



HAL
open science

**Version des présentations du siège : efficacité de
l'acupuncture et la moxibustion : étude rétrospective de
type exposé/non-exposé à l'Hôpital Couple-Enfant de
Grenoble**

Anne-Laure Mansy

► **To cite this version:**

Anne-Laure Mansy. Version des présentations du siège : efficacité de l'acupuncture et la moxibustion : étude rétrospective de type exposé/non-exposé à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00857488

HAL Id: dumas-00857488

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00857488v1>

Submitted on 3 Sep 2013

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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**VERSION DES PRESENTATIONS DU SIEGE : EFFICACITE DE
L'ACUPUNCTURE ET LA MOXIBUSTION.**

Etude rétrospective de type exposé/non-exposé à l'Hôpital Couple-Enfant de
Grenoble.

Mémoire soutenu le
15 Mai 2013

Par MANSY Anne-Laure
Née le 31 Octobre 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Promotion 2009-2013

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

Dr Thierry MICHY, PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Dr Clémentine VIDAL, Assistante chef de clinique au CHU de Grenoble ;

Mme Christelle CHAVATTE, Sage-femme enseignante - Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, et guidant de ce mémoire ;

Mme Nadine VASSORT, Sage-femme enseignante cadre supérieure - Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

Mme Mélanie HEINEN, Sage-femme au CHU de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement,

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sage-femmes de Grenoble ;

Mme Valérie SAVOJI, Directrice de ce mémoire et Sage-femme Acupuntrice à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble, pour sa disponibilité, ainsi que pour m'avoir donné l'envie d'approfondir mes connaissances en matière de Médecine Traditionnelle Chinoise ;

M. Rémi BERANGER, Sage-femme et doctorant en épidémiologie, pour ses conseils avisés ;

A mes parents, pour leur amour et leur soutien depuis toujours ;

A mon frère Thomas, pour les rires et la complicité que nous partageons ;

A mes amis, pour tous ces moments si plaisants passés en votre compagnie.

"Afin de percevoir l'infinie valeur de toutes choses, nous devons accorder à la vie une attention pleine et entière."

Jack Kornfield

Table des matières

Abréviations	5
I) Introduction.....	6
I) 1) Présentation du siège et pratiques actuelles	6
I) 2) Analyse de la littérature.....	8
I) 3) But de l'étude envisagée	10
I) 3) a) Hypothèses	11
I) 3) b) Objectifs	11
II) Matériel et méthode	12
II) 1) Type d'étude	12
II) 2) Population	12
II) 2) a) Modalité de recrutement	13
II) 2) b) Critères d'inclusion.....	13
II) 2) c) Critères d'exclusion	14
II) 3) Constitution des groupes.....	14
II) 4) Description des interventions menées.....	15
II) 4) a) Groupe « acupuncture/moxibustion ».....	15
II) 4) b) Groupe « témoin »	17
II) 5) Recueil de données	17
II) 6) Variables utilisées	18
II) 7) Critères de jugement	19
II) 8) Analyse statistique	19
III) Résultats.....	20
III) 1) Caractéristiques de l'échantillon à l'inclusion.....	22
III) 1) a) Caractéristiques maternelles	22
III) 1) b) Caractéristiques fœtales.....	22
III) 2) Type de présentation fœtale entre 36 et 37 SA, avant VPME.....	23
III) 3) Type de présentation fœtale à 37 SA	25
IV) Discussion	26
IV) 1) Les limites de l'étude.....	26
IV) 2) Confrontation aux données de la littérature	29
IV) 3) Finalité de notre travail.....	32
V) Conclusion	33
Références bibliographiques	35

Abréviations

ARCF : Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal.

BIP : diamètre BIPariétal.

CI : Contre-Indication.

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France.

CU : Contraction Utérine.

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal.

HCE : Hôpital Couple-Enfant.

HRP : Hématome Rétro-Placentaire.

LF : Longueur Fémorale.

PA : Périmètre Abdominal.

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin.

RPM : Rupture Prématuration des Membranes.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

VPME : Version par Manœuvre Externe.

I) Introduction

I) 1) Présentation du siège et pratiques actuelles

Selon plusieurs études, telle que celle conduite par Coltart & al, le taux de fœtus en présentation du siège serait d'environ 14% entre 29 et 32SA [1]. A terme, entre 3 à 4% des fœtus sont en présentation podalique, du fait des versions spontanées [2].

L'accouchement du siège par voie basse peut s'avérer être potentiellement dystocique (risque accru de procidence du cordon, relèvement de bras, rétention tête dernière,...). Ainsi, Cheng dans son étude ([3 ; 4]), a montré que la morbidité et la mortalité périnatales étaient jusqu'à 4 fois plus élevées que celles de la population générale. Ces résultats ont été contestés par d'autres travaux. J. Delotte et son équipe [5] n'ont observé aucune différence concernant le pronostic néonatal des fœtus en siège nés par voie basse par rapport à ceux nés par césarienne programmée, supposant que les accouchements par le siège à terme pouvaient être poursuivis, selon un protocole strict.

Tout comme les résultats des différentes études menées précédemment, les pratiques divergent d'un pays à l'autre, voire dans un même pays. En France, le taux de césarienne pour présentation du siège varie de 50 à 100% selon les CHU [6]. En moyenne, on estime que les présentations du siège représentent environ 40% des césariennes programmées [7].

Actuellement, en France, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) recommande, en l'absence de contre-indication, la pratique d'une Version par Manœuvre Externe (VPME) pour les patientes présentant un fœtus en siège à partir de 36 semaines d'aménorrhée (SA) [8] et estime le taux de succès des VPME entre 50 et 60 %. Cependant d'autres études montrent une efficacité plus relative, 37,6 % de succès seulement selon G. Faron et A. Vokaer [9]. De plus, plusieurs complications liées à cette manœuvre ont été décrites (Contractions Utérines (CU), Rupture Prématuroe des Membranes (RPM), métrorragies, Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF), Hématome Rétro-Placentaire (HRP), ...).

Plusieurs travaux visant à évaluer les autres techniques existantes pour verser les fœtus en présentation podalique ont été entrepris. Nombreuses sont les études s'intéressant à la médecine chinoise, plus particulièrement à l'acupuncture et la moxibustion.

L'acupuncture est une branche de la médecine traditionnelle chinoise qui consiste à implanter et manipuler de fines aiguilles en divers points du corps (points situés précisément sur des lignes immatérielles, nommées « méridiens », dans lesquels circulent le « Qi », c'est-à-dire l'Énergie) à des fins thérapeutiques.

