces deux principes sont opposés mais aussi complémentaires. L'un ne va pas sans l'autre et inversement.

6.2.2. L'énergie (QI)

Elle correspond à un mouvement. La santé est présente lorsqu'il y a une bonne circulation du mouvement. La maladie apparaît, lorsqu'un blocage est présent. L'énergie s'accumule alors en amont provoquant un excès et diminue en aval étant à l'origine d'un déficit. Cette énergie circule le long de conduits appelés méridiens et se diffuse ensuite dans tout le corps. C'est le Yang, il vitalise l'organisme. Le sang qui lui irrigue les différents organes en passant par les vaisseaux correspond au Yin. L'acupuncteur doit diagnostiquer les différences d'énergie au sein de l'organisme et rétablir l'équilibre, en libérant le lieu de blocage et en traitant la raison de ce blocage d'énergie.

6.2.3. Les cinq éléments

Ils représentent les phases fondamentales de l'esprit (Shen) et sont composés : du bois, le Roun (Houn) ; le feu, Chen (Shen) ; la terre, le I et le Si (Yi) ; le métal, le Pro (Po) ; l'eau, le Tche (Zhi). Cette théorie des cinq éléments est basée sur le cycle du temps et de l'espace. Les cinq éléments se suivent et s'intriquent les uns avec les autres, formant le cycle CHENG (l'activation). L'eau fait pousser le bois, le bois alimente le feu, le feu enrichit la terre, la terre engendre le métal et le métal engendre l'eau. Ce cycle ne peut s'emballer. Il est inhibé par le cycle KO permettant une autorégulation. Le feu fait fondre le métal, le métal casse le bois, le bois se nourrit de la terre, la terre recouvre l'eau et l'eau éteint le feu. (Annexe 1)

- Le SHEN représente l'ensemble des activités mentales relatives au cœur. Il symbolise la conscience, la mémoire, la pensée et le sommeil.
- Le PO met en place les bases matérielles nécessaires à la vie, il représente l'âme corporelle et est à l'origine des sentiments, de l'instinct, des sensations et de la respiration. Il est important lors de la grossesse, puisqu'une partie du PO de la mère est transférée à son enfant.
- Le HUN correspond à l'âme irrationnelle il permet de donner un sens à sa vie et la prise de décisions en accord avec son moi intérieur. Celui-ci, volatil et immatériel, survit après la mort du corps organique.
- Le YI correspond à la pensée, à l'origine de la concentration et la mémorisation. Il permet de coder et décoder tous les événements de notre vie.
- Le ZHI se définit par la volonté et permet ainsi la motivation et la persévérance.

6.2.4. Les méridiens

Les méridiens principaux qui sont au nombre de douze, sont des lignes fictives formées par la réunion de points d'acupuncture qui ont un même principe commun. Ils débutent ou se terminent à l'extrémité d'un doigt ou d'un orteil. Ils grossissent depuis leurs sources vers le centre du corps. Ces méridiens donnent de nombreux affluents, formant ainsi soixante méridiens secondaires qui spécifient la fonction des méridiens

principaux. Tous ces méridiens permettent ainsi de nourrir en énergie la chair, les muscles, les organes internes et les différentes structures du corps humain.

Les méridiens permettent ainsi un apport nutritif, un apport d'informations mais ils peuvent également servir de porte d'entrée aux pathologies.

6.2.5. Les points

Ils sont situés tout le long des méridiens. Ils permettent d'influer les courants d'énergie. Les points les plus importants pour la pratique de l'acupuncture, sont ceux des extrémités les plus utilisés pour le traitement des énergies. La localisation correcte d'un point se vérifie facilement. En effet, l'implantation d'une aiguille dans la peau est indolore quand celle-ci se situe au niveau du point. Par contre, lorsqu'elle se situe à quelques millimètres l'aiguille est alors ressentie.

Il existe 365 points nommés par la numérotation internationale de l'OMS. Ils correspondent à des lieux de fortes concentrations d'énergie. L'implantation de l'aiguille au niveau des points tonifie, disperse, accélère ou ralentit l'énergie, permettant de rétablir un équilibre. D'autres points ont pu être identifiés ; il en existerait plus de 2000.

6.3. *La pratique de l'acupuncture*

6.3.1. Physiologie de l'acupuncture

Certaines pressions sur la peau entraînent des actions réflexes ou permettent des diagnostics (palpation d'organe, prise de pouls). L'acupuncture se retrouve de manière parallèle dans le même type de fonctionnement où elle interagit avec différents organes ou fonctionnements, grâce aux aiguilles au niveau de la peau.

6.3.2. Les risques

Toute mauvaise pratique comme toute intervention médicale ou paramédicale peut avoir des effets nocifs. Le risque le plus important est l'infection transmise par la ponction des aiguilles. Celui-ci est quasiment nul si les aiguilles utilisées sont stériles, mais ce n'est pas le cas pour tous les pays pratiquant l'acupuncture. Il y a également un risque de boursoufflure au niveau de la peau qui diminue de manière significative si le traitement par acupuncture moxibustion est fait correctement.

Les dangers liés à la moxibustion sont les brûlures et l'irritation des voies respiratoires par la fumée du moxa brûlant.

6.3.3. Diplômes et formations

L'exercice de l'acupuncture n'est autorisé que pour les docteurs en médecine. Pour les autres, son exercice est illégal. Un diplôme interuniversitaire d'acupuncture générale destiné aux docteurs en médecine a été mis en place pour réglementer la pratique de l'enseignement de l'acupuncture. Ce diplôme se prépare en trois ans et permet aux médecins de notifier sur leurs plaques et leurs ordonnances la mention d'acupuncteur. Un diplôme interuniversitaire d'acupuncture obstétricale est destiné aux sages-femmes et leur permet d'exercer légalement l'acupuncture depuis le décret d'août 2008. [21]

6.3.4. Variantes de l'acupuncture

6.3.4.1. L'Acupression

Cette technique est basée sur le même principe que l'acupuncture. Toutefois, la pression remplace l'implantation des aiguilles sur ces mêmes emplacements. Cette technique diminue le nombre de points stimulables et la précision du traitement. Elle peut être exercée par soi-même ou par un tiers sans formation spécifique.

6.3.4.2. Acupuncture au laser

Son utilisation est beaucoup moins courante. Cette technique permet de stimuler les points par la chaleur. Elle a sensiblement le même effet que l'acupuncture traditionnelle. Elle possède plusieurs avantages. Elle ne laisse pas de marque, elle est indolore et peu onéreuse.

6.3.4.3. La moxibustion

Cette technique chinoise traditionnelle consiste à utiliser un cigare d'armoise, une plante *l'artemesia vulgaris*, produisant alors de la chaleur par sa combustion. Cette plante est aussi appelée moxa ou Mugwort, mot dérivé du japonais signifiant herbe brûlante. La technique de moxibustion consiste soit à allumer un bâton de moxa et à le rapprocher de la peau à quelques millimètres ou soit à chauffer l'aiguille se trouvant au niveau du point d'acupuncture, créant ainsi une sensation de chaleur avec hyperhémie due à une vasodilatation. La moxibustion peut ainsi être réalisée seule ou associée à de l'acupuncture. Il existe des bâtons de moxa de différentes longueurs et différents diamètres, avec ou sans fumée, avec ou sans parfum.

6.4. *Le point 67 VE ZHIYIN*

Il est localisé à 0,1 cm en arrière de l'angle unguéal externe du petit orteil. Il correspond au dernier point du méridien de la vessie ZHYING qui signifie arriver au Yin. Ce point est utilisé pour faciliter l'accouchement, corriger les malpositions fœtales, renforcer le contrôle urinaire. L'utilisation de ce point pour la version du fœtus est d'origine exceptionnelle pour l'acupuncture car elle ne vient pas d'un raisonnement mais de transmission par la traduction de textes anciens. Les femmes seront dans ce cas exceptionnellement traitées par un point unique. Cette stimulation a pour but de d'augmenter la production en œstrogènes et en prostaglandines placentaires et favorise les mouvements fœtaux. (Annexe 2)

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective au centre hospitalier d'Ancenis, une maternité de niveau I. Cette étude avait pris en compte les patientes qui avaient accouché entre le 1^{er} janvier 2007 et 31 août 2009, soit sur une période de 32 mois. Sur cette période, 2093 nouveau-nés étaient nés ; 83 étaient nés par le siège dont 17 par voie basse (soit 20,5%) et 66 par césarienne (soit 79,5%).

