



Diagnostic et prise en charge des variétés postérieures : comparaison entre des variétés postérieures tournant spontanément en occipito-pubien et des variétés postérieures tournant spontanément en occipito-sacré

Maëva Poilane

► To cite this version:

Maëva Poilane. Diagnostic et prise en charge des variétés postérieures : comparaison entre des variétés postérieures tournant spontanément en occipito-pubien et des variétés postérieures tournant spontanément en occipito-sacré. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01025835

HAL Id: dumas-01025835

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025835>

Submitted on 18 Jul 2014

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** 
MEDECINE GRENOBLE

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 MAÏEUTIQUE

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES VARIÉTÉS POSTÉRIEURES

*Comparaison entre des variétés postérieures tournant spontanément en occipito-pubien et
des variétés postérieures tournant spontanément en occipito-sacré*



Mémoire soutenu le 17 juin 2014

Par POILANE Maëva

Née le 13 janvier 1991

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

2014

Je remercie les membres du jury :

Pr Pascale HOFFMANN, PU-PH en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Présidente du jury ;

Dr Virginie GUIGUE, PH en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble ; Médecin invité ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'école de Sages-Femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire ;

Mme Fabienne MENJOZ, Sage-Femme Cadre Supérieur au Centre Hospitalier de Chambéry ; Sage-Femme invitée ;

Je remercie plus particulièrement,

Mme Claire LUCAS, Sage-Femme à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

Pour son accompagnement tout au long de ce travail, ses encouragements, sa disponibilité, ainsi que sa patience.

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'école de Grenoble, Guidante de ce mémoire ;

Pour sa disponibilité et ses conseils durant ces deux dernières années.

Je remercie également,

Ma famille et mes amis,

Pour leur soutien, leur écoute et leur patience au cours de ces années d'étude ;

Mes collègues de promotion ;

Pour leur soutien et leur enthousiasme durant ces années d'étude.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
MATERIEL ET METHODE	5
1. Matériel	5
1.1. Type d'étude.....	5
1.2. Site de l'étude.....	5
1.3. Durée de l'étude	5
1.4. Population.....	6
2. Méthode.....	7
2.1. Recueil des données	7
2.2. Variables recueillies	8
2.3. Critères de jugements	9
2.4. Analyse statistique.....	9
RESULATS.....	10
1. Diagramme d'inclusion	10
2. Caractéristiques de la population étudiée.....	11
2.1. Caractéristiques maternelles.....	11
2.2. Caractéristiques du fœtus et du nouveau né	12
2.3. Caractéristiques du travail	13
2.4. Caractéristiques du diagnostic clinique par toucher vaginal	14
3. L'objectif principal.....	16
4. L'objectif secondaire.....	18
DISCUSSION	19
1. Les limites de l'étude	19
2. Analyse des résultats	20
2.1. Caractéristiques de la population	20
2.2. Concernant l'objectif principal.....	25
2.3. Concernant l'objectif secondaire.....	27
3. La force de l'étude.....	31
4. Ouverture vers d'autres analyses.....	31
CONCLUSION	32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
ANNEXE	38
Fiches « surveillance du travail » issues du Dossier Médical Obstétrical	38

ABBREVIATIONS

OIDP :	Occipito-Iliaque Droite Postérieure
OIGP :	Occipito-Iliaque Gauche Postérieure
OIDA :	Occipito-Iliaque Droite Antérieure
OIGA :	Occipito-Iliaque Gauche Antérieure
OS :	Occipito-Sacré
OP :	Occipito-Pubien
RAM :	Rupture Artificielle des Membranes
TV :	Toucher Vaginal
QLA :	Quantité de Liquide Amniotique
SA :	Semaines d'Aménorrhée
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
HCE :	Hôpital Couple Enfant
DMO :	Dossier Médical d'Obstétrique
IMC :	Indice de Masse Corporelle
PDE :	Poche Des Eaux
APD :	Anesthésie Péridurale
DC :	Dilatation Complète
EE :	Efforts Expulsifs
BSS :	Bosse Séro-Sanguine
CU :	Contraction Utérine
DLG :	Décubitus Latéral Gauche
DLD :	Décubitus Latéral Droit
ARCF :	Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
ATCD :	Antécédent

INTRODUCTION

Au niveau du détroit supérieur, 39 % des présentations se présentent en variété postérieure (33 % en Occipito-Iliaque Droite Postérieure : (OIDP) ; et 6 % en Occipito-Iliaque Gauche Postérieure : (OIGP)). Environ 5% des variétés postérieures persisteront pour aboutir à une naissance en occipito-sacré (OS) [1].

Les variétés postérieures sont considérées comme eutociques mais présentent cependant un pronostic maternel et fœtal moins favorable que les variétés antérieures.

En effet, on observe un travail plus long, une fréquence plus importante des dystocies dynamiques, une augmentation des infections materno-fœtales, plus de bosses séro-sanguines, davantage d'épisiotomies et de périnées complets en cas de dégagement en OS, ainsi qu'une augmentation du recours aux extractions instrumentales [2], [3], [4].

Pour limiter au maximum ces problèmes, un diagnostic correct et fiable de la présentation fœtale en variété postérieure doit être posé, permettant ainsi à la sage-femme de proposer des actions efficaces dont le but principal est la rotation du fœtus en variété occipito-iliaque-antérieur ou occipito-pubien (OP).

En présence d'une variété postérieure, certaines prises en charge sont préconisées pour faciliter la rotation en antérieur [4].

C'est le cas notamment de certaines techniques posturales [5], [6] dont l'efficacité n'a cependant pas été prouvée scientifiquement. [7].

La rupture artificielle des membranes (RAM) [8], l'utilisation d'ocytociques en cas de dystocie dynamique [8], la rotation manuelle intra pelvienne [4] semblent également favoriser la rotation des variétés postérieures en antérieur.

Beaucoup d'études ont analysé les conséquences obstétricales des accouchements en variété postérieure, en comparant un groupe de variétés antérieures à un groupe de variétés postérieures. [3], [9]. D'autres ont comparé le diagnostic clinique des présentations au diagnostic échographique [5], [10].

Une étude rétrospective cas témoins a comparé les caractéristiques du travail entre une population dont l'accouchement avait lieu en OP et une population dont l'accouchement avait lieu en OS, en prenant comme point de départ l'engagement [11].

D'autres études se sont intéressées au diagnostic et à la prise en charge des variétés postérieures [12], [13], [14].

Néanmoins, très peu d'études traitent uniquement des variétés postérieures.

Nous avons choisi d'étudier uniquement les variétés postérieures, en nous demandant pourquoi certaines variétés postérieures effectuent une rotation de 135 ° pour se positionner en OP alors que d'autres n'effectueront qu'une rotation de 45° pour se positionner en OS.

Puisque le diagnostic d'une variété postérieure est indispensable pour adopter une prise en charge adaptée, il est alors apparu pertinent d'analyser les différents éléments retrouvés au moment du diagnostic par toucher vaginal (TV) de la variété postérieure. Ceci afin d'observer s'il existait une différence entre un groupe de variétés postérieures effectuant une rotation en OS et un groupe de variété postérieure effectuant une rotation en OP.

D'autre part, nous avons souhaité observer s'il existait des différences de prise en charge immédiatement après le diagnostic entre ces deux groupes.

Nous avons supposé que le diagnostic des variétés postérieures s'effectuait plus précocement dans le travail (c'est-à-dire sur un col moins modifié et présentation plus haute) lorsque la rotation spontanée se faisait en OP, et plus tardivement dans le travail (c'est-à-dire sur un col plus modifié et présentation plus basse) lorsque la rotation spontanée se faisait en OS.

Nous avons également émis l'hypothèse que la prise en charge, immédiatement après le diagnostic, différait entre un groupe de variétés postérieures dont la rotation spontanée se faisait en OP et un groupe de variétés postérieures dont la rotation spontanée se faisait en OS.

L'objectif principal de cette étude était de comparer les éléments retrouvés lors du diagnostic clinique (par TV) de la variété postérieure entre un groupe de variétés postérieures dont la rotation spontanée se faisait en OP et un groupe de variétés postérieures dont la rotation spontanée se faisait en OS.

L'objectif secondaire était de comparer la prise en charge, immédiatement après le diagnostic de la variété postérieure, entre un groupe de variétés postérieures dont la rotation spontanée se faisait en OP et un groupe de variétés postérieures dont la rotation spontanée se faisait en OS.