La moxibustion, quant à elle, a pour principe la stimulation d'un point d'acupuncture cette fois-ci sans aiguille mais grâce la chaleur dégagée par la combustion d'un bâton d'armoise (moxa).

Dans le cas des versions des présentations du siège, deux points se trouvant sur le méridien de la Vessie sont principalement utilisés. Il s'agit du point V60 et V67 (Figure 1).

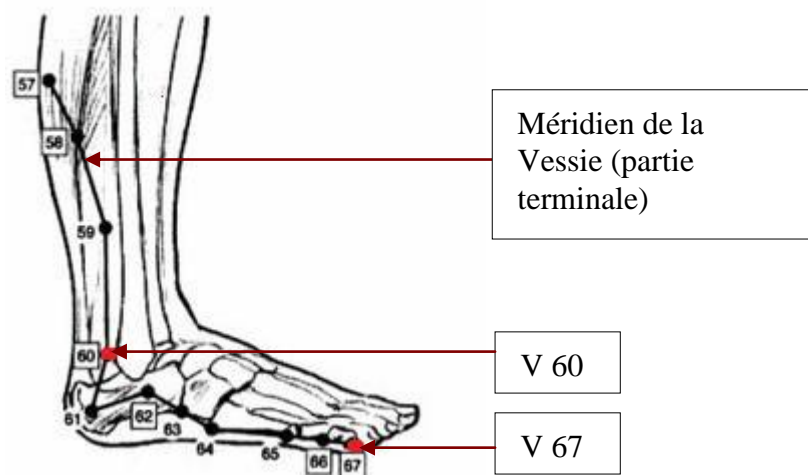


Figure 1 : Méridien de la Vessie dans sa partie terminale ; V 60 ; V 67.

Le point V67 est décrit comme augmentant le nombre de mouvements actifs fœtaux. Lorsqu'il est stimulé grâce au moxa, il a pour fonction d'attirer le pôle yang du fœtus (sa tête) vers le bas et donc de favoriser la version du fœtus se présentant en siège [10]. Le point V60 a pour fonction, entre autre, de nourrir l'utérus en énergie et de ce fait de le tonifier. En cela il potentialiserait les effets de la stimulation du point V67 et favoriserait l'accouchement [10;11].

1) 2) Analyse de la littérature

En 1984, une équipe chinoise [12], dans un essai non-randomisé incluant 2041 patientes dont le fœtus se présentait en siège, a étudié l'efficacité de la moxibustion sur le

point V67. V67. Ce point a été stimulé pendant une semaine entre 28 et 36 SA. Le taux de version a été de 90,2%.

En 1998, Cardini et Weixin [13] dans leur essai clinique ouvert, contrôlé, randomisé, conduit en République Populaire de Chine, ont inclus des patientes primigestes dans la 33^{ème} semaine de grossesse, avec une grossesse d'évolution normale et un fœtus en présentation du siège. Deux groupes ont été constitués, le premier était composé de femmes dont le point V67 a été stimulé par moxibustion pendant 7 jours (traitement reconduit la semaine suivante si le fœtus persistait en présentation podalique); le second groupe était le groupe contrôle (n'ayant reçu aucune intervention en vue de corriger la présentation fœtale.). Cette étude a montré que lorsque la moxibustion appliquée pendant 1 à 2 semaines au cours de la 33^{ème} semaine de grossesse, accroissait les mouvements fœtaux pendant la période de traitement ($p < 0,001$) ainsi que le taux de présentations fœtales céphaliques au moment de l'accouchement ($p = 0,02$).

Habek en 2003 a réalisé un essai contrôlé [14] en Croatie sur 67 patientes à 34SA, randomisées en deux groupes : un groupe contrôle (n=33) sans traitement, et un groupe acupuncture manuelle (n=34) chez qui 2 séances de 30 mn par semaine sont pratiquées jusqu'à la 38^{ème} SA avec puncture du point V67 bilatéral. La version est obtenue de manière statistiquement significative ($p < 0,001$) dans 76,4% dans le groupe acupuncture par rapport au groupe contrôle (45,4%)

Une équipe italienne en 2004 [15] a randomisé 226 patientes qui présentaient un fœtus en siège et dont l'âge gestationnel était compris entre 33 et 35 SA. Ils ont constitué un groupe observation ainsi qu'un groupe acupuncture/moxibustion (stimulation bilatérale par acupuncture et moxibustion du point V 67). Le taux de succès de version est plus faible dans le groupe observation (36.7%) que dans le groupe acupuncture/moxibustion (53.6 %) ($p = 0.01$).

La revue littéraire réalisée par l'équipe française de N. Sananès en 2010 [16], a permis d'étudier les effets de l'acupuncture, par la stimulation du point V67, concernant la version

des présentations podaliques. Ce procédé semblerait augmenter les mouvements actifs fœtaux et donc la probabilité de version du fœtus. Cinq études randomisées évaluant l'efficacité de l'acupuncture en cas de présentation du siège indique que cette méthode tend à être efficace. Cependant, aucune étude placebo de contrôle n'a été effectuée.

En 2012, une équipe espagnole [17] a mené une étude multicentrique randomisée incluant 406 patientes à bas risque, présentant un fœtus en siège, avec un âge gestationnel compris entre 33 et 35 SA. Les patientes ont été réparties en 3 groupes :

- _ (1) moxibustion sur le point V67;
- _ (2) moxibustion sur un point d'acupuncture non spécifique («placebo»);
- _ (3) groupe contrôle (sans intervention spécifique).

On observe qu'à terme, 58.1% des fœtus étaient en présentation céphalique dans le groupe (1) contre 43.4% dans le groupe (2) (RR 1.34 ; IC [1.05-1.70]) et 44.8% dans le groupe (3) (RR 1.29 ; IC [1.02-1.64]). L'équipe a conclu que la moxibustion au point d'acupuncture V67 constituait un moyen efficace et sûr pour verser les fœtus en siège en 33 et 35 semaines de grossesse.

1) 3) But de l'étude envisagée

Bien que plusieurs études semblent prouver une certaine efficacité de la Médecine Traditionnelle Chinoise pour résoudre les présentations du siège, peu d'études s'intéressent à l'utilisation conjointe de l'acupuncture et de la moxibustion.

De plus, les études citées précédemment n'évoquent pas l'effet de la stimulation simultanée des points V60 et V67.

La question de l'existence d'un effet bénéfique de l'acupuncture/moxibustion comme mesure préalable avant tentative de version par manœuvre externe n'a pas été abordée.