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Cette étude avait porté sur la version des fœtus par acupuncture. Sur un fœtus vivant, unique, en présentation podalique ou transverse avec un déroulement de la grossesse physiologique.

Les facteurs d'exclusion avaient donc été : les grossesses multiples, le refus de la patiente, le refus de l'obstétricien, les tentatives de version par manœuvre externe suite à l'acupuncture, les versions spontanées avant la première séance d'acupuncture.

2. Méthode utilisée

Un traitement par acupuncture était proposé pour les patientes dont la présentation du fœtus n'était pas céphalique lors de la consultation du 8^{ème} mois. Les patientes désirant un traitement par acupuncture étaient alors convoquées pour une séance. Lors de cette séance, la patiente était en position semi-assise. La présentation du fœtus était contrôlée par échographie avant le traitement. L'acupuncture réalisée ici était de la moxibustion. Le traitement par moxibustion durait 30 minutes sous contrôle d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal qui était prolongé de 30 minutes après le traitement. Les patientes étaient alors convoquées pour une autre séance pour vérifier la présentation ou faire à nouveau un traitement par moxibustion.

3. Population étudiée

Selon ces critères, 58 dossiers obstétricaux avaient pu être consultés, mais seulement 38 avaient pu être exploités. Dix-huit dossiers avaient été exclus car soit le fœtus s'était retourné entre le 8^{ème} mois et la 1^{ère} consultation d'acupuncture soit les patientes ne sont pas venues aux séances d'acupuncture. Deux dossiers avaient été rejetés pour tentative de version par manœuvre externe suite à l'acupuncture.

4. Recueil des données

Les informations recueillies étaient issues de dossiers obstétricaux des patientes.

Nous avons relevés les renseignements généraux suivants :

- sur la patiente (âge, poids, taille, gestité, parité, antécédents).
- Sur le déroulement de la grossesse (prise de poids, recours à la procréation médicalement assistée, type de siège, présentation et biométrie à la troisième échographie, quantité de liquide amniotique).
- Sur le suivi de grossesse (âge gestationnel lors de l'orientation vers l'acupuncture, le nombre de séances d'acupuncture, le résultat de l'acupuncture post acupuncture, les complications).
- Sur l'issue de la grossesse (le terme de l'accouchement, la présentation du fœtus au moment de l'accouchement, la mise en travail et le type d'accouchement, la présence de cordon ou bretelle).
- Sur l'état de l'enfant (le poids, la taille, le périmètre crânien, le sexe, l'apgar à 1 et 5 minutes de vie, le ph au cordon, les lactates).

5. Analyse des données

Pour le recueil des données, nous avons réalisé le masque de saisie, la saisie et l'analyse des résultats à partir du logiciel Excel.

L'analyse statistique avait été réalisée par le logiciel d'épidémiologie d'Atlanta (épi info). Pour comparer les valeurs qualificatives de deux groupes, nous avons utilisé le

test du Chi 2 (le corrigé de Yates) et le test exact de Fisher lorsqu'une des valeurs attendues était inférieure à 5.

Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsqu'une valeur de p était strictement inférieure à 0,05.

RESULTATS

1. Caractéristiques générales

Les patientes avaient entre 19 et 39 ans, soit un âge moyen de 30.53 ans (+/- 4,14 ans).

Tableau I: Age des patientes

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
< de 20ans	1	2.63
20 à 29ans	15	39.47
30 à 39ans	22	57.9

2. Caractéristiques staturo-pondérales

Tableau II : Indice de masse corporelle avant la grossesse

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
maigreur	10	26.32
normal	18	47.37
surpoids	9	23.68
obésité	1	2.63
Obésité morbide	0	0

Le poids moyen des patientes incluses dans cette étude était de 60,13 Kg (+/- 10.41 Kg). Sachant que le poids maximum relevé est de 89 Kg et le poids minimum est de 44 Kg.

La prise de poids moyenne pour les patientes était de 12,55 Kg (+/- 4,03 Kg), avec des extrêmes allant de 3 Kg pour le minimum et de 22 Kg pour le maximum.

Pour ce groupe de patientes étudiées, la taille moyenne était de 1,62 m (+/- 0.05 m) avec un minimum de 1,5 m et un maximum de 1,72 m.

3. Caractéristiques obstétricales

Tableau III: Parité

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
Primipare	17	44.74
2ème pare	7	18.42
3ème pare et plus	14	36.84

4. Antécédents

4.1. *personnels et familiaux*

La population prise en compte dans cette étude ne comptait aucun antécédent personnel ni familial de siège.

4.2. *chirurgicaux et pathologies utérines*

Concernant cette population, 11 patientes avaient subi une intervention abdominale non compliquée (soit 28.95%) et 1 patiente présentait une cloison utérine diagnostiquée après la grossesse, au moment de l'accouchement. (soit 5.26%)

5. Déroulement de la grossesse

5.1. Surveillance échographique

Tableau IV : Echographie du troisième trimestre

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
Céphalique	2	5.26
Siege complet	7	18.42
Siege décomplété	25	65.79
Siege semi-décomplété	0	0
transverse	3	7.89

5.2. Orientation vers l'acupuncture

Tableau V : Age gestationnel lors de la première séance d'acupuncture

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
< 33 SA	5	13.16
33 SA ≤ AG < 34 SA	20	52.63
34 SA ≤ AG < 35 SA	9	23.68
≥ 35 SA	4	10.53

Tableau VI : Le nombre de séances d'acupuncture par patiente

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
1 séance	15	39.47
2 séances	22	57.90
3 séances et plus	1	2.63

6. Caractéristiques de l'accouchement

Tableau VII : Age gestationnel au moment de l'accouchement

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
< 37 SA	0	0
37 SA à 41 SA	35	92.10
> 41 SA	3	7.89

L'âge gestationnel moyen au moment de l'accouchement pour ces patientes était de 39 SA 2J (+/- 8.23j).

Tableau VIII : Présentation du fœtus au moment de l'accouchement

	Population acupuncture		
	Primipare	Multipare	Total
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Céphalique	3 (7.89)	10(26.32)	13 (34.21)
Siège complet	3(7.89)	1(2.63)	4 (10.53)
Siège décomplété	8(21.10)	9(23.68)	17 (44.74)
Siège semi-décomplété	3(7.89)	0(0)	3 (7.89)
Transverse	0(0)	1(2.63)	1 (2.63)

Tableau IX : Mode d'accouchement

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
Césarienne	19	50

L'absence de présentation céphalique au moment de l'accouchement avait entraîné 17 césariennes. Les deux autres césariennes avaient eu lieu sur des présentations céphaliques réalisées d'une part pour une stagnation de la dilatation et d'autre part pour des anomalies du rythme cardiaque foetal.

7. Caractéristiques néonatales

7.1. Sexe du nouveau-né

Tableau X : Sexe du nouveau-né

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
Masculin	17	44.74
Féminin	21	55.26

7.2. Caractéristiques statur pondérales du nouveau-né

Le poids moyen des nouveau-nés de ce groupe de patientes étudiées était de 3270 g (+/- 410.44 g), sachant que le poids maximum relevé était de 4290g et le poids minimum était de 2620 g.

Tableau XI : Poids de naissance des nouveau-nés

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
< 3000 g	13	34.21
3000g ≤ Poids < 3500g	14	36.84
3500g ≤ Poids < 4000g	9	23.68
≥ 4000 g	2	5.26

Pour ce groupe, la taille moyenne des nouveau-nés était de 49,3 cm (+/- 1.66 cm), avec un minimum de 46 cm et un maximum de 53 cm.

7.3. Adaptation des nouveau-nés à la vie extra-utérine

L'apgar mesuré à 1 minute de vie des nouveau-nés de cette population était en moyenne de 9,61 (+/- 1,20) avec un maximum de 10 et un minimum de 4.

L'apgar de nouveau évalué à 5 minutes de vie, était de 9,92 (+/- 0,35) avec un minimum de 8 et un maximum de 10.