MATERIEL ET METHODE

1. Matériel

1.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique de type cas témoin avec :

- Les variétés postérieures ayant spontanément tourné en OS, que nous avons appelé « **Groupe ROS** » dans ce travail (groupe cas).
- Les variétés postérieures ayant spontanément tourné en OP, que nous avons appelé « **Groupe ROP** » dans ce travail. (groupe témoins).

1.2. Site de l'étude

L'étude a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, à l'Hôpital Couple Enfant (HCE), maternité de niveau 3.

1.3. Durée de l'étude

Les dossiers ont été recueillis sur une période allant du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2012.

1.4. Population

- **Critères d'éligibilité :**

- Tous les dossiers dans lesquels le diagnostic de présentation céphalique en variété postérieure avait été établi (OIDP ou OIGP).

- **Critères d'exclusion :**

- *Caractéristiques fœtales*

- Grossesses multiples
- Césariennes
- Prématurés/Hypotrophes
- Macrosomes
- Post-termes
- Présentations transverses
- Malformations fœtales

- *Caractéristiques maternelles*

- Pathologies maternelles (comprend hypertension artérielle, diabète, malformations utérines....)
- Accouchement à domicile
- Obésité morbide
- Rotation manuelle

- *Caractéristiques annexielles*

- Anomalie de la quantité de liquide amniotique (QLA) et anomalie du placenta (oligoamnios, excès de liquide, hydramnios, placenta bas inséré) ou données manquantes

- *Autres caractéristiques*

Données manquantes (absence de partogramme)

- **Critères d'inclusion :**

- Diagnostic d'une présentation céphalique en variété postérieure (à partir de l'ouverture du partogramme)
- Grossesse unique
- A terme (≥ 37 semaines d'aménorrhées (SA) et < 42 SA)
- Accouchement voie basse

2. Méthode

2.1. Recueil des données

La recherche des dossiers obstétricaux a été faite par une requête qui a permis d'obtenir tous les dossiers informatiques de l'HCE de Grenoble dans lesquels une variété postérieure avait été diagnostiquée.

A l'ouverture des dossiers, dès que le premier diagnostic de la variété postérieure apparaissait sur le partogramme, les éléments retrouvés au TV étaient donc étudiés, puis les éléments de la prise en charge immédiate.

Nous avons recueilli les données de façon rétrospective, à partir du dossier médical d'obstétrique (DMO) informatisé, grâce au logiciel Cristal Net.

2.2. Variables recueillies

a. Les caractéristiques maternelles

- l'âge *en années*
- la parité
- l'âge gestationnel *en semaines d'aménorrhée + jours*
- la taille *en centimètres*
- l'indice de masse corporelle (IMC) *en kilogrammes/mètre²*

b. Les caractéristiques du fœtus et du nouveau né

- la présence d'une bosse séro-sanguine
- le poids de naissance *en grammes*

c. Les caractéristiques du travail

- le mode de début de travail : spontané ou déclenché
- la durée moyenne du travail *en heures*
- la durée moyenne de l'ouverture de la poche des eaux (PDE) *en heures*
- la dilatation moyenne au moment de la rupture de la PDE *en centimètres*
- la dilatation moyenne au moment de la pose de l'anesthésie péridurale (APD) *en centimètres*
- la durée moyenne entre la dilatation complète (DC) et l'engagement *en minutes*
- la durée moyenne de la dilatation complète *en minutes*
- la durée moyenne des efforts expulsifs (EE) *en minutes*

d. Les caractéristiques du diagnostic clinique (par TV) de la variété postérieure

- le type de la variété postérieure : OIDP ou OIGP
- le nombre de contractions utérines (CU) par 10 minutes
- la mauvaise flexion de la tête fœtale
- la consistance du col
- l'état de la poche des eaux
- la présence de l'APD
- le diagnostic à posteriori d'une anomalie pendant le travail (stagnation de la dilatation ou non progression du mobile foetal)

2.3. Critères de jugements

Les critères de jugement principaux étaient les éléments retrouvés au TV dont :

- la longueur cervicale : long/mi-long/court/effacé
- la dilatation cervicale *en centimètres*
- la hauteur de la présentation fœtale : haute et mobile/appliquée/fixée haute/fixée basse/engagée

Les critères de jugement secondaires étaient:

- l'utilisation d'utéro-toniques (ocytocine)
- l'utilisation des positions maternelles :

***Thérapeutiques posturales** : Toutes les positions mises en place qui semblent influencer la rotation [6] : *Décubitus latéral droit (DLD), Décubitus latéral gauche (DLG), et 4 pattes.*

***Positions « lambda »** :

- Positions maternelles non utilisées dans un but d'entraîner une rotation de la variété postérieure en antérieure (*changement de positions pour anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF), installation en hyperflexion pour début des EE et positions assises*).
- Positions non renseignées.

- La RAM

- La pose de l'APD

2.4. Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne, et l'écart type.

Nous avons utilisé le test t de Student pour comparer les variables quantitatives entre les deux groupes. Nous avons utilisé le test du Chi², remplacé si nécessaire par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectif théorique attendu inférieur à cinq, pour comparer les variables qualitatives entre les deux groupes.

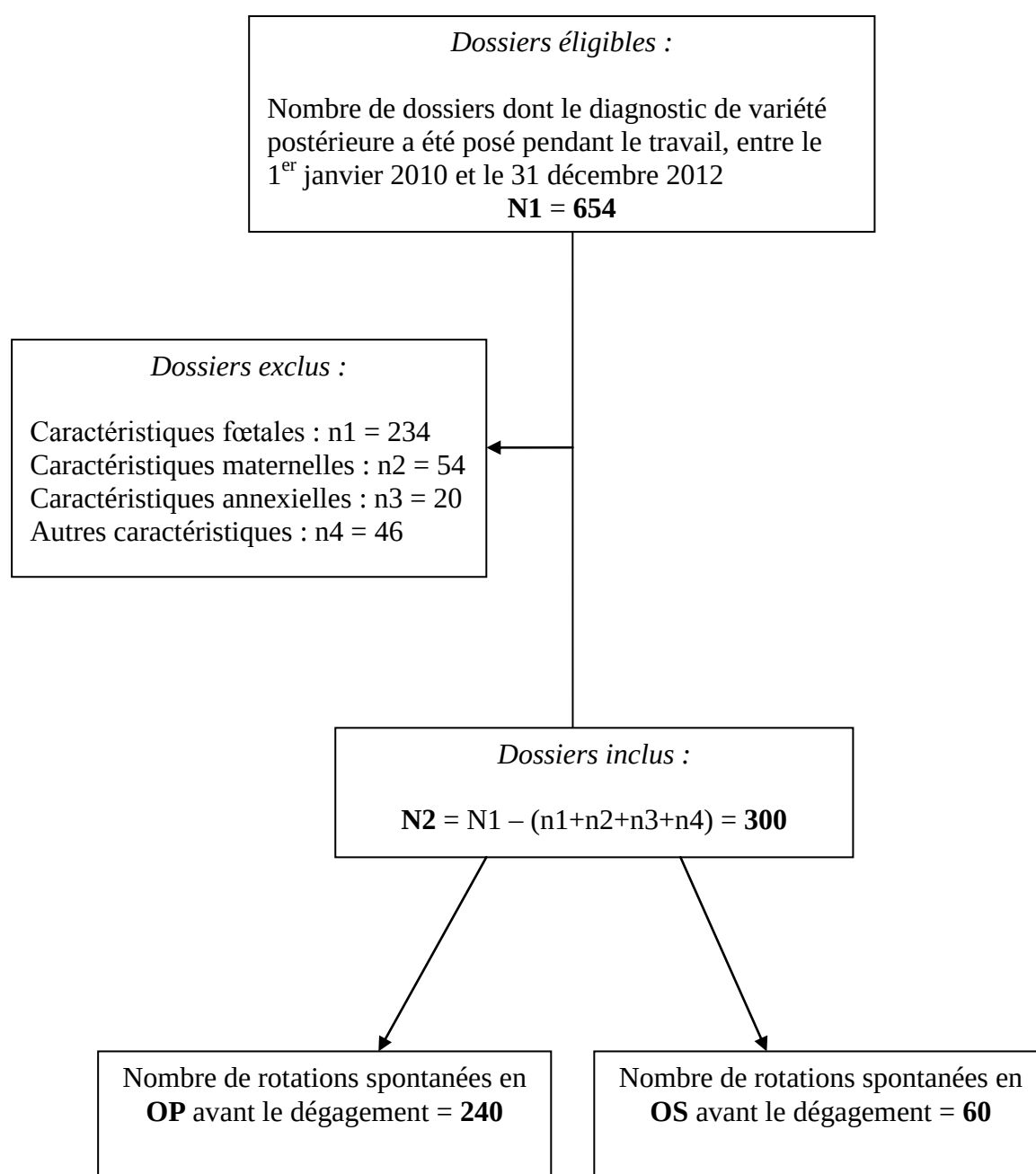
Le seuil de signification statistique retenu a été fixé à 0,05. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statview.