I) 3) a) Hypothèses

Notre hypothèse principale est la suivante: l'acupuncture couplée à la moxibustion est une technique efficace pour verser les fœtus en présentations du siège entre 32 et 37 SA.

L'hypothèse secondaire est: l'acupuncture/moxibustion constitue un traitement qui, pratiqué en première intention, augmente le taux de succès de la VPME.

I) 3) b) Objectifs

L'objectif principal de l'étude que nous allons mener est d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture et de la moxibustion dans les versions des présentations podaliques entre 32 et 37 SA.

L'objectif secondaire est de déterminer si l'acupuncture et la moxibustion, pratiquées en première intention, augmentent les chances de succès de la VPME.

II) Matériel et méthode

II) 1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective de type exposé/non-exposé, l'exposition correspondant à l'acupuncture et la moxibustion, menée à l'Hôpital Couple-Enfant (HCE) de Grenoble sur la période du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2011.

II) 2) Population

La population cible de cette étude est constituée des patientes suivies à l'Hôpital Couple-Enfant (HCE) de Grenoble, et dont l'échographie de 32 SA a fait le diagnostic de présentation du siège.

II) 2) a) Modalité de recrutement

La population a été recrutée par l'intermédiaire de la base de données informatisée du CHU de Grenoble. Ainsi nous avons eu accès à une liste de numéros IPP (assurant l'anonymat des patientes) correspondant aux numéros des dossiers des patientes présentant un fœtus en siège à l'échographie de 32 SA sur la période du 1er janvier 2010 au 31 Décembre 2011. Cette liste n'était triée ni par ordre alphabétique, ni chronologique.

Les patientes ayant pu bénéficier de l'acupuncture/moxibustion à l'HCE étant, en proportion, beaucoup moins nombreuses que celles n'ayant pas eu recours à cette technique, nous avons recherché dans les archives de la sage-femme acupunctrice de l'HCE, les dossiers des patientes ayant consulté pour une tentative de version de fœtus en présentation podalique par acupuncture/moxibustion sur la période de l'étude.

II) 2) b) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont:

- Terme défini précisément à l'échographie du premier trimestre.
- AG>32 SA.
- Fœtus en présentation podalique d'après l'échographie du troisième trimestre.

II) 2) c) Critères d'exclusion

Ont été exclues les patientes présentant au moins un des critères suivant:

- Contre-indication (CI) à l'accouchement par voie basse.
- Grossesse multiple.
- Malformation fœtale.
- Macrosomie, RCIU.
- Anomalie de la quantité de liquide amniotique.
- Malformation utérine, présence de fibrome(s) utérin(s).
- Placenta praevia.

II) 3) Constitution des groupes

Afin de répondre au mieux à nos objectifs, nous avons décidé de constituer deux groupes :

- Un groupe "acupuncture/moxibustion" composé de patientes de l'HCE dont le fœtus se présentait en siège à 32SA, à qui on propose plusieurs rendez-vous avec la sage-femme acupunctrice de l'hôpital jusqu'au terme limite de 37SA, pour pouvoir envisager une éventuelle VPME si l'acupuncture/moxibustion s'avère être une technique peu probante. Les séances sont répétées une fois par semaine (parfois, les patientes pourront avoir recours à deux séances d'acupuncture/moxibustion par semaine si le terme auquel sont débutées les séances est supérieur à 35SA).

- Un groupe "témoin" composé de patientes de l'HCE dont le fœtus se présentait en siège à 32SA, qui ne bénéficient d'aucune thérapeutique dans le but de verser le fœtus jusqu'au terme où l'on peut envisager une éventuelle VPME, c'est-à-dire entre 36 et 37 SA. Ce groupe n'a pas eu recours à l'acupuncture/moxibustion soit du fait du refus des patientes, soit du fait de l'impossibilité de planifier un rendez-vous avec la sage-femme acupunctrice de l'hôpital.

II) 4) Description des interventions menées

II) 4) a) Groupe « acupuncture/moxibustion »

La séance d'acupuncture/moxibustion se déroule ainsi :

- La patiente est adressée à la sage-femme acupunctrice de l'HCE ;
- La sage-femme s'assure que le fœtus soit toujours en présentation du siège (vérification par l'examen clinique +/- contrôle échographique).
- La patiente est installée en position semi-assise ;
- Le point V60, qui est situé en arrière de la malléole externe, est poncturé sur chaque pied de la patiente avec une aiguille d'acupuncture à usage unique.

Les aiguilles utilisées (Figure 2) sont des aiguilles HAO de la marque Jia Chen. Elles sont fabriquées en Chine dans la Province de Jiangsu à 80 km de Shanghai. Le manche de l'aiguille est en cuivre, le corps est en acier inoxydable avec un diamètre de 0,26 mm. La

longueur est de 13 ou 30mm. Elles sont stériles, à usage unique, dans un emballage individuel sans guide.

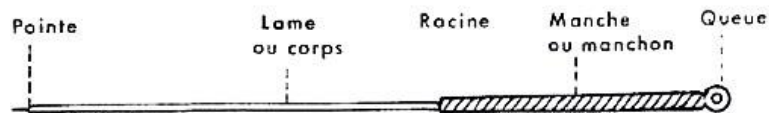


Figure 2 : Aiguille HAO

- Les aiguilles resteront en place 20min avant d'être retirées ;
- Dans le même temps, le point V67, qui est situé proche de la base de l'ongle sur la face externe du 5^{ème} orteil, est, quant à lui, stimulé à plusieurs reprises pendant une dizaine de minutes par moxibustion. Un bâton de moxa (*Artémia Vulgaris*, armoise) est brûlé et approché entre 1 à 2cm du point V67. La chaleur dégagée par la combustion du moxa stimule le point donné. La stimulation est considérée comme optimale lors que l'orteil devient rouge et pulsatile. La moxibustion est appliquée sur le membre inférieur droit ainsi que le membre inférieur gauche.
- Le retour à domicile se fait une fois la consultation terminée.
- Une nouvelle séance d'acupuncture/moxibustion est alors programmée la semaine qui suit avec l'accord de la patiente, et ce jusqu'à 37SA, pour pouvoir envisager une VPME en cas d'échec de version par cette technique de médecine traditionnelle chinoise.

II) 4) b) Groupe « témoin »

Les patientes du groupe « témoin » n'auront recours à aucun traitement dans le but de verser le fœtus jusqu'à 36 SA, terme auquel une VPME est envisageable si le fœtus se trouve toujours en présentation du siège et en l'absence de contre-indication à la réalisation de ce geste.