Tableau XII : Apgar à la naissance à 1 minute de vie

	Population acupuncture	
	Effectif	Pourcentage
Population globale		
Apgar ≤ à 3	0	0
4 ≤ Apgar ≤ 6	2	5.26
Apgar ≥ 7	36	94.74
Population césarienne		
Apgar ≤ à 3	0	0
4 ≤ Apgar ≤ 6	0	0
Apgar ≥ 7	19	50
Population AVB		
Apgar ≤ à 3	0	0
4 ≤ Apgar ≤ 6	2	5.26
Apgar ≥ 7	17	44.74

8. Comparaison entre le groupe échec et le groupe réussite

Tableau XIII : comparaison des deux populations en fonction de l'échec ou de la réussite de la version

	Population acupuncture		p
	Echec	Réussite	
	Effectif (%)	Effectif (%)	
Age			
< 20 ans	1 (2.63)	0 (0)	
20 à 29 ans	9 (23.68)	6 (15.79)	NS
30 à 39 ans	15 (39.47)	7 (18.42)	
IMC			
maigreur	2 (5.26)	2 (5.26)	
normal	17 (44.74)	7 (18.42)	NS
surpoids	6 (15.79)	3 (7.89)	
obésité	0 (0)	1 (2.63)	
Parité			
primipare	14 (36.84)	3 (7.89)	NS
multipare	11 (28.95)	10 (26.32)	
Variété de présentation au 8ème mois			
Siège complet	7 (18.42)	2 (5.26)	
Siege décomplété	17 (44.74)	9 (23.68)	NS
Siège semi-décomplété	0 (0)	0 (0)	
Transverse	1 (2.63)	2 (5.26)	
AG au moment du traitement			
< 33 SA	3 (7.89)	2 (5.26)	
33 SA ≤ AG < 34 SA	11 (28.95)	9 (23.68)	NS
34 SA ≤ AG < 35 SA	8 (21.05)	1 (2.63)	
≥ 35 SA	3 (7.89)	1 (2.63)	
Nombre de séances			
1 séance	19 (50.00)	9 (23.68)	NS
2 séances	6 (15.79)	4 (10.53)	

Tableau XIII : comparaison des deux populations en fonction de l'échec ou de la réussite de la version

	Population acupuncture		p
	Echec Effectif (%)	Réussite Effectif (%)	
Mode d'accouchement			
AVB	8 (21.05)	11 (28.95)	0.006
Césarienne	17 (44.74)	2 (5.26)	
Poids du nouveau-né			
< 3000 g	10 (26.32)	3 (7.89)	NS
3000 g ≤ Poids < 3500 g	8 (21.05)	6 (15.79)	
3500 g ≤ Poids < 4000 g	6 (15.79)	3 (7.89)	
> 4000 g	1 (2.63)	1 (2.63)	

La rotation du fœtus chez les femmes primipares après un traitement d'acupuncture-moxibustion était moins importante que chez les multipares. En effet, 36,84% des fœtus n'avaient pas tourné chez les primipares versus 28,95% chez les multipares mais ces résultats ne montraient qu'une tendance, ils n'étaient pas significatifs.

9. Incidence du taux de césarienne au CH d'Ancenis

L'acupuncture est réalisée au CH d'Ancenis depuis juin 2006. La version par manœuvre externe n'est réalisée que depuis 2008.

Tableau XIV : Evolution du taux de césarienne au CH d'Ancenis

	Naissances		Césariennes
	Effectif	Effectif	Pourcentage
2005	737	106	14,4
2006	754	119	15,8
2007	758	99	13
2008	785	110	14

10. Evaluation du taux de présentations podaliques au moment de l'accouchement avant et après la mise en place de l'acupuncture

Tableau XV : Evolution du taux de présentation podalique au CH d'Ancenis

	Naissances		Présentation du siège
	Effectif	effectif	Pourcentage
2005	737	23	3,12
2006	754	24	3,18
2007	758	32	4,22
2008	785	34	4,33

DISCUSSION

Notre étude rétrospective menée au CH d'Ancenis avait pour but d'évaluer le nombre de présentations céphaliques au moment de l'accouchement pour les patientes ayant subi un traitement d'acupuncture moxibustion. Nous avons évalué l'évolution du pourcentage de présentation podalique au moment de l'accouchement avant et après la mise en place du traitement d'acupuncture moxibustion au CH d'Ancenis. Au cours de cette étude, nous avons aussi évalué l'incidence du traitement d'acupuncture moxibustion sur le taux de césarienne.

Cependant, l'effectif de notre population était très faible. Nous savons que le taux de présentations podaliques à 32SA est autour de 6-7% [22] et, au moment de l'accouchement, il représente seulement 3 à 4%. Ce qui contribuait déjà à diminuer la taille de notre population. De plus, notre étude s'effectuait dans un seul centre hospitalier réalisant un taux moyen de 700 accouchements par an environ. Au CH d'Ancenis, une seule sage-femme diplômée pratiquait l'acupuncture réduisant ainsi le nombre de patientes pouvant accéder au traitement d'acupuncture moxibustion donc diminuant notre population. Au final, 38 patientes avaient pu bénéficier du traitement d'acupuncture moxibustion, sur une période de 32 mois.

1. Méthodologies différentes

Dans un premier temps, il était nécessaire d'examiner la méthodologie de notre étude. Nous avons réalisé une étude rétrospective. Les patientes recrutées étaient celles qui étaient traitées par acupuncture moxibustion pour absence de présentation céphalique au huitième mois. Cependant, il était important de noter, qu'un traitement d'acupuncture moxibustion n'avait pas pu être proposé à toutes les patientes présentant une présentation podalique ou transverse au cours du 8^{ème} mois, qui avaient accouché sur le CH d'Ancenis. Cette absence de proposition de traitement était due à plusieurs facteurs. Certaines femmes accouchant au CH d'Ancenis, étaient suivies par des médecins ou des sages-femmes libéraux méconnaissant la pratique de ce traitement au CH. L'ensemble des médecins gynécologues obstétriciens et des sages-femmes du CH, n'avaient pas systématiquement orienté les femmes vers l'acupuncture, lors du

diagnostic d'absence de présentation céphalique au cours du 8^{ème} mois, soit par oubli, méconnaissance ou par choix. De plus, le recrutement de notre population, s'était trouvé biaisé, par le fait qu'une seule sage-femme diplômée pratiquait l'acupuncture sur ses heures de gardes. Ainsi, certaines femmes ne pouvaient pas accéder à ce traitement par acupuncture car la planification de rendez-vous n'était pas réalisable dans les temps.

Dans l'idéal, il aurait fallu réaliser une étude prospective randomisée multicentrique ou unicentrique sur plusieurs années pour obtenir une population suffisante. Les patientes auraient dû être réparties dans le groupe traitement par acupuncture ou dans le groupe témoin par un tirage au sort. Malgré cette précaution, un biais persistera toujours puisqu'une étude avec un traitement contre placebo ne sera pas réalisable en double aveugle.

L'étude de la littérature s'était donc avérée essentielle pour comparer nos résultats mais aussi pour permettre une approche moins biaisée de l'étude du traitement par acupuncture moxibustion sur les présentations podaliques au 8^{ème} mois de grossesse. Nous avons donc retenu cinq études que nous avons comparées avec notre travail.

En 1998, Cardini F et Weixin H [23] avaient réalisé une étude randomisée, d'avril 1995 à août 1996, dans deux centres hospitaliers de Chine. Les patientes recrutées pour cette étude, étaient des primipares et présentaient une présentation non céphalique entre la 32SA+1j et la 33SA. Ainsi, 260 patientes étaient incluses dans l'étude, 130 dans le groupe témoin et 130 dans le groupe traitement par moxibustion. Il n'existait pas de différences significatives physiques, liées à la grossesse, entre le groupe témoin et le groupe traité. Les objectifs principaux de cette étude, étaient d'évaluer le taux de présentation céphalique après le traitement, au moment de l'accouchement et d'observer la correspondance ou non avec les mouvements actifs fœtaux.