RESULATS

1. Diagramme d'inclusion

Sur les 1024 dossiers relevés entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2012, 654 dossiers ont été étudiés. Sur les 654 dossiers éligibles, 354 dossiers ont été exclus.

Au final, les données de 300 dossiers ont été analysées dont 60 dossiers pour le groupe ROS et 240 dossiers pour le groupe ROP.



2. Caractéristiques de la population étudiée

2.1. Caractéristiques maternelles : Tableau I

	Groupe ROS (n=60)	Groupe ROP (n=240)	p-value
Age en années ; <i>m</i> ($\pm$ <i>e.t.</i>)	29.1 $\pm$ 5.0	28.8 $\pm$ 4.8	*0.715
Parité			0.0423
*Primipares ; <i>n</i> (%)	26 (43.3)	139 (57.9)	
*Multipares ; <i>n</i> (%)	34 (56.7)	101 (42.1)	
Age gestationnel en SA+jours ; <i>m</i> ($\pm$ <i>e.t.</i>)	39 + 5 $\pm$ 1+2	40 +1 $\pm$ 1+0	0.003
IMC en kg/m ² ; <i>m</i> ($\pm$ <i>e.t.</i>)	22.6 $\pm$ 3.3	22.8 $\pm$ 4.0	*0.664

m = moyenne, *e.t.* = écart-type, *n* = effectif, % = pourcentage

La primiparité était significativement plus représentée dans le groupe ROP (n=139, 57.9%) que dans le groupe ROS (n=26, 43.3%). A l'inverse, nous avons retrouvé une différence statistiquement significative concernant la multiparité qui était plus représentée dans le groupe ROS (n=34, 56.7%) que dans le groupe ROP (n=101, 42.1%), (p-value=0.0423).

De plus, nous avons constaté une différence statistiquement significative concernant l'âge gestationnel entre le groupe ROP (40 SA + 1 jour) et le groupe ROS (39 SA + 5 jours). (p-value=0.003).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'âge (29 ans en moyenne), la taille (164 cm en moyenne) et l'IMC (23 kg/m² en moyenne).

2.2. Caractéristiques du fœtus et du nouveau né : Tableau II

	Groupe ROS (n=60)	Groupe ROP (n=240)	p-value
Présence d'une BSS ; n (%)	6 (33.3)	26 (41.9)	*0.512
Poids de naissance en g ; m ($\pm$ e.t.)	3282 ($\pm$ 317)	3349 ($\pm$ 323)	*0.149

m = moyenne, e.t. = écart-type, n = effectif, % = pourcentage

Données manquantes :

- Présence d'une BSS : n = 220

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la présence d'une BSS pendant le travail et le poids de naissance du nouveau né.

2.3. Caractéristiques du travail : Tableau III

	Groupe ROS (n=60)	Groupe ROP (n=240)	p-value
Mode de début de travail			*0.0648
*Spontané ; n (%)	56 (93.3)	198 (83.2)	
*Déclenché ; n (%)	4 (6.7)	40 (16.8)	
Durée moyenne du travail à partir de l'ouverture du partogramme en heures ; $m (\pm e.t.)$	5.1 $\pm$ 3.0	5.4 $\pm$ 2.7	*0.439
Durée moyenne d'ouverture de la PDE en heures ; $m (\pm e.t.)$	6.4 $\pm$ 6.0	7.6 $\pm$ 7.6	*0.262
Dilatation moyenne au moment de la rupture de la PDE en cm ; $m (\pm e.t.)$	5.9 $\pm$ 2.4	5.8 $\pm$ 2.2	*0.869
Dilatation moyenne au moment de la pose de l'APD en cm ; $m (\pm e.t.)$	4.4 $\pm$ 2.0	4.0 $\pm$ 1.6	*0.071
Durée entre le diagnostic de la DC et l'engagement en min. ; $m (\pm e.t.)$	30.0 $\pm$ 42.8	20.4 $\pm$ 34.7	*0.069
Durée moyenne à DC en min. ; $m (\pm e.t.)$	59 $\pm$ 53.0	54 $\pm$ 46.6	*0.526
Durée moyenne des EE en min. ; $m (\pm e.t.)$	13.3 $\pm$ 10.4	13.3 $\pm$ 9.3	*0.986

m = moyenne, e.t. = écart-type, n = effectif, % = pourcentage

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant le mode de début de travail, la durée moyenne du travail (à partir de l'ouverture du partogramme), la durée moyenne de l'ouverture de la PDE, la dilatation moyenne au moment de la rupture de la PDE, la dilatation moyenne au moment de la pose de l'APD, la durée entre la DC et l'engagement, la durée moyenne à dilatation complète et la durée moyenne des efforts expulsifs.

2.4. Caractéristiques du diagnostic clinique par toucher vaginal : Tableau IV

	Groupe ROS (n=60)	Groupe ROP (n=240)	p-value
Typé de variété postérieure			<0.0001
*OIDP ; n (%)	33 (55)	63 (26.3)	
*OIGP ; n (%)	27 (45)	177 (73.8)	
Nombre de CU/10 min. ; m ($\pm$ e.t.)	3.5 $\pm$ 0.7	3.4 $\pm$ 0.9	*0.256
Mauvaise flexion de la tête fœtale n (%)	16 (72.7)	59 (85.5)	*0.170
Consistance du col			*0.0894
*Tonique; n (%)	2 (4.5)	26 (12.8)	
*Souple; n (%)	33 (75)	154 (76.2)	
*Mou; n (%)	9 (20.5)	22 (10.9)	
Etat de la PDE			*0.230
*Rompue ; n (%)	46 (76.7)	165 (68.8)	
Présence de l'APD			*0.933
*En place ; n (%)	52 (86.7)	207 (86.3)	
A posteriori d'une anomalie dans le travail :			*0.423
*Stagnation de la dilatation ; n (%)	10 (16.7)	26 (10.8)	
*Non progression du mobil fœtal ; n (%)	18 (30)	84 (35)	

m = moyenne, e.t. = écart-type, n = effectif, % = pourcentage

Données manquantes :

- *Flexion de la tête fœtale : n=211*
- *Consistance du col : n=54 (16 dans le groupe ROS et 38 dans le groupe ROP)*

Lors du diagnostic de la variété postérieure, une différence statistiquement significative a été retrouvée concernant le type de variété postérieure.

Nous avons retrouvé significativement plus de variétés OIDP dans le groupe ROS (55 %, n=33) que dans le groupe ROP (26.3%, n=63).

Nous avons retrouvé significativement plus de variété OIGP dans le groupe ROP (73.8%, n=177) que dans le groupe ROS (45 %, n=27). (p-value<0.0001).

Aucune différence significative n'a cependant été retrouvée en ce qui concerne la fréquence des CU, la mauvaise flexion de la tête fœtale, la consistance cervicale, l'état de la PDE et la présence de l'APD. Nous n'avons pas non plus retrouvé de différence significative entre les deux groupes concernant le diagnostic de la variété postérieure à posteriori d'une anomalie de travail.

3. L'objectif principal :

Comparaison des éléments retrouvés au toucher vaginal : Tableau V

	Groupe ROS (n=60)	Groupe ROP (n=240)	p-value
Col			
*Longueur			0.0437
- mi-long/court ; n (%)	1 (2.3)	9 (4.3)	
- épais ; n (%)	7 (16.3)	73 (35.1)	
- effacé ; n (%)	35 (81.4)	126 (60.6)	
*Dilatation en cm ; m ($\pm$ e.t.)	7.5 $\pm$ 2.3	6.3 $\pm$ 2.0	0.0002
Hauteur de la présentation			0.0002
*Haute et appliquée ; n (%)	15 (25)	78 (32.5)	
*Fixée haute ; n (%)	14 (23.3)	104 (43.3)	
*Fixée basse ; n (%)	23 (38.3)	49 (20.4)	
*Engagée ; n (%)	8 (13.3)	9 (3.8)	

m = moyenne, e.t. = écart-type, n = effectif, % = pourcentage

Données manquantes :

-Longueur du col : n=49 (17 dans le groupe ROS et 32 dans le groupe ROP)

- Longueur cervicale

Aucun col long n'a été retrouvé que ce soit dans l'un ou dans l'autre groupe.