NB : Dans chacun des groupes, si une VPME s'avère nécessaire, celle-ci sera réalisée dans le respect du protocole rédigé par le CNGOF (Annexe 1).

II) 5) Recueil de données

Les données ont été recueillies dans les dossiers médicaux obstétricaux informatisés de l'HCE.

II) 6) Variables utilisées

Les caractéristiques maternelles recueillies sont :

- L'âge en années.
- La taille en cm.
- La parité.
- Le recours ou non à l'acupuncture/moxibustion et nombre de séances pratiquées.
- Le recours ou non à une VPME.

Les données relatives au fœtus retenues sont :

- La présence ou non d'une grossesse multiple.
- La présence ou non d'une malformation fœtale.
- La présence ou non d'une macrosomie ou RCIU.
- La biométrie fœtale :
 1. Le diamètre bipariétal (BIP) en mm.
 2. Le périmètre abdominal (PA) en mm.
 3. La longueur fémorale (LF) en mm.
- Le type de siège (complet, décomplété).
- Le type de présentation fœtale entre 36 et 37 SA, avant toute tentative de VPME.
- Le type de présentation fœtale à 37 SA, après une éventuelle tentative de VPME.

Les caractéristiques ovulaires recueillies sont :

- Les anomalies de la quantité de liquide amniotique.
- L'existence d'un placenta praevia.

II) 7) Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le type de présentation fœtale entre la 36^{ème} et la 37^{ème} SA dans les deux groupes avant toute tentative de VPME.

Le critère de jugement secondaire est le type de présentation fœtale à 37 SA, après l'éventuelle tentative de VPME, dans les deux groupes.

II) 8) Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages, et les variables quantitatives continues par la moyenne et l'écart type, ou la médiane et le 25^{ème} et le 75^{ème} percentile en cas d'écart à la normalité.

En analyse univariée, nous avons utilisé le test du Chi2 pour la comparaison de pourcentages, remplacé par la probabilité exacte de Fischer en cas d'effectif attendu inférieur à 5, et le test paramétrique de Student pour comparer les variables quantitatives continues entre les deux groupes.

Le seuil de signification statistique retenu était de 0,05. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

III) Résultats

Des 112 patientes, 80 étaient éligibles. L'échantillon d'analyse était constitué de 80 dont 39 patientes ont eu recours au traitement « acupuncture/moxibustion », et 41 patientes composaient le groupe « témoin » (Figure 3).

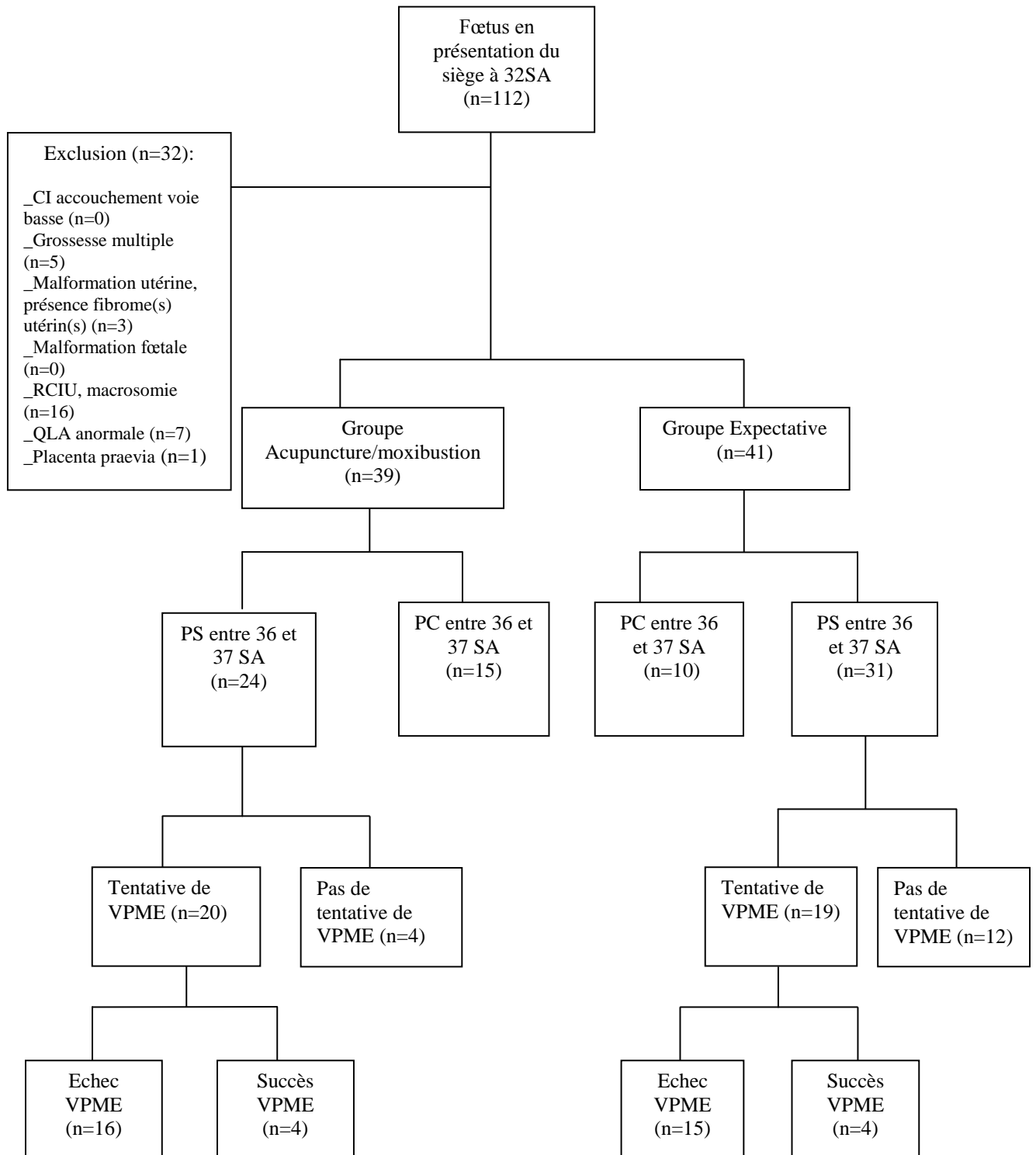


Figure 3 : Chart Flow

III) 1) Caractéristiques de l'échantillon à l'inclusion

III) 1) a) Caractéristiques maternelles

Les patientes composant les deux groupes étaient comparables sur les variables que sont l'âge, la taille et la parité. En effet les différences observées entre les deux groupes n'étaient pas statistiquement significatives ($p>0,05$) (Tableau 1).