En 2000, Kanakura publiait une étude [24] réalisée entre 1992 et 1996, au Japon, non randomisée. L'objectif de son étude était d'évaluer le nombre de versions en utilisant de la moxibustion par rapport à un groupe témoin. Les patientes incluses dans l'étude étaient des primipares et des multipares. Celles-ci, sont rentrées dans l'étude lorsqu'une présentation podalique était diagnostiquée après 28SA. Cette étude était réalisée dans un hôpital universitaire du Japon et ses hôpitaux périphériques. Le groupe témoin de cette étude était peu fiable puisque les hôpitaux périphériques avaient

encouragé les patientes qui appartenait au groupe contrôle à pratiquer différentes postures pour favoriser la version spontanée voire certaines patientes de ce groupe avaient bénéficié d'une version par manœuvre externe. Au final, 133 patientes étaient recrutées dans le groupe traité par moxibustion et 224 dans le groupe contrôle. Les deux groupes de recrutement ne présentaient pas de différences significatives concernant les caractéristiques générales.

En 2004, Neri [25] publiait une étude randomisée sur l'évaluation de l'acupuncture moxibustion face à une présentation podalique. Celle-ci avait été réalisée de Mai 2000 à Juin 2002 sur deux centres hospitaliers d'Italie à Turin et à Modere-Reggio Emilia. Cette étude était l'une des premières réalisée en occident évaluant le taux de version par un traitement d'acupuncture. L'inclusion des patientes multipares et primipares s'était faite grâce à différents critères : la grossesse était comprise entre la 33 et la 35 SA, les femmes étaient de race caucasienne, avec un déroulement de la grossesse physiologique avant l'entrée dans l'étude. Ainsi 226 femmes étaient recrutées, 114 appartenant au groupe témoin et 112 au groupe traité par moxibustion. Nous avons noté aucune différence significative entre le groupe témoin et le groupe traité, concernant les caractéristiques générales.

En 2005, Cardini F [26] a publié une étude en simple aveugle randomisée, réalisée de mars 2001 à février 2003 sur six départements obstétricaux des hôpitaux publics d'Italie nordique et centrale. Cette étude était basée sur le même protocole que celle effectuée par Cardini en Chine de 1995 à 1996, les patientes incluses dans cette étude étaient des primipares et n'étaient pas d'origine chinoise. Cent vingt trois (123) patientes sont entrées dans l'étude, 65 dans le groupe traité par moxibustion et 58 dans le groupe témoin. Ces deux groupes étaient identiques concernant les caractéristiques générales. Cette étude accomplie par Cardini a eu pour but de transposer un traitement traditionnel chinois en dehors de son contexte ethnique, social et culturel et d'en observer ses effets.

En 2009, Millereau [27] éditait une étude menée au CH de Saint Nazaire, en Loire Atlantique, du 1^{er} janvier 2006 au 30 avril 2008. Il s'agissait d'un essai clinique randomisé monocentrique en simple aveugle. Un groupe de patientes témoins et un groupe de femmes traitées avaient été formés. Au sein de ces deux groupes, les femmes

étaient de nouveau divisées séparant ainsi les multipares des primipares. Ainsi, 68 femmes étaient incluses dont 33 dans le groupe traité et 35 dans le groupe témoin. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport de la moxibustion sur la version spontanée des fœtus après 34SA dans une population française.

Nous en avons conclu que ces divers études utilisaient des méthodologies différentes. Les critères d'inclusion de celles-ci et de notre étude étaient propres à chacune d'entre elles. En effet, les femmes étaient incluses avec une parité et à des termes différents. Ces divergences concernant la méthodologie pouvaient être à l'origine de résultats discordants par la suite.

2. Différentes techniques d'acupuncture-moxibustion

Au CH d'Ancenis, les femmes qui avaient reçu un traitement d'acupuncture avaient eu au moins une séance de moxibustion d'au moins 30 minutes, soit une stimulation du point 67 VE de 15 minutes au total par pieds. Selon la disponibilité de la patiente et de la sage-femme les patientes avaient ou non accès à une autre séance. Ainsi, seulement 2 séances étaient réalisées au maximum pour chaque patiente. L'intervalle entre deux séances était resté aléatoire.

Il paraissait essentiel de mettre en corrélation la méthode et la pratique de l'acupuncture des différentes études par rapport à la nôtre pour ainsi évaluer si une pratique différente pourrait être à l'origine de résultats divergents par la suite.

Ainsi pour les études de Cardini [23;27] basées sur le même protocole, la méthode de traitement choisie consistait tout d'abord par une séance d'apprentissage à la moxibustion à l'hôpital pour les patientes avec un tiers ou non. Les patientes devaient ensuite réaliser à domicile avec une tierce personne ou non une séance de 15 minutes de moxibustion par côté et par jour (de préférence entre 15 heures et 17 heures) pendant 7 jours puis un contrôle échographique de la présentation après ce délai. En l'absence de rotation de la présentation, une deuxième semaine de traitement était effectuée avec un nouveau contrôle. Une différence apparaissait entre les 2 études : en 1998, les 87 patientes traitées accomplissaient 1 séance de moxibustion par jour et les 43 dernières

en accomplissaient 2 par jour. Alors que pour l'étude italienne, 2 séances par jour étaient mises en place pour toutes les femmes.

Dans l'étude de Kanakura, la moxibustion était réalisée à l'hôpital par des techniciens spécialisés en acupuncture par séance de 30 minutes [24].

La méthode utilisée par Néri était également de la moxibustion. Celle-ci, était effectuée sur une durée de 20 minutes alternant d'un côté à l'autre toutes les deux minutes. Ce traitement était réalisé 2 fois par semaine pendant 2 semaines par des acuponcteurs expérimentés et qualifiés. Une échographie de contrôle avant chaque traitement était effectuée [25].

Millereau dans son étude utilisait la moxibustion pendant 15 à 20 minutes une fois par jour de préférence entre 15 heures et 17 heures, pendant une semaine pratiquée par le conjoint ou un tiers. La première séance était réalisée au CH de saint Nazaire pour permettre l'apprentissage [27].

Lors de l'analyse de ces études, nous avons pu observer des différences dans la durée et la fréquence du traitement, entre elles, mais aussi par rapport à notre étude. De plus, nous notions aussi que certains traitements avaient été réalisés par un technicien ou une personne qualifiée alors que d'autres n'étaient réalisés que par un tiers. Ces pratiques hétérogènes pouvaient également être à l'origine de variations dans les taux de versions après traitement.

3. Les versions spontanées

Pour comparer nos résultats avec les différentes études et pour les mettre en corrélation avec les pratiques actuelles des différents services d'obstétriques devant une présentation podalique au 8^{ème} mois, une analyse des études sur les versions spontanées semblait nécessaire. En 1985, Westgreen publiait une étude sur le taux de versions spontanées pendant la grossesse [22]. Sur 4600 patientes étudiées, 310 femmes présentaient une présentation podalique à la 32SA. Cent soixante dix sept (177) versions céphaliques spontanées s'étaient produites, soit 57%. Westgreen étudiait les rotations spontanées en fonction du terme, des antécédents et de l'âge de la grossesse. Il avait

retrouvé à 32SA, un taux de version de 78% pour les multipares sans antécédent de présentation podalique, de seulement 32% pour les multipares avec un antécédent de présentation podalique et de 46% pour les primipares. A 36SA, les mêmes tendances étaient retrouvées : 28% de versions spontanées pour les multipares, 7% pour les multipares avec un antécédent de présentation du siège et 8% pour les primipares. Son étude montrait bien que la version spontanée était fonction de la parité, des antécédents et de l'âge gestationnel. Dans notre revue de la littérature, il était important de prendre en compte le terme auquel l'étude était réalisée puisque le taux de versions spontanées diminuait au fur et à mesure que l'on s'approchait du terme. La parité et les antécédents de présentation podalique pour les multipares étaient aussi des paramètres qu'il fallait identifier, le taux de version étant plus important chez les multipares sans antécédent que chez les multipares avec antécédents ou chez les primipares.

Gottlicher avait publié lui aussi une étude sur les versions spontanées céphaliques en 1985 [29]. Quatre mille soixante six (4066) femmes étaient incluses dans son étude. Il avait retrouvé des résultats similaires concernant l'incidence de la parité, et de l'âge gestationnel sur le taux de versions spontanées. Puisqu'à 29SA, une version spontanée avait eu lieu pour 31,1% des primipares et 70,2% des multipares. Cette version à 33SA, n'était plus que de 15,5% pour les primipares et 57,5% pour les multipares.