Dans le groupe ROS, nous n'avons retrouvé qu'un seul col court et aucun col mi-long.

Dans le groupe ROP, nous avons retrouvé huit cols courts et un col mi-long.

Nous avons donc décidé de réunir les cols mi-longs avec les cols courts.

Dans le groupe ROS, nous avons retrouvé significativement plus de cols effacés (81.4 %, n=35) que dans le groupe ROP (60.6%, n=126).

A l'inverse, nous avons retrouvé significativement plus de cols épais dans le groupe ROP (35.1 %, n=73) que dans le groupe ROS (16.3 %, n=7) et plus de cols courts ou mi-longs dans le groupe ROP (4.3%, n=9) que dans le groupe ROS (2.3%, n=1). (p-value=0.0437).

- Dilatation cervicale

Les variétés postérieures dont la rotation s'effectuait en OP étaient diagnostiquées à une dilatation significativement moins avancée ($6.3 \text{ cm} \pm 2.0 \text{ cm}$) que les variétés postérieures dont la rotation s'effectuait en OS ($7.5 \text{ cm} \pm 2.3 \text{ cm}$), (p-value=0.0002).

- Hauteur de la présentation

Dans le groupe ROS, nous n'avons pas retrouvé de présentation haute et mobile.

Dans le groupe ROP, nous n'en n'avons retrouvé que trois. Nous avons donc décidé de réunir les présentations hautes et mobiles avec les présentations appliquées.

Dans le groupe ROP, nous avons retrouvé significativement plus de présentations « hautes et mobiles » et « appliquées » (32.5%, n=78) que dans le groupe ROS (25%, n=15).

De même, nous avons retrouvé significativement plus de présentations « fixées hautes » dans le groupe ROP (43.3%, n=104) que dans le groupe ROS (23.3%, n=14).

Dans le groupe ROS, nous avons retrouvé significativement plus de présentations « fixées basses » (38.3%, n=23) que dans le groupe ROP (20.4%, n=49).

De même, nous avons retrouvé significativement plus de présentations « engagées » (13.3%, n=8) que dans le groupe ROP (3.8%, n=9). (p-value=0.0002).

4. L'objectif secondaire :

Comparaison de la prise en charge, immédiatement après le diagnostic de la variété postérieure :

Tableau VI

	Groupe ROS (n=60)	Groupe ROP (n=240)	p-value
Utilisation des ocytociques ; n (%)	31 (51.7)	123 (51.3)	*0.686
Utilisation des positions maternelles			*0.485
*Thérapeutiques posturales ; n (%)	24 (40)	108 (45)	
*Positions « lambda » ; n (%)	36 (60)	132 (55)	
RAM ; n (%)	8 (13.3)	58 (24.2)	*0.193
Pose de l'APD ; n (%)	1 (1.7)	10 (4.2)	*0.550

n = effectif, % = pourcentage

- L'utilisation d'ocytociques

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans l'utilisation des ocytociques entre les deux groupes. (p-value=0.686).

- L'utilisation des positions maternelles

Les thérapeutiques posturales ont été utilisées chez 40% (n=24) des patientes du groupe ROS et chez 45% (n=108) des patientes du groupe ROP.

La différence n'était pas statistiquement significative. (p-value=0.485).

- La rupture de la PDE

Le recours à la RAM n'était pas significativement différent entre les deux groupes.

(p-value=0.193)

- La pose de l'APD

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes, immédiatement après le diagnostic de la variété postérieure, concernant la pose de l'APD (p-value=0.550).

DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

* Choix du sujet et analyse statistique

Ce sujet sur les variétés postérieures conduisait à de multiples possibilités d'études et de questionnements, c'est pourquoi il n'a pas toujours été simple de rester centré sur l'idée de départ.

Il était intéressant d'étudier à la fois le diagnostic et la prise en charge des variétés postérieures. Cependant, il aurait peut être été plus avisé de se focaliser sur un de ces deux choix afin d'approfondir notre analyse.

Un manque de temps nous a empêché d'analyser la totalité des 1024 dossiers recueillis entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2012, ce qui enlève de la puissance à l'étude.

Le fait d'avoir réalisé une étude rétrospective constitue un biais d'information puisque certains dossiers étaient incomplètement remplis.

* Peu d'études retrouvées

Très peu d'études ont été retrouvées concernant la comparaison entre une rotation spontanée en OS et une rotation spontanée en OP chez des variétés postérieures. Effectivement, la plupart des études comparent un groupe de variétés antérieures à un groupe de variétés postérieures. [3], [9].

Il est rare que les études ne s'intéressent qu'aux variétés postérieures. Ceci a donc participé à la difficulté de comparer nos résultats. Par ailleurs, nous avons retrouvés des études sur le diagnostic des variétés postérieures [5], [15] mais très peu concernant leur prise en charge [5].

***Données non analysées**

Concernant les caractéristiques de la population, nous voulions au départ recueillir chez les patientes ayant déjà accouché, les données concernant les antécédents (ATCD) de dégagement en OS. En effet, les résultats d'une étude [16] montraient que des femmes ayant un ATCD d'accouchement en OS avaient plus de risque de présenter une variété postérieure lors d'un prochain accouchement.

Du fait de n'avoir recueilli qu'un seul ATCD d'accouchement en OS, parmi les femmes ayant déjà accouché, nous avons décidé d'exclure cette donnée de l'étude.

Concernant le mode de diagnostic, les résultats d'une étude ont révélé la supériorité du diagnostic échographique par rapport au diagnostic clinique par TV [5].

Dans une autre étude qui comparait également le diagnostic clinique par TV avec le diagnostic échographique, il a été montré que dans 70% des cas, le TV et l'échographie diagnostiquaient la même position, mais ceci à dilatation complète [15]. Dans cette étude, le type de variété affectait de manière significative les résultats : les variétés postérieures et transverses notamment, étaient associées de manière significative à un taux plus élevé d'erreur lors du diagnostic clinique.

Dans notre analyse, le mode du diagnostic semble avoir été uniquement clinique puisque aucune information sur le diagnostic échographique n'a été retrouvée dans les dossiers. Ce critère n'a donc pas été inclus dans les caractéristiques du diagnostic.

2. Analyse des résultats

2.1. Caractéristiques de la population

2.1.1. Caractéristiques maternelles

Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe ROP et le groupe ROS concernant la taille et l'IMC.

Les données sur la taille et l'IMC ont été recueillies afin d'avoir des informations sur le bassin maternel. Ce dernier pouvant être un élément de la mécanique obstétricale impliqué dans le phénomène de rotation.

Au départ, l'examen clinique du bassin faisait également partie des données relevées. Cependant, celles-ci n'ont été précisées que dans 22 dossiers sur 300 (278 données manquantes). Le bassin était considéré comme cliniquement normal pour ces 22 dossiers. Nous avons donc décidé de l'exclure des caractéristiques.

Nous avons donc considéré que les deux populations analysées avaient un bassin qui ne différait pas d'un groupe à l'autre.

En revanche, nous avons constaté que la différence concernant l'âge gestationnel était statistiquement significative.

En effet, les fœtus qui effectuaient une rotation spontanée en OP avaient un âge gestationnel significativement supérieur (40 SA + 1 jour) aux fœtus qui effectuaient une rotation spontanée en OS (39 SA + 5 jours). (p-value=0.003)

Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette différence retrouvée soit liée à une différence de poids de naissance.

Nous savons que l'âge gestationnel est en relation avec le poids du fœtus. Plus l'âge gestationnel avance, plus le poids fœtal augmente en l'absence de pathologies. [8] Etant donné que les fœtus ayant une rotation en OS ont un âge gestationnel inférieur, ils pourraient avoir un poids plus faible que les fœtus effectuant une rotation en OP. Un poids moins important pourrait donc entraîner une moins bonne accommodation dans le bassin maternel du fait d'une flexion moindre puisque moins de points d'appui. Ce qui expliquerait qu'ils n'effectuent pas de rotation en OP.