Tableau 1 : Les caractéristiques maternelles.

	Acu/moxa (n=39)	Témoin (n=41)	p
Age moyen en années (écart type)	31 ([21-41])	29 ([19-39])	0.13
Taille moyenne en cm (écart type)	165.5 ([151.5-179.5])	165,3 ([154.3-176.3])	0.84
Parité (moyenne)	1	1	0.70

III) 1) b) Caractéristiques fœtales

Concernant la biométrie fœtale, le calcul du BIP, du PA ainsi que de la LF montraient que les fœtus étaient comparables dans les deux groupes. Les différences observées entre des deux groupes n'étaient pas statistiquement significatives ($p>0,05$) (Tableau 2).

Tableau 2 : la biométrie fœtale.

	Acu/moxa (n=39)	Témoin (n=41)	p
BIP (moyenne)	56.1 ^{ème} percentile	55.8 ^{ème} percentile	0.94
PA (moyenne)	64.4 ^{ème} percentile	60.7 ^{ème} percentile	0.44
LF (moyenne)	52.1 ^{ème} percentile	54.9 ^{ème} percentile	0.49

Les deux groupes étaient également comparables sur la variable que représente le type de présentation podalique. Les différences observées entre des deux groupes n'étaient pas statistiquement significatives ($p=0,22$) (Tableau 3). Sur les 80 patientes incluses dans l'étude, le type de siège fut une donnée manquante pour 33 d'entre-elles.

Tableau 3 : le type de siège.

	Acu/moxa (n=39)	Témoin (n=41)	p
Complets (%)	6 (15.4%)	2 (4.9%)	0,22
Décomplétés (%)	20 (51.3%)	19 (46.3%)	
Non renseigné (%)	13 (33,3%)	20 (48,8%)	

III) 2) Type de présentation fœtale entre 36 et 37 SA, avant VPME

A ce stade, on observe 15 cas de présentations céphaliques dans le groupe « acupuncture/moxibustion », contre 10 dans le groupe témoin. Le taux de présentation

céphalique dans le groupe « acupuncture/moxibustion » est de 38,5% entre 36 et 37 SA avant tentative de VPME, contre 24,4% dans le groupe « témoin ». Nous observons une tendance statistiquement non significative ($p=0,17$) (Tableau 4).

Tableau 4 : Type de présentation fœtale entre 36 et 37 SA.

	Acu/moxa (n=39)	Témoin (n=41)	p
Présentation céphalique (%)	15 (38.5%)	10 (24.4%)	0,17
Présentation du siège (%)	24 (61.5%)	31 (75.6%)	

Dans le groupe « acupuncture/moxibustion», les patientes pour qui cette technique a été un succès, le fœtus s'est versé en présentation céphalique en moyenne après 1.60 séances d'acupuncture/moxibustion. Celles chez qui le fœtus est resté en présentation du siège en ont eu en moyenne 2.25. Cette différence est statistiquement significative (Tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de séances d'acupuncture/moxa pratiquées dans le groupe « acupuncture/moxibustion » jusqu'au terme de 36 à 37SA.

	Présentation céphalique entre 36 et 37SA (n=15)	Présentation podalique entre 36 et 37SA (n=24)	p
Nombre de séances d'acupuncture/moxibustion (moyenne)	1.60	2.25	0.01

III) 3) Type de présentation foetale à 37 SA

Parmi les 39 patientes composant le groupe « acupuncture/moxibustion », 20 ont eu recours à une VPME. Concernant le groupe « témoin » composé de 41 patientes, 19 d'entre-elles ont eu recours à une VPME.

Dans le groupe « acupuncture/moxibustion », le taux de succès de la VPME est de 20%. Ce taux est de 21,1% dans le groupe témoin. Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,94$) (Tableau 6).

Tableau 6 : Influence de l'acupuncture/moxibustion dans le succès de la VPME réalisée entre 36 et 37 SA.

	Acu/moxa (n=20)	Témoin (n=19)	p
Succès VPME (%)	4 (20%)	4 (21.1%)	0,94
Echec VPME (%)	16 (80%)	15 (78.9%)	

IV) Discussion

IV) 1) Les limites de l'étude

Nous avons dans cette étude évalué l'efficacité de l'acupuncture et de la moxibustion dans deux groupes qui, au moment de l'inclusion, étaient comparables tant sur le plan maternel que fœtal. Méthodologiquement, nous avons choisi d'observer le type de présentation fœtale à deux moments distincts afin de simplifier l'analyse de nos observations, comparant dans un 1^{er} temps, les effets directs de l'acupuncture/moxibustion sur les versions du siège par rapport à l'attitude d'expectative; puis en observant les éventuels effets indirects de l'acupuncture-moxibustion sur les tentatives de VPME dans un second temps.

Le nombre des patientes retenues dans notre étude est de 80. Sur la période du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2011, seules 39 patientes ont eu recours à des consultations de Médecine Traditionnelle Chinoise dans le but de verser le fœtus en présentation podalique. Cet effectif est très inférieur au nombre de patientes qui présentaient un fœtus en siège sur cette même période. L'HCE comptant environ 3000 accouchements par an, et le taux de présentations podaliques à 32 SA étant proche de 14%, on peut donc estimer à environ 840 le nombre de patientes potentiellement éligibles dans notre étude sur la période donnée. La part de patientes qui ont consulté la sage-femme acupunctrice de l'HCE dans le but de verser le

fœtus n'est alors que de 4,6%. Ce faible effectif peut s'expliquer de différentes manières: la sage-femme acupunctrice ne peut consulter qu'une seule journée par semaine, ce qui réduit d'emblée les possibilités de consultations d'acupuncture/moxibustion. De plus, ce type de consultations n'est pas proposé systématiquement par les médecins gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, soit par oubli, soit par choix. Ajoutons qu'à l'Hôpital Couple-Enfant, il existe un changement de médecins tous les deux ans. Il existe une certaine méconnaissance voire une ignorance concernant cette méthode. L'avis des patientes vis-à-vis de cette pratique est évidemment un facteur prédominant concernant le nombre de candidates à l'acupuncture/moxibustion. En effet, la Médecine Traditionnelle Chinoise étant peu pratiquée dans notre société occidentale, elle peut faire l'objet de quelques réserves, expliquant probablement ce faible effectif.