Hofmeyr, en 1986, trouvait une influence des origines ethniques sur le taux d'une versions spontanées [29]. Pour les patientes ayant participées à cette étude qui n'avaient pas bénéficié de version par manœuvre externe, il retrouvait un taux de versions spontanées supérieur pour les femmes noires de 40% après 36SA et de 24% pour les femmes blanches.

Notre travail sur la revue de la littérature avait dû aussi s'effectuer sur le taux de versions spontanées par rapport à des facteurs anthropométriques. Les études avaient été réalisées sur différentes populations (chinoises et européennes) ce qui pourrait expliquer en partie une différence de versions avec le traitement d'acupuncture moxibustion entre ces deux populations.

4. Taux de versions après traitement

Dans notre étude nous avons cherché à connaître le taux de présentation céphalique au moment de l'accouchement lorsque les femmes avaient eu un traitement par acupuncture-moxibustion. La présentation céphalique au moment de l'accouchement pour les multipares et les primipares confondues représentait 34,21%. Ainsi comme noté plus haut, les versions spontanées étaient non négligeables et ne nous permettaient pas de conclure sur nos résultats. Si l'on observait séparément les primipares et les multipares, on retrouvait un taux de présentation céphalique de seulement 17,64% pour les primipares et de 47,62% pour les multipares. Notre étude étant rétrospective et n'ayant pas de population témoin, il était primordial de comparer nos résultats sur la fréquence des présentations céphaliques après traitement avec les études décrites précédemment.

Cardini avait obtenu de son étude réalisée en Chine après une évaluation à 35SA, 98 présentations céphaliques sur les 130 patientes traitées par acupuncture moxibustion (soit 75,4% de versions) alors que seulement 81 sur 130 pour les patientes témoins (soit 47,7%). Avec p inférieur à 0,01, un risque relatif de 1,58 et un intervalle de confiance [1.29-1.94] [23]. Nous avons alors comparé ces résultats aux nôtres. Les différences retrouvées pouvaient s'expliquer par la présence de deux populations hétérogènes. En effet, Cardini étudiait une population chinoise or comme nous l'avions décrit les facteurs anthropométriques avaient un rôle tant par une compliance au traitement meilleur pour la population chinoise que par un taux de versions spontanées différentes entre ces deux populations. Il fallait ajouter que la population de Cardini avait bénéficié d'une fréquence de traitement plus importante que la nôtre contribuant également à une augmentation des versions. A l'inverse, il avait inclus uniquement les primipares contrairement à nous ce qui contribuait à diminuer le taux de versions avec le traitement, celui-ci étant plus efficace chez les multipares.

Dans l'étude de Kanakura, 123 femmes sur 133 traitées par moxibustion avaient une présentation céphalique au moment de l'accouchement soit 92,48% et seulement 165 sur 224 pour les femmes sans traitement soit 73,66%. Avec un $p < 0,00001$, un risque relatif de 2,95 et un intervalle de confiance compris entre [1.64-5.31]. Il fallait noter que la fréquence de présentation céphalique à l'accouchement de la population

témoin était surévaluée puisque dans les hôpitaux périphériques, les patientes des populations témoins étaient encouragées à pratiquer des exercices posturaux et à bénéficier de versions par manœuvre externe. De plus, Kanakura prenait en compte dans son étude des femmes à partir de 28SA ce qui augmentait fortement le risque de versions spontanées sans que l'acupuncture en soit vraiment la cause. Il fallait également noter que contrairement à Cardini, le traitement était réalisé par un technicien risquant de favoriser les versions grâce à une meilleure pratique [24].

Néri avait trouvé des résultats significatifs. En effet, il avait obtenu 43 présentations céphaliques au moment de l'accouchement sur les 114 femmes non traitées (soit 37,7%) et 60 présentations céphaliques sur les 112 femmes traitées par acupuncture moxibustion (soit 53,6 %). Avec $p=0,0167$ un risque relatif de 1,42 dans un intervalle de confiance de [1,06-1,79]. Les résultats étaient moins significatifs que dans les deux études chinoises précédentes (de Kanakura et de Cardini). D'une part, Néri avait réalisé son étude dans un pays qui culturellement n'était pas orienté vers une médecine traditionnelle en partie formée par l'acupuncture. En effet, la pratique de l'acupuncture était peu pratiquée par cette population. D'autre part, il utilisait une fréquence de traitement moins importante (2 fois par semaine) par rapport aux précédentes études qu'il utilisait quotidiennement voir bi-quotidiennement [25].

Dans l'étude de Cardini, réalisée en Italie, qui correspond à la transposition de son étude chinoise de 1998 dans un pays occidental, il avait retrouvé à 35SA, 22 présentations céphaliques sur les 65 patientes traitées par moxibustion (soit 34%) et 21 présentations céphaliques sur 58 patientes témoins (soit 36%), avec un risque relatif de 0,95 et un intervalle de confiance de [0,59-1,5]. Ainsi, la moxibustion pratiquée sur les présentations dystociques en siège n'augmentait pas le taux de versions. Il était important de noter que l'étude a inclus 123 patientes alors que 260 patientes devaient l'être pour que les résultats soient interprétables (soit 46% de l'échantillon). Les raisons de cet arrêt étaient les suivantes : la mauvaise conformité du traitement, le nombre élevé d'interruptions de traitement et le doute sur l'évaluation de son efficacité par les investigateurs. Vingt quatre (24) femmes avaient refusé le traitement de peur de nuire au fœtus. L'interruption du traitement se retrouvait en Italie pour 22% de la population incluse contre moins de 7% en Chine. S'était posé ainsi le problème du transfert de l'acupuncture en fonction du contexte ethnique, social et culturel. Un problème tant sur

la compliance que sur la pratique du traitement tendaient à faire diminuer le taux de versions après traitement dans les pays occidentaux [26].

En 2009, Millereau dans son étude menée en France, retrouvait dans la population des femmes traitées 51,5% de siège au moment de l'accouchement et 54,3% dans la population témoin. L'analyse du taux de présentation céphalique au moment de l'accouchement entre les deux groupes n'avait pas montré de différence entre la population traitée et la population témoin. Millereau n'avait pas tenu compte de la parité dans l'analyse de ses résultats. Cependant, pour les primipares il avait observé un taux de versions de 34,2% versus 63,3% pour les multipares ($p < 0,02$). Ce qui montrait que pour observer une efficacité du traitement, l'étude avait dû séparer l'analyse des primipares et des multipares. Ceci nous avait confirmé la difficulté de pouvoir comparer des études avec des inclusions différentes en terme de parité [27].

Devant ces résultats très différents d'une étude à une autre et devant les pratiques et les méthodes diverses d'acupuncture utilisées, il semblait difficile de pouvoir conclure sur l'efficacité du traitement d'acupuncture moxibustion. La fréquence du traitement avait joué un rôle dans les résultats. Cardini dans son étude chinoise étudiait particulièrement ce critère. Il avait séparé la population traitée en 2 populations distinctes : Les 87 premiers sujets traités 1 fois par jour et les 43 derniers sujets traités 2 fois par jour. Il avait obtenu pour la première semaine de traitement : un taux de version de 55,2% pour les 87 patientes traitées de façon quotidienne alors qu'il avait obtenu un taux de version de 79,1% pour les 43 femmes traitées bi quotidiennement avec un $p = 0,008$, un risque relatif de 2,21 et un intervalle de confiance compris entre [1,16-4,20]. Par conséquent, pendant cette première semaine, la fréquence du traitement semblait jouer un rôle sur le taux de version. A la fin de la deuxième semaine de traitement, les résultats n'étaient plus significatifs. Les femmes traitées quotidiennement avaient eu un taux de versions de 72,4% et celles traitées bi quotidiennement avait eu un taux de versions de 81,4%. Un traitement biquotidien surtout pendant la première semaine augmentait le taux de version. L'augmentation de la fréquence du traitement n'apportait pas de risques invasifs supplémentaires mais risquait d'augmenter le manque de compliance des patientes [23].