Cependant, nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne les poids de naissance.

En effet les nouveaux nés dont la rotation spontanée s'effectuait en OP avaient un poids de naissance moyen fixé à 3349g (à $\pm$ 323g) et les nouveaux nés dont la rotation spontanée s'effectuait en OS avaient un poids de naissance moyen fixé à 3282g (à $\pm$ 317g).

(p-value=0,149).

Une étude a montré que le poids de naissance et l'âge gestationnel des enfants nés en OS ne différaient pas des enfants nés en occipito-pubien (OP) [3]. Mais elle n'est pas comparable avec la notre puisqu'elle compare tous les types de variétés tournant en OP à tous les types de variétés tournant en OS.

La différence concernant l'âge gestationnel, dans notre travail, pourrait donc s'expliquer par un manque de puissance de l'étude.

La parité était également significativement différente d'un groupe à l'autre.

La multiparité était significativement plus représentée dans le groupe ROS (56.7%, n=34) que dans le groupe ROP (42.1%, n=101).

Nous pourrions expliquer cette différence par le fait que les rotations basses, sur le périnée, se font moins bien chez les multipares du fait d'un périnée moins tonique. [8], [17].

Notre étude n'ayant pas étudié le moment de la rotation, nous ne pouvons pas confirmer cette hypothèse.

2.1.2. Caractéristiques du diagnostic

*** Le type de la variété postérieure (OIDP ou OIGP)**

Nous avons retrouvé une différence significative entre les deux groupes concernant le type de variété postérieure. Aucune étude n'a mis en évidence cette différence.

Dans notre analyse, elle pourrait être due à une erreur de diagnostic de la variété OIGP.

Rappelons qu'au niveau du détroit supérieur, 39 % des présentations se présentent en variété postérieure (33 % en OIDP et 6 % en OIGP) [1].

Dans notre travail, au sein du groupe ROS, nous avons retrouvé plus d'OIDP (n=33 ; 55%) que d'OIGP (n=27 ; 45%). Ceci est en accord avec les données de la littérature. [1]

Par contre, au sein du groupe ROP, nous avons retrouvé plus d'OIGP (n=177 ; 73.8%) que d'OIDP (n=63 ; 26.3%). Ce qui est en désaccord avec la littérature [1].

Il y aurait donc un nombre important de diagnostic d'OIGP erroné.

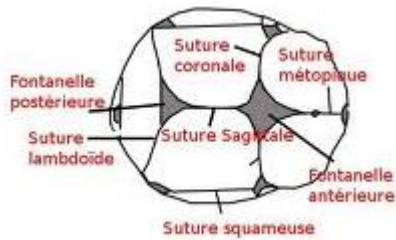
Nous pouvons donc émettre plusieurs hypothèses qui pourraient expliquer qu'une variété en OIGP ait été confondue avec une autre variété de présentation :

- Dans le diamètre oblique droit, une OIGP a un risque d'être confondu avec une Occipito-Iliaque Droite Antérieure (OIDA). Le degré de flexion de la tête fœtale pouvant influencer cette différence de diagnostic.

Cependant, en se référant aux données de la littérature, il apparaît peu probable de confondre une OIGP avec une OIDA puisque la variété OIDA est la plus rare des variétés (4%) [1].

- Nous pourrions alors penser qu'une OIGP a pu être confondue avec une Occipito-Iliaque Gauche Antérieure (OIGA) qui est la variété la plus fréquente des présentations du sommet (57%) [1].

Les variétés postérieures ayant tendance à être défléchies [4], on pourrait envisager qu'une suture sagittale puisse être confondue avec les sutures coronales.



Ainsi une OIGP serait en fait une OIGA (variété la plus fréquente), ce qui expliquerait donc facilement sa rotation en OP.

Cette erreur constituerait alors un biais important dans l'analyse de nos données.

***Présence d'une bosse séro-sanguine**

Elle rend délicat le diagnostic des variétés de présentation. [8].

Dans notre étude, un nombre important de données manquantes concernant la présence d'une BSS (n=220) n'a pas permis de montrer une différence significative. De plus, les données concernant la BSS ont été recueillies tout au long du travail et pas seulement au moment du diagnostic de la variété postérieure. Nous ne pouvons donc pas établir ici de lien entre le diagnostic du type de variété et la BSS.

*** Diagnostic à posteriori d'une anomalie du travail**

Nous aurions pu penser que le diagnostic d'une variété postérieure se faisait plus fréquemment à posteriori d'une anomalie du travail (stagnation de la dilatation ou non progression du mobile fœtal) dans le groupe ROS.

En effet, si le diagnostic de la variété postérieure est réalisé alors qu'une dystocie s'est déjà installée, il peut paraître alors plus compliqué de mettre en place des conduites à tenir pouvant y remédier, et nous trouverions plus de rotation spontané en OS.

Or aucune différence n'a été retrouvée.

***Mauvaise flexion de la tête fœtale**

Nous n'avons pas noté de différence concernant la mauvaise flexion de la tête fœtale entre les deux groupes. Cependant nous avons recensé 209 données manquantes concernant cette donnée.

Cette valeur n'est donc pas très représentative.

Nous savons pourtant que la flexion de la tête fœtale et la dynamique utérine sont deux éléments clés de la rotation [1]. La flexion de la tête apportant une information sur le pronostic de la rotation.

Le fait que le degré de flexion de la tête fœtale soit rarement renseigné dans notre étude peut nous faire supposer que l'examineur n'y accorde pas d'importance. Un diagnostic manquant de précision pourrait alors affecter la qualité de la prise en charge.

*** Présence de l'APD**

L'APD était déjà en place au moment du diagnostic chez 86.7% (n=52) des patientes du groupe ROS et chez 86.3% (n=207) des patientes du groupe ROP.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative.

Cela n'est pas en accord avec certaines données de la littérature qui mettent en avant le fait que l'utilisation de l'APD serait associée à la persistance des variétés postérieures au moment de l'accouchement. [3],[18],[19]. Notons tout de même que ces études comparaient un groupe de variétés postérieures persistantes au moment de l'expulsion à un groupe de variétés antérieures.

Mais une autre étude a montré que le taux de variétés postérieures était resté stable alors que le taux d'APD avait extrêmement augmenté du fait d'une demande accrue par les patientes. [20]

Ces différents résultats ne nous permettent donc pas d'établir de lien de causalité entre l'utilisation de l'APD et la persistance des variétés postérieures.

Nous pouvons néanmoins conclure qu'un nombre important de patientes bénéficient d'une APD au moment du diagnostic quelque soit la rotation de la variété postérieure par la suite.

2.2. Concernant l'objectif principal

Nous avons décidé d'analyser les éléments retrouvés au TV : longueur et dilatation cervicale ainsi que la hauteur de la présentation.

Le critère « position du col » ne figurant pas dans la fiche « surveillance du travail » du DMO, ce critère n'a pas été étudié. (Annexe)

***Le col et la hauteur de la présentation**

Longueur :

Lors du diagnostic des variétés postérieures, nous avons retrouvé significativement plus de cols courts, épais ou mi-longs dans le groupe ROP que dans le groupe ROS.

Ceci est probablement en lien avec une différence de dilatation.

En effet, notre travail a montré une différence significative concernant la dilatation entre les deux groupes. La dilatation était moins avancée dans le groupe ROP. Il est donc cohérent de retrouver plus fréquemment un col court, épais ou mi long lorsque la dilatation est moindre [4]. Un nombre non négligeable de données manquantes (n=49) peut cependant biaiser les résultats.

Dilatation :

Le diagnostic clinique des variétés postérieures a été effectué à 6.3 cm de dilatation en moyenne (à ± 2.0 cm) dans le groupe ROP et à 7.5 cm de dilatation en moyenne (à ± 2.3 cm) dans le groupe ROS.

Les variétés postérieures tournant spontanément en OP étaient donc diagnostiquées à une dilatation plus précoce que les variétés postérieures tournant en OS (p-value=0002).

Plusieurs hypothèses peuvent être émises concernant d'éventuelles difficultés rencontrées lors du diagnostic, ce qui expliquerait que celui-ci soit réalisé à dilatation plus tardive :

- Une poche des eaux intacte aurait pu rendre le diagnostic de la variété plus difficile (gêne à la perception des sutures et fontanelles). Ce qui nous a donc amené à penser que le diagnostic de la variété postérieure avait été effectué à une dilatation plus grande lorsque la poche des eaux s'était rompue plus tardivement.