Concernant nos résultats, hormis la différence observée à propos du nombre de séances pratiquées dans le groupe « acupuncture/moxibustion », aucun autre de nos résultats ne s'est montré significatif sur le plan statistique.

En ce qui concerne notre hypothèse principale, compte tenu du faible effectif, il est probable que notre étude manque de puissance pour mettre en évidence une différence significative. L'hypothèse formulée relative à l'efficacité de l'acupuncture et de la moxibustion dans la version des présentations podaliques entre 32 et 37 SA, reste donc admise.

Il est connu que le taux de version spontanée entre 32 SA et 37 SA est d'environ 10% [1; 2]. Le faible effectif de patientes incluses dans l'étude est, là aussi à prendre en compte. Il est possible qu'il y ait eu plus de versions spontanées dans le groupe « acupuncture/moxibustion » que dans le groupe « témoin ». Les versions spontanées peuvent alors constituer un facteur de confusion et majorer l'efficacité de la Médecine Traditionnelle Chinoise dans les versions du siège à partir de 32 SA. A l'inverse, un taux de versions spontanées élevé dans le groupe « témoin » sous-estimerait l'efficacité de l'acupuncture et de la moxibustion. Dans notre étude, nous avons estimé que le taux de version spontanée entre 32 et 37 SA dans le groupe « témoin », était de 24,4% ($p=0,17$), soit un taux 2,5 fois plus élevé que celui reconnu dans la littérature [1; 2]. Nous pouvons donc penser que l'efficacité de

l'acupuncture/moxibustion a été sous-estimée du fait du manque de puissance lié au faible effectif de notre étude.

Ceci s'applique également au résultat se rapportant à notre hypothèse secondaire. Les patientes ayant eu recours à une VPME sont peu nombreuses. En effet, seulement 39 VPME ont été tentées (20 patientes dans le groupe « acupuncture/moxibustion », 19 patientes dans le groupe « témoin »). Le manque de puissance, lié au faible effectif, ne nous permet pas de mettre en évidence une différence statistiquement significative. L'hypothèse d'une augmentation du taux de succès de la VPME par un recours antérieur à l'acupuncture/moxibustion ne peut donc être infirmée de manière formelle.

Nous pouvons supposer qu'il existe un biais de recrutement. En effet, les patientes composant le groupe « acupuncture/moxibustion » ont certainement d'autres caractéristiques que celles appartenant au groupe « témoin ». Nous avons choisi d'exclure de l'étude les patientes qui faisaient l'objet des principales contre-indications (CI) à la VPME, afin que le groupe « acupuncture/moxibustion » ne soit pas uniquement composé de ces patientes, et évitant ainsi un biais de sélection. Cependant, nous n'avons pas pris en compte le cas des utérus cicatriciels. Les exclure aurait réduit d'avantage nos effectifs de patientes à l'inclusion. L'utérus cicatriciel constitue une CI à la VPME [8], cependant il s'agit plutôt d'une CI relative. En pratique, on observe que des VPME sont pratiquées sur ce type d'utérus. Ainsi, des cas d'utérus cicatriciel sont retrouvés dans les deux groupes, mais la question des effets éventuels d'une cicatrice utérine sur les chances de succès de version n'a pas été étudiée ici. Par conséquent, nous pouvons nous interroger sur le fait que les utérus cicatriciels constituent un éventuel facteur de confusion, constituant potentiellement un facteur péjorant dans les versions des présentations podaliques.

Enfin, le protocole mis en place concernant le groupe « acupuncture/moxibustion » fait l'objet de variations dans sa réalisation suivant les patientes. En effet, en fonction de leur ressenti après une 1^{ère} séance, de leur implication ainsi que leur motivation, la patiente peut décider de continuer ou non les consultations avec la sage-femme acupunctrice. De plus, il existe également des contraintes d'ordre organisationnel. La sage-femme acupunctrice ne peut consulter qu'une seule journée par semaine à l'HCE et le délai pour obtenir un rendez-vous

pouvant être d'une à deux semaines, cela diminue l'offre et donc les possibilités de recours à l'acupuncture/moxibustion pour les patientes. Il peut alors être difficile d'obtenir deux rendez-vous rapprochés quand ils ne sont pas programmés à l'avance par les soignants. Il existe alors des facteurs logistiques, inter-individuels et subjectifs qui sont susceptibles d'influencer les résultats que nous pouvons observer.

IV) 2) Confrontation aux données de la littérature

Globalement, si l'on compare nos résultats avec ceux des études menées auparavant, la tendance est en accord avec des données de la littérature : l'acupuncture et la moxibustion semblent constituer une technique efficace pour verser les fœtus en siège. Cependant, le résultat observé dans notre étude n'est pas statistiquement significative ($p=0,17$). On note également que le taux de succès de version par acupuncture-moxibustion obtenu ici est moindre par rapport à ceux retrouvés dans l'ensemble des publications. En effet, tous les travaux étudiés mentionnent des taux de succès de version par médecine traditionnelle chinoise supérieur à 50%, alors que nous concernant, ce taux n'est que de 38,5%. Pour exemple, les taux de succès de version liés à la stimulation du point V67 par moxibustion est de 70 à 80% d'après l'Atlas d'Acupuncture [10]. Cardini et Weixin [13] montrent un succès de version par moxibustion à 75,4% dans leur étude. L'équipe chinoise en 1984 [12] estime à 90,2% le taux de réussite de version par moxibustion, et ce taux a même été observé à 92,5% par une équipe japonaise [18] en 2001.

Ces écarts importants observés par rapport à nos résultats peuvent s'expliquer par les différences d'effectifs à l'inclusion ; nous avons seulement 80 patientes éligibles dans notre étude. A titre de comparaison, l'étude menée dans la province du Jangxi en 1984 [12] avait

inclus 2041 patientes. Il existe également des différences concernant le type d'action mise en place et les protocoles appliqués, qui peuvent expliquer des variations de résultats. En effet, dans certaines études [12, 18], les séances de Médecine Traditionnelle Chinoise sont débutées précocement, dès 28 SA et à une plus grande fréquence, parfois tous les jours (dans notre étude, le nombre de séances ne dépassait pas le chiffre de 3). Nous pouvons considérer que les versions spontanées, plus fréquentes à ces termes précoces, s'ajoutent alors au taux de succès de version par Médecine Traditionnelle Chinoise.