5. Evolution du taux de césarienne

Nous avons dans notre étude, évalué l'évolution du taux de césarienne au CH d'Ancenis. L'acupuncture pour présentation du siège n'avait commencé à être pratiquée à la maternité qu'en juin 2006. Ainsi, en comparant l'évolution du taux de césarienne après la mise en place de l'acupuncture aucune modification n'avait été observée. La pratique de la version par manœuvre externe depuis 2008, réalisée ponctuellement au CH d'Ancenis représentait un biais dans la diminution du taux de césarienne.

Cardini avait également étudié le taux de césarienne avec et sans traitement. Il avait retrouvé 46 patientes césarisées sur 130 femmes traitées (soit 35,4%) dont 20 avec une présentation céphalique et 47 patientes césarisées sur les 130 patientes non traitées (soit 36,2%) dont 21 avec une présentation céphalique. Ainsi, le traitement par acupuncture moxibustion dans cette étude chinoise n'avait pas diminué le taux de césarienne. Il était important de souligner un biais dans cette étude. Les patientes incluses dans cette étude avaient pu avoir accès, si elles le désiraient, à une version par manœuvre externe. 1 patiente traitée avait bénéficié d'une VME après 35 SA et ce fut un échec ne modifiant pas ainsi le taux de présentation céphalique au moment de l'accouchement pour les femmes traitées. Concernant la population témoin, 24 patientes avaient eu accès à la VME dont 19 avaient réussi, augmentant ainsi le taux de présentation céphalique au moment de l'accouchement pour la population témoin. Ainsi, la VME avait contribué à faire diminuer le nombre de césariennes pour la population témoin mais pas pour la population traitée [23].

Pour Néri, l'incidence des césariennes pour les femmes non traitées était de 66,7% et de 52,3% pour celles traitées. Avec un $p=0,03$ et un risque relatif de 0,69 et un intervalle de confiance de [0,64-0,98] [25].

Millereau n'avait pas retrouvé de différences concernant le taux de césarienne. De 45,5% pour les femmes traitées et de 54,3% pour les femmes non traitées avec un $p=0,47$ [27].

6. Complications suite au traitement

Dans notre étude aucune complication n'était survenue pour les femmes traitées.

Cardini en 1998, avait relevé les complications apparues pendant la grossesse pour les femmes incluses dans son étude. Aucun événement indésirable n'était apparu pendant le traitement. Dans le groupe traité, Cardini avait recensé 4 ruptures prématurées des membranes et 2 naissances avant terme et dans le groupe non traité il avait retrouvé 12 RPM, 3 accouchements prématurés et MFIU. Le traitement par acupuncture moxibustion n'avait pas entraîné plus de complications dans la population traitée que dans la population témoin. Seules des pressions dans la région épigastrique ou de l'hypochondre étaient rapportées comme effets secondaires au cours de cette étude [23].

Il avait étudié de nouveau en 2005, les complications apparaissant suite au traitement d'acupuncture moxibustion. Il avait observé 2 accouchements avant terme (dont 1 RPM) et des métrorragies après une VME pour le groupe traité. Pour le groupe témoin aucune RPM avant terme mais un hématome retro-placentaire (HRP) à 37SA était noté [26].

Le traitement par acupuncture-moxibustion n'entraînait pas plus de complications. Il fallait signaler que les effets secondaires pendant le traitement étaient relatés de manières différentes selon les études puisque certaines étaient réalisées par un tiers et d'autres par un technicien.

7. Les mécanismes de l'acupuncture favorables à une version du fœtus

Dans ses deux études, Cardini avait évalué la corrélation entre les mouvements actifs fœtaux et le taux de version avec le traitement d'acupuncture moxibustion. Il avait évalué une moyenne de 48,45 MAF pendant une heure d'observation quotidienne pendant les 15 jours de traitements d'acupuncture et de 35,35 MAF pour la population non traitée avec un $p=0,001$. Dans l'étude menée en Chine l'acupuncture avait eu un rôle significatif dans l'augmentation des MAF. Par contre, dans son étude menée en Italie, une différence était apparue mais non significative entre le groupe traité et le groupe témoin. En effet, le compte des MAF de 2 fois par jour pendant une semaine

était de 254 en moyenne pour la population traitée et de 220 en moyenne pour la population témoin [23;26]

En 2002, Néri évaluait la variabilité de l'activité cardiaque et fœtale. Il avait mis en place une étude randomisée en simple aveugle sur une petite population de 12 patientes présentant une présentation podalique, à 33SA. Ces patientes avaient reçu de l'acupuncture « placebo » (acupuncture minimale) pendant une première session et avaient reçu 1 à 2 jours après, de l'acupuncture avec moxibustion sur le point BL67. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et une tocométrie externe étaient réalisés 20 minutes avant et après les traitements. L'acupuncture avec moxibustion avait entraîné une réduction significative de la fréquence cardiaque moyenne et une augmentation significative de la variabilité et des accélérations du rythme cardiaque fœtal (RCF) alors qu'aucun changement significatif de ces variables n'était apparu pour l'acupuncture « placebo ». Il fallait noter qu'aucune contraction n'avait été enregistrée ni aucune anomalie du RCF. Les modifications des mouvements actifs fœtaux (MAF) et des RCF s'étaient produites uniquement avec l'acupuncture moxibustion. Ils avaient considéré que ces changements étaient liés à l'effet de la stimulation d'acupuncture sans en expliquer les mécanismes menant à la version. [30]

Une étude chinoise menée par Gongwang et publiée en 1994, avait inclus 33 femmes. Il avait observé de façon significative que l'application de moxibustion au point BL67 augmentait le taux de la 17-hydro corticostéroïde et de la 17-ketostéroïde urinaire ainsi que du cortisol libre dans le plasma [31].

Cardini également, dans son étude menée en 1998 en Chine avait démontré une augmentation de cortisol, de prostaglandines et d'œstrogènes dans le plasma, ces hormones étant impliquées dans l'augmentation du tonus de base de l'utérus et l'augmentation des mouvements actifs fœtaux [23;34].

Malgré des modifications des MAF, des RCF et des sécrétions hormonales observées, il fallait garder un esprit critique sur ces études. En effet, celle-ci étaient réalisées sur de très petites populations, en simple aveugle. Même si ces résultats étaient significatifs, il faudrait réaliser une étude avec une population plus importante pour pouvoir les confirmer.

8. Problèmes et perspectives

Il paraissait difficile de pouvoir conclure sur l'efficacité de l'acupuncture moxibustion pour la version des fœtus en présentation podalique. Les études étant réalisées avec une méthodologie et des techniques très différentes. La Cochrane qui avait fait une revue de la littérature de l'étude de Cardini de 1998, de Li de 1996 et de Néri de 2004, avait reproché à ces études une faible puissance, une absence d'aveuglement du praticien ou de la patiente malgré des études randomisées et un manque d'homogénéité [33].

Il serait intéressant de mettre en place une étude randomisée en simple aveugle avec une puissance suffisante. Il faudrait prendre en compte la parité, l'âge gestationnel, la période de traitement et l'appartenance ethnique. Ineke van den Berg avait lui aussi fait une revue de la littérature sur les mêmes études et en était venu aux mêmes conclusions que Coyle [34].

Jorge Vas met en place depuis avril 2008 jusqu'à décembre 2010, une étude dans les hôpitaux publics d'Andalousie [35]. Son étude est randomisée en simple aveugle. Les femmes seront incluses entre la 33 SA et la 35 SA. L'étude devra comporter minimum 492 patientes. Trois groupes seront formés. Un groupe sans thérapeutique, les deux autres seront traités par acupuncture moxibustion. Dans ces deux groupes, l'un bénéficiera d'un traitement d'acupuncture moxibustion à un point qui s'est avéré être efficace et l'autre non. Le premier sera pratiqué à l'hôpital en présence d'un tiers qui réalisera ensuite les suivants.

Les premières critiques qui pourront ressortir sont que l'étude va être biaisée par la sélection de la population. En effet, précédemment nous avons pu remarquer que l'origine ethnique jouait un rôle dans le taux de versions spontanées. Les résultats obtenus ne seront alors pas reproductibles à tout type de population. De plus, l'étude se limitera aux hôpitaux publics andalous, les résultats seront applicables uniquement pour cette population même si la classe sociale ne semble pas influencer l'incidence de la présentation du siège.