Or, dans notre étude, il n'existait pas de différence significative au moment du diagnostic de la variété postérieure concernant l'état de la poche des eaux.

En effet, au moment du diagnostic de la variété postérieure, les membranes étaient rompues pour 76.7% des variétés postérieures tournant en OS (n=46) et pour 68.8% des variétés postérieures tournant en OP (n=165). (p-value=0.230)

- Le fait que la patiente n'ait pas d'APD aurait pu compliquer la recherche de la variété, la sage femme rencontrant alors plus de difficultés à examiner la patiente du fait de la douleur.

Or, dans notre étude, il n'existait pas de différence statistiquement significative au moment du diagnostic de la variété postérieure concernant la mise en place de l'APD.

- Un col de consistance rigide aurait pu rendre le diagnostic de la variété postérieure plus difficile (fontanelles moins facilement accessibles). Un col plus tonique aurait donc pu retarder le diagnostic. Or, au moment du diagnostic, aucune différence n'a été retrouvée concernant la consistance cervicale.

On ne retrouve donc pas de difficultés pouvant expliquer que le diagnostic soit fait à dilatation plus tardive dans le groupe ROS.

***La hauteur de la présentation**

Nous avons retrouvé significativement plus de présentations hautes (hautes et mobiles, appliquées et fixées hautes) dans le groupe ROP et significativement plus de présentations basses (fixées basses, engagées) dans le groupe ROS.

Il serait alors possible qu'une éventuelle erreur lors du diagnostic du type de la variété postérieure dans le groupe ROP soit liée à la présence de présentations plus hautes dans ce même groupe.

2.3. Concernant l'objectif secondaire

*** L'utilisation d'ocytociques**

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant l'utilisation des ocytociques immédiatement après le diagnostic des variétés postérieures entre les deux groupes.

Nous pouvons mettre en lien ce résultat avec la fréquence des CU.

En effet, au moment du diagnostic des variétés postérieures, nous avons retrouvé en moyenne 3.5 CU/10 minute pour le groupe ROS versus 3.4 CU/10 minutes pour le groupe ROP. (p-value=0.256).

Au vu de l'absence significative d'anomalie de la fréquence des CU, nous pouvons comprendre que l'utilisation d'ocytociques ne diffère pas entre les deux groupes. Cependant, nous n'avons pas connaissance de la durée et de l'intensité des CU qui auraient pu nous apporter plus de détails pour l'analyse des CU.

Nous savons qu'une dystocie dynamique, et plus particulièrement une hypocinésie ou hypercinésie de fréquence, de durée et/ou d'intensité des CU, peut survenir en présence d'une variété postérieure. [4], [8].

Or, nous avons observé dans l'étude qu'elle n'apparaissait pas au moment même du diagnostic et ceci quelque soit le groupe. Le résultat paraît donc cohérent puisque le diagnostic de la variété postérieure vient d'être posé. Nous pouvons donc supposer qu'une éventuelle dystocie dynamique n'a pas encore pu se mettre en place.

***L'utilisation des positions maternelles**

Aucune étude n'a prouvé que certaines positions maternelles permettaient la rotation des variétés postérieures.

Cependant, des études mettent en avant l'intérêt de certaines positions maternelles dans la prise en charge des variétés postérieures. [5], [6].

C'est notamment le cas des positions « latéro-ventrales », du « quatre pattes », des positions « accroupie suspendue et penchée en avant ». [6]

Dans notre étude, nous avons donc décidé de comparer des thérapeutiques posturales à des positions « lambda ».

Les thérapeutiques posturales regroupent toutes les positions qui semblent jouer un rôle dans la rotation [5], [6], c'est-à-dire le « DLD », le « DLG », et la position « 4 pattes ». Aucune position « accroupie suspendue et penchée en avant » n'a été retrouvée.

Etant donné qu'aucun item concernant les positions maternelles durant le travail n'existe sur la fiche du partogramme « surveillance du travail » (Annexe), les données sur les positions ont été recueillies en texte libre. Cela implique des façons différentes de noter une seule position : exemple pour le DLD que l'on peut retrouver la forme (DLD, DLD de Gasquet, DLD jambe hyperfléchie).

Nous avons donc considéré que le DLD était une position latéro-ventrale. De même pour le DLG.

Evidemment, nous ne pouvons être sûrs que ces techniques posturales ont été mises en place dans le but de favoriser une rotation de la variété postérieure.

Les positions « lambda » regroupent quant à elles les données non renseignées. Nous avons ici considéré que si la position n'était pas notée sur la feuille de « surveillance du travail », cela signifiait qu'aucune technique posturale particulière n'était mise en place par la sage-femme.

Cela constitue un biais dans l'analyse puisqu'en réalité il est possible qu'une position ait été proposée mais non notée sur le partogramme.

Les positions « lambda » regroupent également les changements de positions pour ARCF et les positions pour le début des EE, puisque le but de ces positions n'est alors pas la rotation de la variété postérieure en antérieur. Elles regroupent également les positions assises qui n'ont pas été décrites par Bernadette De Gasquet comme pouvant avoir un rôle dans la rotation des variétés postérieures.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'utilisation des positions maternelles.

Pourtant, d'un point de vue mécanique, il semblerait que la rotation de la variété postérieure en antérieur soit facilitée si le ventre maternel est positionné dans le vide. En effet le dos foetal étant plus lourd, il pourrait alors être entraîné vers l'avant du fait de la gravité.

La position « 4 pattes », qui allie ventre dans le vide et hyperflexion, semblerait être la plus pertinente à utiliser dans le but d'obtenir cette rotation.

Or, elle n'a été utilisée que dans la prise en charge de huit variétés postérieures du groupe ROP. Elle n'a pas été utilisée dans la prise en charge des variétés postérieures du groupe ROS.

Ce taux extrêmement faible d'utilisation de la position 4 pattes peut s'expliquer par sa difficulté de mise en place.

En effet, les capacités réduites de mobilisation maternelle (équipement, APD), l'activité du service, la difficulté de capter le rythme cardiaque fœtal et les CU, l'expérience de la sage femme, peuvent être des freins à son utilisation.

Une autre étude, n'étudiant cependant que les positions maternelles pendant l'accouchement, a également montré un taux d'utilisation faible de la position 4 pattes. [21].

Bien que cette position semble jouer un rôle dans les rotations des variétés postérieures en antérieur, des essais randomisés n'en ont pas fait la preuve [22], [23].

Des biais dans l'analyse des positions sont présents.

Tout d'abord, dans notre analyse, les positions ont été relevées à partir des informations retrouvées dans le partogramme sur la feuille « surveillance du travail » dans la partie « intervention médicale-installation pour l'accouchement » ou dans la partie « commentaire ». Il n'existe en effet aucun item concernant le positionnement maternel pendant le travail sur la feuille « surveillance du travail ». (Annexe).

Il est alors tout à fait probable que les sages femmes utilisent certaines positions maternelles lors du travail, mais que ces positions ne soient pas notées sur le partogramme, faute de la présence d'un item type.

Cela pourrait expliquer l'importance du nombre de données non renseignées.

Pour compléter le recueil des positions maternelles, il aurait peut être été utile de faire une recherche sur les enregistrements du rythme cardiaque fœtal (les positions maternelles figurant parfois uniquement à cet endroit).

*** La RAM**

Il n'y a pas eu plus de RAM, immédiatement après le diagnostic de la variété postérieure, que ce soit dans l'un ou dans l'autre groupe. (p-value=0.193).

Par ses différentes actions, la RAM serait bénéfique pour la rotation du fœtus en antérieur. [8].

Nous aurions donc pu penser que la RAM immédiatement après le diagnostic des variétés postérieures soit plus présente dans le groupe ROP. Cela n'est pas le cas.

Nous aurions alors pu supposer que cela s'expliquait par le fait que la RAM ne s'effectuait pas sur les variétés hautes et mobiles retrouvées de manière plus fréquente dans le groupe ROP.

En fait, cela n'a pas de conséquence sur nos résultats puisque seulement trois variétés postérieures dans le groupe tournant en OP ont été diagnostiquées comme une présentation haute et mobile.

Dans notre travail, l'état de la poche des eaux n'est donc pas associé à une rotation de la variété postérieure en antérieure.

