



**HAL**  
open science

**Les facteurs influençant la décision de voie  
d'accouchement entre 26 et 32 SA et 6 jours. État des  
lieux des pratiques au CHRU Morvan à Brest du 1er  
janvier 2012 au 31 décembre 2013**

Clara Inizan

► **To cite this version:**

Clara Inizan. Les facteurs influençant la décision de voie d'accouchement entre 26 et 32 SA et 6 jours. État des lieux des pratiques au CHRU Morvan à Brest du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01279154

**HAL Id: dumas-01279154**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01279154>**

Submitted on 23 Mar 2016

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

ECOLE DE SAGE-FEMME BREST

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

# Les facteurs influençant la décision de voie d'accouchement entre 26 et 32 SA et 6 jours

---

Etat des lieux des pratiques au CHRU Morvan à Brest du  
1er janvier 2012 au 31 décembre 2013

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2015

Présenté et soutenu par

**CLARA INIZAN**  
**née le 17/10/1991**

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Benoît BREST

## **ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT**

Je soussignée mademoiselle Clara INIZAN

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature : Clara INIZAN

# Table des matières

---

Remerciements.....	2
Liste des acronymes.....	3
I. Introduction :.....	4
2.1. Type d'étude .....	6
2.2. Recrutement .....	6
2.3. Analyse des données .....	8
III. Résultats : .....	9
3.1. Caractéristiques générales de la population .....	9
3.2. Déroulement de la grossesse et accouchement .....	11
3.2.1. Contexte général :.....	11
3.2.2. Pathologies de la grossesse dans la population .....	12
3.2.3. Terme de naissance et voie d'accouchement :.....	13
3.2.4. Pathologies de la grossesse et voie d'accouchement :.....	15
3.2.5. Présentation fœtale et voie d'accouchement .....	17
3.3. Etat néonatal : .....	17
IV. Discussion : .....	18
4.1 Fiabilité des résultats.....	18
4.2. Discussion des résultats.....	19
V. Conclusion.....	23
VI. Bibliographie.....	24
Annexe 1.....	27
Résumé	

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné au long de ce travail et plus particulièrement :

*Docteur Jean-Benoît BREST, directeur de ce mémoire, pour son soutien et ses conseils*

*Mme Françoise JUBIL, sage-femme guidante de ce mémoire, pour son aide, ses conseils, sa disponibilité et sa patience*

*Le personnel des archives et du DIM du CHRU Morvan de Brest*

*Mes amies et collègues de promotion*

Je remercie plus personnellement :

*Ma famille et plus particulièrement mes parents pour leurs encouragements, leur patience et leur soutien sans faille durant ces six années d'études supérieures qui s'achèvent*

*Cyrielle, mon infatigable amie et relectrice acharnée*

*Pierre-Yves, mon pilier, pour son soutien inconditionnel et sa présence à mes côtés*

# Liste des acronymes

---

**AVB** : Accouchement Voie Basse

**ARCF** : Anomalies de Rythme Cardiaque Fœtal

**CAN** : Corticothérapie Anténatale

**CNGOF** : Collège Nationale des Gynécologues Obstétriciens Français

**CHRU** : Centre Régional Hospitalier Universitaire

**DIM** : Département d'Information Médicale

**HRP** : Hématome Rétro Placentaire

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**MAP** : Menace d'Accouchement Prématuro

**RCIU** : Retard de Croissance Intra-Utérin

**RPBO** : Réseau Périnatal de Bretagne Occidentale

**RPM** : Rupture Prématuroe des Membranes

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**TIU** : Transfert In Utero

## **I. Introduction :**

En 2011, en France, on estimait que 10 000 enfants naissaient grands prématurés, soit 1.2% des naissances [1]. On considère que la grande prématurité concerne 1 naissance avant terme sur 5 [1]. La mortalité touche plus de 10% des enfants grands prématurés. Cette population est plus à risque de handicaps moteurs, de troubles neurologiques et de déficiences mentales [1-2].