Celle-ci ne s'effectuera pas en totalité en simple aveugle puisque le groupe qui n'aura pas de traitement aura connaissance du groupe auquel il appartiendra. La patiente en connaissant son appartenance risquerait comme dans les autres études réalisées, de l'arrêter en cours.

Le traitement sera réalisé par un tiers différent pour chaque patiente. L'apprentissage est simple. Un biais existera de nouveau puisqu'aucune garantie de l'exécution correcte de l'acupuncture moxibustion ne pourra être donnée. De même, des informations ou des effets secondaires pendant le traitement ne pourront correctement être relatés.

CONCLUSION

Nos résultats associés aux données de la littérature n'ont pas permis de conclure sur le bénéfice de l'acupuncture moxibustion sur le point BL67 pour induire la correction de la présentation du siège par rapport à l'absence de traitement. En effet, les résultats sont différents d'une étude à une autre. Cependant, ceux-ci sont influencés par des conceptions différentes des études et de qualités différentes. La mise en place d'une étude de qualité, randomisée en simple aveugle avec une puissance suffisante permettrait de pouvoir répondre de l'efficacité du traitement ou non.

L'intérêt de la mise en place de ce traitement était : son faible coût, son apprentissage simple et sa facilité de reproduction à la maison. L'acupuncture moxibustion étant plutôt réalisée autour de la 33SA-35SA, elle pourrait y être associée à une version par manœuvre externe vers la 37SA en l'absence de correction de la présentation.

L'acupuncture moxibustion n'est pas apparue, dans notre étude et dans la revue de la littérature, jouer un rôle sur le taux de césarienne.

BIBLIOGRAPHIE

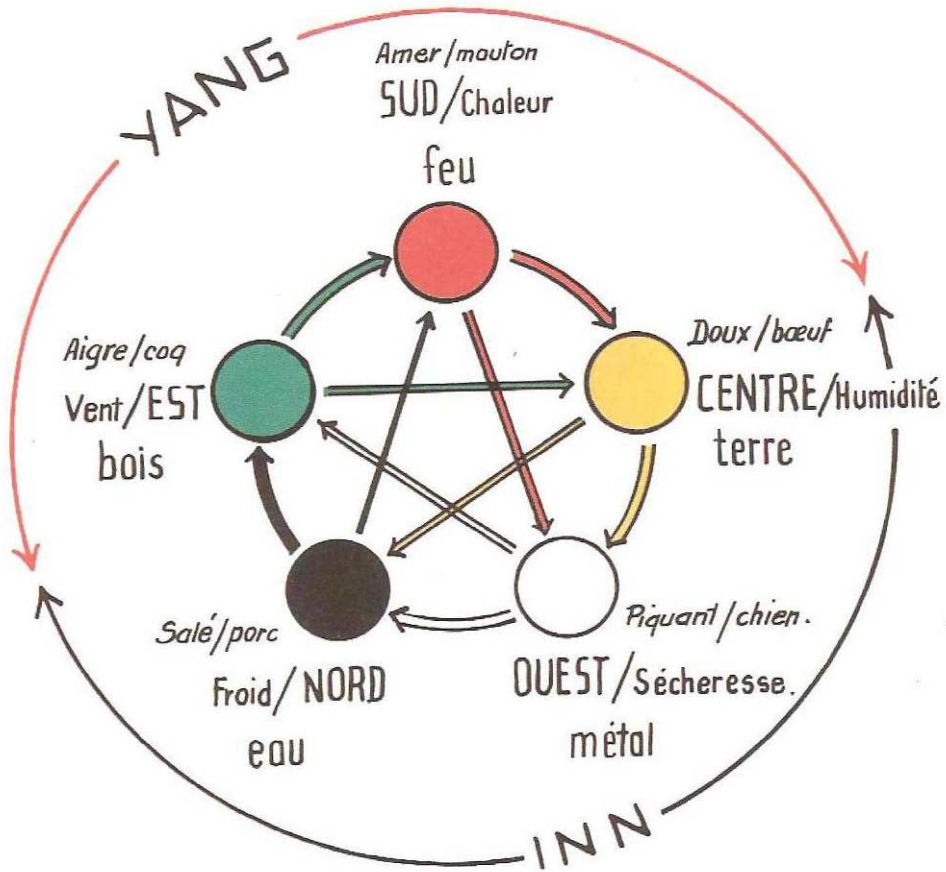
1. Ewies A, Olah K. Moxibustion in breech version: A descriptive review. *Acupunct Med* 2002;20:26-9.
2. Cruickshank DP. Breech presentation. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1986;29:255–63
3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section vs planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000;356:1375–83
4. Carayol M, Alexander S, Goffinet F, Breart G, Uzan S, Subtil D et al, Mode of delivery and term breech presentation in Premoda cohort. *J Gynecol Obstet Reprod.* 2004 ; 33 :S37-44
5. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Breart G 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* 2006 ; 194 : 1002-11
6. Boog G. Les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège : Revue de la littérature. *J Gynecolol Obstet Biol Reprod* 2004;33:94-8
7. Broche D.-E., Maillet R., Curie V., Ramanah R., Schaal J.-P., Riethmuller D. *Accouchement en présentation du siège.* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Obstétrique*, 5-049-L-40, 2008.
8. B. Carbonne, Essai de Hannah sur le mode d'accouchement en présentation du siège : pour qui sonne le glas ?, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2006 34, 677–8
9. Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, Bingham P. The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute preexisting physiological disturbances. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97 883-92.
10. Magnin G., Pierre F., Pour la version par manoeuvres externes, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2008 36, 470–1
11. Boog G. La méthode du « pont indien » : une façon simple et inoffensive de réduire la fréquence des présentations du siège à terme (lettre). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30 : 362-3.
12. Smith C, Crowther C, Wilkinson C, Pridmore B, Robinson J. Knee-chest postural management for breech at term: a randomized controlled trial. *Birth* 1999; 26 :71-5
13. Fessard G., *Histoire de l'acupuncture : Origine- Prospective- pensées chinoises.* Thèse : Med, Université d'Angers. 1980 ; 816

14. Histoire de l'acupuncture et de la MTC l'Occident - Groupe d'Etude et de Recherche en Acupuncture (consulté le 20/10/09) disponible à partir de : URL : http://www.gera.fr/modules.php?name=Downloads&d_op=viewdownload&cid=4826
15. Jean Bossy Histoire de l'acupuncture en occident : exotisme, exotérisme et opposition au rationalisme cartésien complémentarité au système médical occidental, Meridiens, 1980 ;49,50;13-54
16. André Faubert Traité didactique d'acupuncture traditionnelle troisième édition Paris : Trédaniel ; 2005
17. J-F Borsarello Acupuncture 4^{ème} édition Paris : Masson ; 1996
18. Battisti-Gascard, Version des foetus en présentation du siege par acupuncture, presentation de l'étude acuverse, Thèse Med, Université de Lille 2. 2006; 375
19. Millereau M, Versions foetale par moxibustion : résultats préliminaires, Mémoire fin d'étude DU d'écho, Université de Nantes, 2006,4
20. Caza G, Evaluation de la prévention de l'hémorragie de la délivrance par L'acupuncture, Mémoire Sage-femme, université d'Angers, 2009 : 4
21. République française, Décret n° 2008-863 du 27 août 2008 complétant le code de déontologie des sages-femmes ajoute un 14° au I de l'article R. 4127-318 du code de la santé publique. JORF n°0201 du 29 août 2008
22. Westgreen M, Edvall H, Nordstrom L, Svalenius E, Ransta J. Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester. Br J Obstet Gynaecol 1985;92:19-22.
23. Cardini F, Weixin H: Moxibustion for correction of breech presentation: a randomized controlled trial. JAMA 1998, 280:1580-4.
24. Kanakura Y, Kometani K, Nagata T, Niwa K, Kamatsuki H, Shinzato Y, Tokunaga Y: Moxibustion treatment of breech presentation. Am J Chin Med 2001, 29:37-45.
25. Neri I, Airola G, Contu G, Allais G, Facchinetti F, Benedetto C: Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. J Matern Fetal Neonatal Med 2004, 15:247-52.
26. Cardini F, Lombardo P, Regalia AL, Regaldo G, Zanini A, Negri MG, et al. A randomised controlled trial of moxibustion for breech presentation. Bjog 2005;112(6):743-7.
27. Millereau M, et al. Étude comparative de la version foetale par acupuncture (moxibustion) versus groupe témoin. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2009), doi:10.1016/j.jgyn.2009.04.013
28. Gottlicher S, Madjaric J. Die Lage der menschlichen Fruchtim Verlauf der Schwangerschaft und die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Drehung in die Kopflage bei Erst und Mehrgebarenden. Gebursth Frauenheilkd 1985;45:534-538