Nous remarquons que le nombre de membranes déjà rompues avant le diagnostic était important, que ce soit dans le groupe ROS (76.7%) ou dans le groupe ROP (68.8 %) (p-value=0,230).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Il y avait donc autant de possibilités de rompre la poche des eaux dans un groupe que dans l'autre après le diagnostic de la variété postérieure. L'absence de différence concernant la RAM n'a donc pas pu être biaisée par l'état de la poche des eaux au moment du diagnostic.

Il serait intéressant de connaître le mode de la rupture des membranes.

Si la rupture a eu lieu spontanément avant le diagnostic de la variété postérieure, il est normal de ne pas pouvoir agir sur la poche des eaux lors de la prise en charge, et cela indépendamment de la volonté de la sage femme. Or si les membranes ont été rompues artificiellement avant le diagnostic de la variété postérieure, il serait alors pertinent d'en connaître la raison puisque cette éventuelle RAM enlève alors une chance d'agir une fois le diagnostic de la variété postérieure réalisé. Par ses actions [8], la RAM renforce le moteur utérin et pourrait avoir un rôle dans la rotation d'une variété postérieure bien qu'aucune étude n'en a fait la preuve.

*** La pose de l'APD**

La pose d'une APD ne diffèrait pas de manière statistiquement significative entre les deux groupes. Une seule pose d'APD au moment du diagnostic de la variété postérieure a été réalisée pour le groupe ROS (1.7%) contre 10 poses d'APD réalisées pour le groupe ROP (4.2%).

Le faible nombre d'APD posées après le diagnostic s'explique par un nombre important d'APD déjà mises en place au moment du diagnostic.

Une étude a montré que la pose de l'APD quand la présentation céphalique est encore "haute" est associée à un taux plus important de variétés postérieures pendant le travail [24]. Des contractions utérines insuffisantes ou un relâchement de la musculature pelvienne expliqueraient ce mécanisme. L'étude n'a cependant pas défini la notion de « présentation haute » ce qui ne nous permet pas de la comparer à la notre.

3. La force de l'étude

Le fait d'avoir recueilli quatre fois plus de témoins (groupe ROP) que de cas (groupe ROS) augmente la puissance de l'étude.

En effet, le gain de puissance est négligeable au-delà de quatre témoins pour un cas. C'est pourquoi nous avons donc décidé d'étudier 60 cas pour 240 témoins ce qui revient à un cas pour quatre témoins. Le nombre de dossiers recensés ($n=300$) nous permet d'avoir des résultats significatifs.

4. Ouverture vers d'autres analyses

Une donnée qui aurait été pertinente dans l'analyse n'a pas été recueillie.

Il s'agit du délai entre le moment du diagnostic de la variété postérieure et la rotation en OS ou en OP. Cette donnée aurait pu permettre d'apporter une information quant au temps consacré à la prise en charge des variétés postérieures après le diagnostic.

D'après les résultats de notre étude, nous avons retrouvé une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant le diagnostic.

Le diagnostic des variétés postérieures tournant spontanément en OS a été effectué plus tardivement que le diagnostic des variétés postérieures tournant spontanément en OP.

Nous pourrions donc imaginer que le délai de prise en charge entre le diagnostic de la variété postérieure et la rotation de celle-ci diffère d'un groupe à l'autre. Ceci pourrait faire l'objet d'une autre étude.

De plus, le fait de n'avoir recueilli que les éléments de la prise en charge immédiate après le diagnostic nous limite.

Il serait pertinent d'extrapoler cette étude à l'ensemble de la prise en charge entre le moment du diagnostic de la variété postérieure et le moment de la rotation de cette dernière

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de mettre en évidence une différence statistiquement significative concernant les éléments retrouvés au toucher vaginal lors du diagnostic des variétés postérieures, entre un groupe ROP et un groupe ROS.

Nous avons ainsi montré que le diagnostic des variétés postérieures ayant tourné spontanément en OP s'effectuait plus précocement dans le travail (c'est-à-dire à longueur cervicale plus importante, dilatation cervicale moins avancée et présentation fœtale plus haute) que le diagnostic des variétés postérieures ayant tourné spontanément en OS.

Nos résultats ont cependant infirmé notre hypothèse secondaire puisque la prise en charge immédiate après le diagnostic de la variété postérieure ne diffèrait pas significativement entre les deux groupes.

Il apparaît donc essentiel de diagnostiquer une variété postérieure le plus tôt possible durant le travail, puisque la précocité du diagnostic (longueur du col, dilatation cervicale et hauteur de la présentation) est liée à un taux plus important de rotation spontanée en OP.

Nous pourrions supposer que l'expérience de l'opérateur a une influence sur cette différence.

Mais nous pouvons redouter des erreurs de diagnostic : si une variété antérieure a été prise à tort pour une variété postérieure, son inclusion dans l'étude entraîne alors une erreur non négligeable dans l'analyse de toutes les données.

Pour être plus fiable, cette étude pourrait être réalisée de manière prospective, ce qui permettrait d'inclure le diagnostic échographique de la variété de présentation qui infirmerait ou confirmerait alors la variété retrouvée à la clinique par le TV.

Concernant la prise en charge immédiate après le diagnostic des variétés postérieures, l'étude n'a retrouvé aucune différence significative, que ce soit pour l'utilisation des ocytociques, des positions maternelles, de la RAM ou de la mise en place de l'APD.

Une étude analysant l'ensemble de la prise en charge, depuis le diagnostic de la variété postérieure jusqu'à la rotation de celle-ci, serait pertinente.

Pour enrichir les données sur les positions maternelles, une modification de la feuille « surveillance du travail » dans le partogramme serait judicieuse.

L'insertion d'un item « positions pendant le travail » avec possibilité de mettre la raison de ce positionnement (ARCF, rotation variété postérieure, hypotension, etc.) serait appropriée.

Cela pourrait apporter des renseignements plus complets concernant la pratique des sages femmes et améliorer l'analyse d'études ultérieures.

En connaissance des conséquences obstétricales moins favorables des variétés postérieures, il est important de mettre en place des actions efficaces permettant la rotation de celles-ci.

Un large domaine de recherche reste donc ouvert pour prouver l'existence de facteurs significativement impliqués dans la rotation des variétés postérieures.

En effet, à ce jour, très peu d'études prouvent de manière scientifique que certaines actions sont associées à une rotation des variétés postérieures en antérieur.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Merger R., Levy J., Melchior J.
Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition.
Paris : Masson, 2001.
- [2] Riethmuller D., Teffaud O., Eyraud JL., Sautière JL., Schaal JP., Maillet R.
Pronostic maternel et fœtal du dégagement en occipitosacré.
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1999 Feb; 28 (1): 41-7.
- [3] Ponkey SE., Cohen AP., Hefner LJ., Lieberman E.
Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes.
Obstet Gynecol 2003; 101: 915-20.
- [4] Schaal JP., Riethmuller D., Maillet R. et al.
Mécanique et techniques obstétricales, 4^{ème} édition.
Sauramps Médical, 2012.
- [5] Ridley RT.
Diagnosis and intervention for occiput posterior malposition.
J Obstetric-gynecol Neonatal Nurs. 2007 avr; 36(2); 135-43.
- [6] De Gasquet B.
Les positions pour l'accouchement.
Les dossiers de l'obstétrique, Octobre 1995, n°232 .
- [7] Guittier MJ., Othenin-Girard V.
Correction des variétés occipito-postérieures durant la phase de dilatation de l'accouchement :
intérêt des postures maternelles.
Gynecol Obstet Fertil. 2012 Apr; 40(4):255-60.

[8] Lansac J., Teurnier F., Nguyen F.

Traité d'obstétrique.

Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010.

[9] Cheng YW., Shaffer BL., Caughey AB.

Associated factors and outcomes of persistent occiput posterior position: a retrospective cohort study from 1976 to 2001.

J Matern Fetal Neonatal Med 2006; 19: 563-8.

[10] Hidar S., Choukou A., Jerbi M., Chaïeb A., Bibi M., Khaïri H.

Clinical and sonographic diagnosis of occiput posterior position: a prospective study of 350 deliveries.

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 34 (2006) 484–488.

[11] Zabéo L., Balzing MP., Tramier D., Desbrière R., Cravello L.

La rotation des variétés postérieures et transverses en occipito-sacré : étude dynamique du travail.

La lettre du Gynécologue 2008 ; 334: 30-3.