De plus, la plupart du temps, le critère de jugement principal est le type de présentation fœtale au moment de l'accouchement, alors que nous avons choisi d'observer ce critère entre 36 et 37 SA, afin de pouvoir proposer une VPME aux patientes du groupe « acupuncture/moxibustion », en respectant les recommandations du CNGOF et en évitant ainsi toute perte de chance de version fœtale. D'un point de vue éthique, il aurait été dommageable de ne pas proposer cette manœuvre recommandée par le CNGOF, pour un groupe donné qui présente l'indication à la pratique de la VPME. Une observation du type de présentation fœtale au moment de l'accouchement aurait donc été biaisée du fait des tentatives de VPME effectuées dans le groupe « acupuncture/moxibustion » ; c'est pourquoi nous avons choisi d'observer dans un 1er temps le type de présentation foetale entre 36 et 37 SA. Or, il existe des versions qui se produisent spontanément après 37 SA [1; 2]. Le résultat plus modeste de notre étude peut alors en partie s'expliquer du fait de ces versions spontanées "tardives" qui ne sont pas comptabilisées dans nos résultats.

Méthodologiquement, le point d'acupuncture le mieux étudié dans la littérature, est le point 67 du méridien de la Vessie (V67) [12, 13, 16, 17]. Peu de publications s'intéressent au point 60 du méridien de la Vessie (V60) dans les cas de version des présentations podaliques, bien que ce point ait été également décrit comme favorisant l'accouchement [10]. Nous pouvons ajouter que le but de la stimulation du point V60 n'est pas de verser le fœtus mais de nourrir l'utérus en Energie pour le tonifier et le rendre plus efficace dans la version fœtale. Notre étude n'a pas montré que la stimulation de ce point augmente le taux de version fœtale, même stimulé de manière concomitante avec le point V67. En l'absence de publication à propos de la stimulation du point V60 dans le but de verser les fœtus en présentation du siège, et n'observant ici aucun effet en faveur de son utilisation, nous pouvons alors contester

l'intérêt de ce point V60 dans le contexte de tentative de version de présentation du siège à partir de 32 SA.

D'un point technique, il a été choisi dans notre étude que la stimulation du point V67 soit faite par moxibustion et non par acupuncture. Il en est de même dans un certain nombre de protocoles d'étude. Il semble que la moxibustion soit la méthode la plus appropriée pour la stimulation de ce point en particulier [10]. Si l'on compare les résultats obtenus entre les études qui ont étudié l'efficacité de la moxibustion sur le point V67 dans les versions du siège [12; 13; 17; 18], à ceux des équipes ayant préféré la stimulation de ce point par acupuncture [14; 15], on observe que le taux de versions fœtales est en moyenne de 80 % lorsque la stimulation du point V67 a été faite par moxibustion; ce taux est de 75% environ lorsque ce point a été poncturé. Une équipe chinoise a, en 2009, créé une revue à propos d'essais cliniques réalisés concernant les différentes méthodes de stimulation des points d'acupuncture pour verser les présentations du siège [19]. Cette équipe a conclu que la moxibustion, l'acupuncture ou la stimulation laser au point d'acupuncture V67 montrent un effet bénéfique dans la correction de la présentation du siège. Cette conclusion fut partagée par d'autres auteurs de revue scientifiques portant sur ce même sujet [20].

Enfin, notre travail a montré un taux de succès de VPME plus élevé dans le groupe « témoin » par rapport au groupe « acupuncture/moxibustion ». Bien qu'il ne s'agisse pas d'un résultat statistiquement significatif, cela laisse supposer que l'acupuncture et la moxibustion n'influencent pas le taux de réussite de VPME. Ils ne constituent donc vraisemblablement pas un traitement visant à augmenter son taux de succès. Aucune publication n'a été retrouvée à ce sujet, pouvant étayer notre réflexion.

IV) 3) Finalité de notre travail

Nous pouvons considérer que nos objectifs ne sont que partiellement atteints du fait des résultats non statistiquement significatifs que nous avons pu observer. Ainsi, notre hypothèse principale, qui semble vérifiée, ne peut être affirmée de manière formelle. Concernant notre hypothèse secondaire, la tendance semble l'infirmier.

V) Conclusion

Actuellement en France, on observe dans les services hospitaliers une augmentation de la pratique de la Médecine Traditionnelle Chinoise qui semble répondre de manière satisfaisante aux différentes attentes là où notre médecine « classique » semblait insuffisante. Ainsi, il serait intéressant de pouvoir combiner à la Médecine Occidentale, la Médecine Traditionnelle Chinoise. Cette médecine douce peut être une alternative efficace à des méthodes plus invasives.

Notre étude ne permet pas d'affirmer l'efficacité de l'acupuncture et de la moxibustion du fait des résultats non statistiquement significatifs, et des facteurs liés à la méthodologie (manque de puissance, biais de recrutement, facteurs de confusion).

Cependant, compte tenu des résultats de notre étude ainsi que ceux de la littérature, l'acupuncture et la moxibustion semblent avoir leur place concernant la problématique des versions des présentations podaliques diagnostiquées à 32 SA. Cette technique n'étant pas délétère il serait intéressant de mettre en place un protocole dès le diagnostic de présentation

podalique à l'échographie de 32 SA. Actuellement on peut considérer qu'il y a perte de chance pour la mère et le fœtus puisque les études montrent que les résultats sont d'autant plus significatifs que les séances sont démarrées tôt dans la grossesse.

La stimulation du point V60 ne semble pas augmenter le taux de versions, et donc son utilisation dans cette situation peut être contestée.

Dans cette étude, nous nous sommes uniquement intéressés au succès ou à l'échec de version des présentations du siège. Les questions relatives aux modalités d'accouchement en cas de succès de version par l'acupuncture/moxibustion ainsi que les caractéristiques néonatales n'ont pas été abordées. Comme cela l'a été concernant les succès de VPME, une étude portant sur ces critères serait intéressante à mener. Ainsi, nous pourrions observer s'il existe plus d'accouchements dystociques et/ou plus de complications néonatales dans les cas d'accouchement par voie basse de présentations céphaliques, précédemment podaliques résolues par acupuncture/moxibustion.

Plus généralement, dans le domaine de l'obstétrique, certaines études ont été menées concernant le rôle de l'acupuncture dans les maturations cervicales à terme. D'autres se sont intéressés aux maux de la grossesse tels que les nausées, les douleurs lombaires, le syndrome du canal carpien. Il serait intéressant d'approfondir ces travaux afin de déterminer s'il existe une efficacité réelle de l'acupuncture, pour, le cas échéant, ensuite diffuser la pratique de cette médecine au sein des équipes de soins dans l'intérêt des mères et de leurs enfants.