La voie d'accouchement avant 32SA est très discutée, du fait de la fragilité du fœtus et ce, quelle que soit la présentation de celui-ci [3]. En effet, la prématurité en tant que telle induit déjà une augmentation de la morbi/mortalité pour le fœtus mais une hypoxie ou d'éventuels traumatismes pendant le travail pourraient majorer encore plus les risques néonataux. Cependant, il est difficile d'établir dans quelles proportions [3]. Les pathologies éventuellement associées à cette prématurité peuvent aussi influencer sur ces risques, et entrent donc en ligne de compte dans la décision de la voie d'accouchement. A cet ensemble de paramètres s'ajoutent l'anxiété des futurs parents et le contexte d'urgence, souvent associés à ce genre de situation. Tout cela rend difficile l'inclusion des patientes dans des essais visant à comparer les accouchements par voie basse et les accouchements par césarienne en cas de prématurité [4-3]. Les quelques études randomisées débutées n'ont inclus qu'un faible nombre de patients et ont été interrompues prématurément [4]. Les seules études existantes sur ce sujet sont rétrospectives ou observationnelles. Elles sont d'un niveau de preuve bas et contiennent beaucoup de biais [3]. La revue systématique des données réalisée par la Cochrane en 2013 a conclu qu'il n'existait pas suffisamment de preuves fiables pour comparer l'accouchement par césarienne planifié et l'accouchement par voie basse planifié.

Actuellement, il n'existe pas suffisamment de preuves fiables permettant de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre chez les grands prématurés. C'est pourquoi la décision relative à la meilleure voie d'accouchement prématuré va dépendre pour chaque cas de l'opérateur et des pratiques habituelles de l'hôpital concerné.

A âge gestationnel équivalent, l'accouchement voie basse est associé à une diminution du risque de détresse respiratoire néonatale ainsi qu'à une mortalité et une morbidité maternelle plus faibles. En outre, l'accouchement voie basse préserve le pronostic obstétrical de la patiente pour ses accouchements futurs. Le risque de lésions urinaires et anales est augmenté en cas d'accouchement voie basse [5]. Par ailleurs, le travail précédant l'accouchement voie basse peut être pourvoyeur d'hypoxie, voire d'acidose ou de traumatismes fœtaux et maternels (déchirures, extractions instrumentales) [4].

La césarienne est une intervention qui permet l'extraction fœtale par hystérotomie par voie abdominale. Pratiquer une césarienne chez les patientes en menace d'accouchement prématuré pourrait être protecteur pour le bébé et permettrait d'éviter une extraction *per partum* en urgence [4]. Classiquement, la césarienne est réalisée selon la technique de Joël Cohen (hystérotomie transversale). Cependant, en fonction du terme avant 30SA, le choix de la technique d'hystérotomie est laissé à l'appréciation de l'opérateur, et dépend de l'existence ou non du segment inférieur [6]. Lorsque le segment inférieur de l'utérus n'est pas ou très peu développé, c'est-à-dire jusqu'à 28-29SA, l'incision de choix est la segmentaire verticale [6]. Toutefois, cette incision peut parfois déborder sur la partie inférieure du corps utérin. Ainsi, l'incision segmentaire verticale compromet l'avenir obstétrical de la patiente. En effet, si elle n'est pas une contre-indication à un accouchement par voie vaginale pour une grossesse ultérieure (le risque de rupture utérine n'est pas plus élevé), une césarienne itérative sera toutefois recommandée en cas d'incision corporeale en raison du risque élevé de rupture



utérine [7]. A partir de 30SA, les équipes choisissent majoritairement une hystérotomie segmentaire transversale. La césarienne aurait tendance à augmenter le risque de détresse respiratoire et diminuer le score d'Apgar [8-3]. Concernant l'anesthésie employée, les rachianesthésies provoqueraient des hypo-perfusions placentaires non détectées qui pourraient avoir des conséquences significatives sur les grands prématurés [9]. En ce qui concerne les conséquences maternelles, la césarienne augmente le risque infectieux notamment en cas de césarienne en urgence, d'endométrite, de thromboses veineuses et d'hémorragie de la délivrance. De plus les césariennes en extrême urgence sont généralement réalisées sous anesthésie générale, plus à risque de mortalité maternelle [10].

Notre étude analyse les pratiques du Centre Régional Hospitalier Universitaire Morvan à Brest. Elle s'attachera à identifier les facteurs intervenant dans le choix de voie d'accouchement entre 26 et 32SA et à déterminer leur influence et leurs conséquences.

## **II. Matériels et méthodes :**

### **2.1. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée dans le service d'obstétrique du CHRU Morvan de Brest. Cette étude s'étend du 1<sup>er</sup> janvier 2012 jusqu'au 31 décembre 2013 inclus. Elle s'appuie sur la revue des dossiers des accouchements survenus entre 26 et 32 SA et 6 jours dans l'enceinte de l'hôpital.

### **2.2. Recrutement :**

Les critères d'inclusion de cette étude sont : accouchements entre 26 et 32SA et 6 jours d'un enfant vivant, singleton, survenus au sein du CHRU de Morvan.