[12] Lambert N.

Rotation des variétés postérieures : étude prospective de cohorte à propos de 379 variétés occipito-postérieures.

Diplôme d'état de Sage-Femme : université de Nantes ; 2008.

[13] Le reste C.

Diagnostic des variétés de présentation et prise en charge des variétés postérieures. Etat des lieux en salle de naissance au CHRU de Brest.

Diplôme d'état de Sage-Femme : université de Brest ; 2012.

[14] Joliot P.

La prise en charge des variétés postérieures pendant le travail.

Diplôme d'état de Sage-Femme : université Henri Poincaré, Nancy 1 ; 2011.

[15] Dupuis O., Ruimark S., Dupont C., Thevenet S., et al
Fetal head position during the second stage of labor : comparison of digital vaginal examination and transabdominal ultrasonographic examination.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology; 2005,123(2), 193-197.

[16] Gardberga M., Stenwalla O., Laakkonenb E.
Recurrent persistent occipito-posterior position in subsequent deliveries.
BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology; 2004, Vol. 111, pp. 170–171.

[17] Calais-Germain B., ed.
Le périnée au féminin et l'accouchement.
Éléments d'anatomie-Applications pratiques, Collection anatomie pour le mouvement.
Meolans Revel : Désiris ; 1996.

[18] Fitzpatrick M., McQuillan K., O'Herlihy C.
Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome.
Obstet Gynecol 2001; 98:1027–1031.

[19] Robinson CA., Macones GA., Roth NW., Morgan MA.
Does station of the fetal head at epidural placement affect the position of the fetal vertex at delivery?
Am J Obstet Gynecol; 1996; 175:991–994.

[20] Yancey MK., Zhang J., Schweitzer DL., Schwarz J., Klebanoff MA.
Epidural analgesia and fetal head malposition at vaginal delivery.
Obstet Gynecol 2001; 97:608–612.

[21] Prager N.
Postures maternelles pour l'accouchement.
Diplôme d'état de Sage-Femme : université Joseph Fourier; 2009.

[22] Kariminia A., Chamberlain ME., Keogh J., Shea A.
Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth.
BMJ (British Journal of Midwifery) 2004; 328:490.

[23] Stremmler R., Hodnett E., Petryshen P., Stevens B., Weston J., Willan AR.
Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor.
Birth. 2005 Dec; 32(4): 243-51.

[24] Le Ray C., Carayol M., Jaquemin S., Mignon A., Cabrol D., Goffinet F.
Is epidural analgesia a risk factor for occiput posterior or transverse positions during labour?
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,
2005 Nov 1;123(1):22-6.

ANNEXE

Fiches « surveillance du travail » issues du Dossier Médical Obstétrical

- Surveillance du travail			
SURVEILLANCE DU TRAVAIL n° 1			
<u>Graphique</u>			
Données générales			
Nom	Date de naissance		
Prénom	Age gestationnel	semaines et	jours
Remarques			
Entete			
Remarques précédentes			
Remarques			
Equipe			
Examen			
Date	Heure	Par:	
		N° salle	
Nb de TV entre RPM et début du partogramme		Nombre de TV réalisés pdt l'examen	
<u>Dilatation (cm)</u>			
<u>Statut cervical</u>			
Longueur	--	Consistance	--
Commentaire			
<u>Présentation</u>			
Hauteur	--		
Type			
Commentaire	--		
Membranes			
☐ MI	☐ RSM	☐ RAM	☐ Fissuration
		☐ RPM avant terme	☐ RPM avant travail
		☐ Inconnu	
<u>Date et heure de rupture</u>			
Liquide amniotique			
Quantité	--		
Qualité	--		
Constantes			
TA (mm Hg)	/	Pouls (bpm)	Température
EVA			

SondageEvacuateur ☐ SAD ☐**Tocogramme**☐ Activité utérine normale

Tonus de base mm Hg

Durée des CU sec

Fréquence des Cu /10 min

Interprétation

Amplitude des CU mm Hg

--

RCF

	<u>RCF de l'enfant 1</u>	<u>RCF de l'enfant 2</u>	<u>RCF de l'enfant 3</u>	<u>RCF de l'enfant 4</u>
RCF Normal	☐	☐	☐	☐
<u>RdB stabilisé sur 20 min</u>	bpm	bpm	bpm	bpm
<u>Interprétation</u>	--	--	--	--
<u>Variabilité</u> Amplitude	bpm	bpm	bpm	bpm
<u>Interprétation</u>	--	--	--	--
Fréquences	C/min	C/min	C/min	C/min
<u>Interprétation</u>	--	--	--	--
<u>Accélération</u> Nombre	/20 min	/20 min	/20 min	/20 min
<u>Interprétation</u>	--	--	--	--
Ondes lambda				
<u>Ralentissements</u>				
Latence/CU (r)	sec	sec	sec	sec
Pente (p)	sec	sec	sec	sec
Amplitude (A)	bpm	bpm	bpm	bpm
Durée du ralentissement (D)	sec	sec	sec	sec
Nb RV/Nb CU (sur 30 min)	/	/	/	/
Bradycardie résiduelle				
<u>Interprétation</u>	--	----	----	----

Pélèvement au scalp

PH Lactates mmol/l

Anesthésie - Analgésie

Type --

Heure de pose

Opiacés IM ☐ IV ☐ commentaires

Sédatifs

Prescriptions médicamenteuses

Syntocinon IV ml/h 0,15 Heure de pose

Heure de pose de la VVP

Ringer (n° flacon)

Antibiotiques IV --

Motif Strepto B ☐ Endocardite ☐
 Protocole RPM ☐ Inconnu ☐
 Autre ☐

Tocolytique --

dose

Insuline --

dose

UI

Antihypertenseur --

dose

Tagamet

--

Autre

Intervention médicale - Installation pour accouchement

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|----|----------------|--------|---|
| ☐ | Hyperflexion | à | Autre position | -- | à |
| ☐ | Appel interne de garde | à | Commentaire | | |
| ☐ | Appel obstétricien de garde | à | Commentaire | | |
| ☐ | Appel anesthésiste de garde | à | Commentaire | | |
| ☐ | Décision Stan 21 | à | réalisation à | | |
| | Résultat | -- | | | |
| ☐ | Décision pH in utero | à | réalisation à | | |
| | pH | | Lactates | mmol/l | |
| ☐ | Décision saturométrie foetale | à | réalisation à | | |
| | Résultat | % | | | |
| ☐ | Début des efforts expulsifs | à | Commentaire | | |

Commentaire

RESUME

OBJECTIFS :

L'objectif principal de cette étude était de **comparer les éléments retrouvés au toucher vaginal**, lors du diagnostic de la variété postérieure, entre un groupe de variétés postérieures effectuant une rotation spontanée en occipito-pubien et un groupe de variétés postérieures effectuant une rotation spontanée en occipito-sacré.

L'objectif secondaire était de comparer la **prise en charge**, immédiatement après le diagnostic de la variété postérieure, entre les deux groupes.

MÉTHODE :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique de type cas témoin.

L'étude a été réalisée à l'Hôpital Couple Enfant à partir des dossiers médicaux obstétricaux informatisés recueillis entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2012.

RÉSULTATS :

Dans le groupe des variétés postérieures ayant spontanément tourné en occipito-pubien, le diagnostic a été effectué à longueur cervicale plus importante, à dilatation plus précoce et à présentation plus haute que dans le groupe des variétés postérieures ayant spontanément tourné en occipito-sacré.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant la prise en charge immédiate après le diagnostic des variétés postérieures, que ce soit pour l'utilisation des ocytociques, des positions maternelles, de la rupture artificielle des membranes ou de la mise en place de l'anesthésie péridurale.

CONCLUSION :

La précocité du diagnostic est liée à un taux plus important de rotation spontanée en occipito-pubien. Il apparaît donc essentiel de faire le diagnostic d'une variété postérieure le plus tôt possible durant le travail.

Une confirmation échographique du type de la variété postérieure pourrait éliminer le risque d'erreur de diagnostic.

Pour permettre l'étude d'une éventuelle influence des thérapeutiques posturales, il paraît essentiel d'enrichir les données du partogramme à propos des positions maternelles, en modifiant la feuille « surveillance du travail ».

MOTS CLÉS : variétés postérieures, rotation spontanée, diagnostic clinique par toucher vaginal, prise en charge, positions maternelles.