Références bibliographiques

[1] COLTART, EDMOND, AL-MUFTI. External cephalic version at term: A survey of consultant obstetric practice in the United Kingdom and Republic of Ireland. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 104:544-547. Mai 1997.

[2] CUNNINGHAM, HAUTH, LEVENO, GILSTRAP, BLOOM, WENSTROM. *Breech presentation and delivery, editors: Williams obstetrics (22nd ed)*; p.565-86. 2005.

[3] CHENG M, HANNAH M. Breech delivery at term : A critical review of the litterature *Obstetrics and Gynecology*; 82; 605-18.1993.

[4] RAUDRANT D, GOLFIER F, VAUDOYER F, CHAMPION F. L'accouchement du siège à terme : les arguments pour la césarienne de principe. *XIVe Journées de techniques avancées en gynécologie obstétrique pma et pédiatrie*, Janvier 1999.

[5] DELOTTE, TRASTOUR, BAFGHI, BOUCOIRAN, D'ANGELO. Influence de la voie d'accouchement dans la présentation du siège à terme sur le score d'Apgar et les transferts en néonatalogie: Résultats de la prise en charge de 568 grossesses singleton dans une maternité française de niveau III; Service de gynécologie-obstétrique-reproduction et médecine fœtale, CHU de l'Archet-2. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol 37-N°2 p149-153 Avril 2008.

[6] MAILLET, SCHAAL, RIETHMULLER. Accouchement en présentation du siège ; Plaidoyer pour la voie basse; *Mécanique et Techniques Obstétricales*, Eds Sauramps Médical, Montpellier, 1993.

[7]CARAYOL, ALEXANDER, GOFFINET. Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA (PREsentation et MODe d'Accouchement) *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* Vol 33, N° SUP 1; 37-44. Janvier 2004

[8] CNGOF. Protocole de la Version Par Manœuvre Externe. *Protocoles en Gynécologie Obstétrique*, 2^{ème} édition. *Conférence Nationale des PU-PH en gynécologie-obstétrique*. Elsevier Masson. 2012.

[9]FARON, VOKAER. Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*; 11.032. 2007.

[10] FOCKS. Atlas d'Acupuncture. *Elsevier édition*, p307-314. Septembre 2009.

[11] SIONNEAU. Acupuncture, les points essentiels .*Guy Trédaniel éditeur*; 442 : 7-10. Juin 2000.

[12] COOPERATIVE RESEARCH GROUP OF MOXIBUSTION VERSION OF JANGXI PROVINCE. Further studies on the clinical effects and mechanism of version by moxibustion. *Moxibustion and Acupuncture Anaesthesia*, 30:7-10 Août 1984.

[13] CARDINI, HUANG WEIXIN, Moxibustion for Correction of Breech Presentation A Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association*; 280(18):1580-1584. Novembre 1998.

- [14] HABEK, CERKEZ-HABEK, JAGUST. Acupuncture conversion of fetal breech presentation. *Fetal Diagnosis and Therapy*; 18(6):418-21. Novembre 2003.
- [15] NERI, AIROLA, CONTU, ALLAIS, FACCHINETTI, BENEDETTO. Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*; 15(4):247-52. Avril 2004.
- [16] SANANES, VAYSSIERE, HELMLINGER, VIVILLE, KOHLER, AISSI, TRIEU, LANGER, FAVRE. Acupuncture for breech version: principles, technique, mode of action and utility--a literature review. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*; 23(5):455-8. Mai 2010.
- [17] VAS, ARANDA-REGULES, MODESTO, RAMOS-MONSERRAT, BARON, AGUILAR, BENITEZ-PAREJO, RAMIREZ-CARMONA, RIVAS-RUIZ. Using moxibustion in primary healthcare to correct non-vertex presentation: a multicentre randomised controlled trial. *Acupuncture in Medicine*. 2012.
- [18] KANAKURA, KOMETANI, NAGATA et al. Moxibustion treatment of breech presentation. *American Journal of Chinese Medicine*, 29:37-45. 2001
- [19] LI, HU, WANG, ZHANG, LIU. Moxibustion and other acupuncture point stimulation methods to treat breech presentation: a systematic review of clinical trials. *Chinese Medical Journal*; 27;4:4. Février 2009.
- [20] VAN DEN BERG, BOSCH, JACOBS, BOUMAN,DUVEKOT, HUNINK. Effectiveness of acupuncture-type interventions versus expectant management to correct breech presentation: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*; Volume 16, Issue 2, 92–100. Avril 2008.

VERSION DES PRESENTATIONS DU SIEGE : EFFICACITE DE L'ACUPUNCTURE ET LA MOXIBUSTION.

Objectif: L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture et de la moxibustion dans les versions des présentations podaliques, ainsi que de déterminer si cette technique, pratiquée en première intention, augmente les chances de succès de la VPME.

Méthode: Notre étude est rétrospective de type exposé/non-exposé menée sur 2ans. Le diagnostic de fœtus en présentation du siège a été fait à l'échographie de 32 SA chez les patientes incluses dans l'étude. Deux groupes ont été constitués: un groupe "témoin" pour lequel aucune thérapeutique n'est pratiquée en vue de verser le fœtus jusqu'au terme où une VPME peut être envisagée; ainsi qu'un groupe "acupuncture/moxibustion" où les patientes auront recours à des consultations avec la sage-femme acupunctrice dès 32 SA, pendant lesquelles seront stimulés les points V60 (acupuncture) et V67 (moxibustion). En cas d'échec de cette méthode, une VPME sera éventuellement envisagée entre 36 et 37 SA. Le type de présentation fœtale sera observée premièrement entre 36 et 37 SA avant toute tentative de VPME, puis secondairement après la tentative de VPME.

Résultats: Le groupe "témoin" comptait 41 patientes, contre 39 dans le groupe "acupuncture/moxibustion". Le taux de versions observé dans le groupe « témoin » (24,4%) fut inférieur à celui observé dans le groupe "acupuncture/moxibustion" (38,5%) ($p=0,17$). Le taux de succès de la VPME n'est pas augmenté dans le groupe "acupuncture/moxibustion" (20%) par rapport au groupe "témoin" (21,1%) ($p=0,94$).

Conclusion: Nous avons observé une efficacité non significative de l'acupuncture et de la moxibustion dans les versions des présentations du siège; cette technique ne semble pas augmenter le taux de réussite des VPME. Notre étude tend donc à encourager la pratique de la Médecine Traditionnelle Chinoise lors des diagnostics des présentations podaliques à 32 SA.

Mots clés: acupuncture, moxibustion, présentation du siège, version par manœuvre externe.