29. Hofmeyr GJ, Sadan O, Myer IG, Galal KC, Simko G,. External cephalic version and spontaneous version rates: ethnic and other determinants. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:13–6
30. Neri I, Fazzio M, Facchinetti F, Menghini S, Volpe A, Non stress test during acupuncture plus moxibustion on BL67 point for breech presentation. *J Soc Gynecol Investig* 2002;3:158–62
31. Gongwang L, Hyodo A, A Complement Work of Present Acupuncture and Moxibustion: Acupoints and Meridians. Beijing, China: HuaXia Publishing House, 1994
32. Moundens G., Etude bibliométrique comparative des essais contrôlés randomisés en acupuncture dans le domaine gynécologique et obstétrical, Diplôme interuniversitaire mémoire Med, université de Bordeaux II 2007
33. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005,2:CD003928
34. Ineke van den berg et al, effectiveness of acupuncture-type interventions versus expectant management to correct breech presentation: A systematic review, *Complementary Therapies in Medecine*, 2008,16, 92-100.
35. Vas J, Aranda J-M, Baron Mercedes et al, Correcting non cephalic presentation with moxibustion: study protocol for a multi-centre randomised controlled trial in general practice, *BMC complementary and alternative Medicine*, 2008, 8:22
36. Anne Manyande, Factors affecting the success of moxibustion in the management of a breech presentation as a preliminary treatment to external cephalic version, *Midwifery*, 2009 25; 774–80
37. Li X, Hu J, Wang X, Zhang H, Liu J. Moxibustion and other acupuncture point stimulation methods to treat breech presentation: a systematic review of clinical trials. *Chin Med*. 2009 27;4:4.

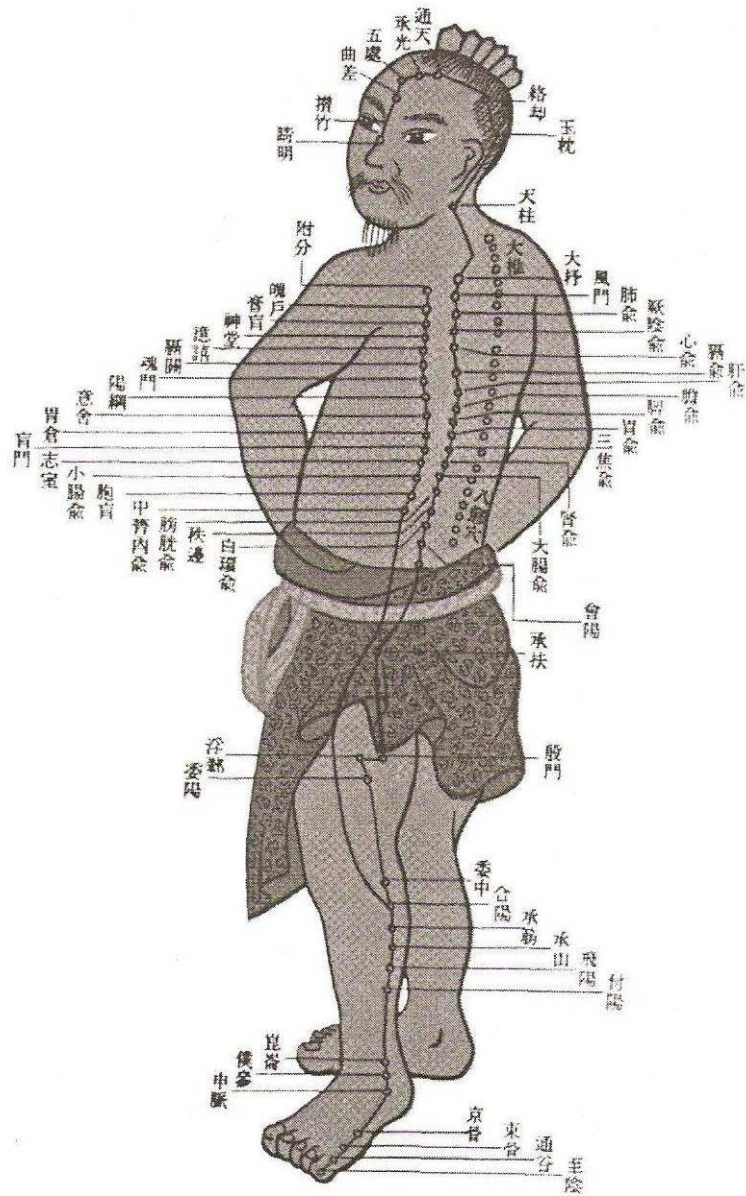
ANNEXES

Annexe n°1 : Les cinq éléments [18]



- Cœur
- Foie
- Rate
- Reins
- Poumons

Annexe n°2 : Méridien de la vessie VE [18]



(Méridien Zu Tai Yang dit de la Vessie)

ABSTRACT

Objective : To Estimate the efficiency of a treatment by acupuncture moxibustion on the versions of foetus and on the rate of caesarian.

Methods : We realized a retrospective study in Hospital of Ancenis (level maternity hospital I). This study takes into account the patients who gave birth between January 1st, 2007 and August 31st, 2009. The patients recruited for this study, had all taken benefit of at least one session of acupuncture moxibustion during their pregnancy. All the inclusive patients had to show a monofoetal pregnancy and a non-cephalic presentation with a physiological progress of the pregnancy.

The main assessment criteria was the presentation of the foetus at the time of the delivery, the evolution of the rate of breech presentation and of the caesarean section rate in Hospital of Ancenis.

Results : We recruited at the end 38 patients. The profit of the acupuncture moxibustion for the foetal version, in our study, was not put into evidence in a significant way with regard to the spontaneous versions. We found a rate of version by acupuncture moxibustion of 34.21%. (Of 17.64% for primipares and 47.62% for multipares).

We did not observe modification of the caesarean section rate and the rate of breech presentation in this Hospital of Ancenis before and after the implementation of the treatment by acupuncture moxibustion.

Conclusion : The acupuncture moxibustion such as it is practised in Ancenis did not show significant increase of the rate of foetal version nor decrease of the rate of caesarian. However, the staff of our population was restricted.

Keywords : breech presentation; foetal reverse; foetal version; acupuncture; Moxibustion

RESUME

Objectifs : Evaluer l'efficacité d'un traitement par acupuncture moxibustion sur les versions des fœtus et sur le taux de césarienne.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective au sein du CH d'Ancenis (maternité de niveau I). Cette étude prend en compte les patientes qui ont accouché entre le 1^{er} janvier 2007 et 31 août 2009. Les patientes recrutées pour cette étude, avaient toutes bénéficiées d'au moins une séance d'acupuncture moxibustion pendant leur grossesse. Toutes les patientes incluses présentaient une grossesse monofoetale, avec un déroulement physiologique et une présentation non céphalique. Les critères de jugements principaux étaient la présentation du fœtus au moment de l'accouchement, l'évolution du taux de présentation podalique et du taux de césarienne au CH d'Ancenis.

Résultats : Nous avons recruté au final 38 patientes. Le bénéfice de l'acupuncture moxibustion pour la version des fœtus, dans notre étude, n'a pas été mis en évidence de manière significative par rapport aux versions spontanées. Nous avons retrouvé un taux de version par acupuncture moxibustion de 34.21%. (De 17.64% pour les primipares et de 47.62% pour les multipares).

Nous n'avons pas observé de modification du taux de césarienne et du taux de présentation podalique au CH d'Ancenis avant et après la mise en place du traitement par acupuncture moxibustion.

Conclusion : L'acupuncture moxibustion telle qu'elle est pratiquée au CH d'Ancenis n'a pas montré d'augmentation significative du taux de version fœtale ni de diminution du taux de césarienne. L'effectif de notre population était cependant restreint.

Mots clés : Présentation par le siège ; Version fœtale ; Acupuncture ; Moxibustion