Les critères d'exclusion sont : grossesses multiples, morts fœtales *in utero*, interruptions médicales de grossesses et accouchements hors hospitaliers. Ont également été exclus les dénis de grossesse pour lesquels la grossesse n'a été découverte qu'au moment de l'accouchement. Les dénis de grossesse qui ont été découverts en amont de l'accouchement ont été inclus à l'étude.

Ces critères ont été sélectionnés pour correspondre à ceux de l'analyse faite par la Cochrane en 2013. L'étude Epipage 1 avait, en effet, défini la limite de la grande prématurité à 32SA et 6 jours, nous avons donc retenu cette limite pour notre étude.

La requête concernant la population a été faite auprès du Département d'Information Médicale (DIM) du CHRU de Brest. Les listings qui nous ont été transmis correspondaient aux codes Z370, Z3710 et Z3711. Ces derniers correspondent respectivement au diagnostic de naissance unique enfant vivant, naissance unique enfant mort-né hors interruption de la grossesse pour motif médical et naissance unique enfant mort-né à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical. Seuls les dossiers codés Z370 répondant aux critères d'inclusion, ont été retenus pour l'étude.

Sur les 130 dossiers répertoriés par le DIM comme correspondant à nos critères, 121 ont finalement été inclus à l'étude. Les dossiers exclus correspondaient à 2 transferts post-nataux, 2 césariennes effectuées à l'hôpital de la Cavale Blanche, 1 grossesse gémellaire dont le dossier était mal codé, 1 dossier égaré et 3 dossiers non disponibles à la consultation aux archives.

### 2.3. Analyse des données :

Pour mener cette étude, nous avons utilisé une grille de recueil de données. Pour sa rédaction, nous nous sommes appuyés sur les différents facteurs en lien avec la prématurité que la bibliographie nous a permis de mettre en exergue. La grille se divise en 4 parties. La première partie concerne les informations générales sur la patiente, la deuxième détaille le déroulement de la grossesse actuelle, la troisième fait le résumé de l'accouchement et enfin la quatrième traite de l'état néonatal du prématuré en étudiant le pH artériel et le score d'Apgar à 5 minutes de vie. (*Annexe 1*)

Les données recueillies ont été reportées et traitées informatiquement avec le logiciel « MICROSOFT EXCEL ».

Les résultats sont exprimés en effectif et pourcentage pour les variables qualitatives et en moyenne et médiane pour les variables quantitatives.

### III. Résultats :

#### 3.1. Caractéristiques générales de la population

	n	%
<b>Age</b>		
< 20 ans	5	4.1
20-30ans	64	52.9
30-40ans	48	39.7
>40ans	4	3.3
<b>IMC</b>		
< 18.5	11	9.1
18.5-25	60	49.6
25-30	32	26.4
30-35	15	12.4
>35	3	2.5
<b>Tabac</b>		
Oui	32	26.4
Non	89	73.6
<b>Autres addiction</b>		
non	119	98.4
alcool	1	0.8
cannabis	1	0.8
<b>situation maritale</b>		
célibataire	13	10.7
En couple	84	69.4
Mariée	24	19.9

**Figure 1 : caractéristiques générales de la population**

L'âge moyen des patientes est 28,9 ans (de 17 à 45 ans). 26.4% des patientes de l'étude était tabagique. Parmi les patientes fumeuses, 1 présentait également une addiction à l'alcool et 1 autre au cannabis. Les patientes avaient en moyenne un IMC à 24,25.

	n	%
<b>Gestité</b>		
1	38	31.4
2	41	33.9
3	18	14.9
>3	24	19.8
<b>Parité</b>		
1	68	56.2
2	28	23.1
3	15	12.4
>3	10	8.3
<b>Utérus cicatriciel</b>		
Oui	14	11.6
Non	107	88.4
<b>Utérus bi-cicatriciel</b>		
Oui	2	1.7
Non	119	98.3
<b>Antécédent césarienne corporéale</b>		
Oui	2	1.7
Non	119	98.3
<b>Antécédent accouchement prématuré</b>		
Oui	4	3.3
Non	117	96.7

**Figure 2 : antécédents obstétricaux**

Concernant les antécédents obstétricaux de nos patientes, on remarque que 56.2% (68) des patientes étaient primipares et 43.8% (53) des multipares. Dans notre population, 14 patientes avaient un utérus uni-cicatriciel et 2 un utérus bi-cicatriciel. Parmi les 121 patientes incluses dans notre étude, 4 avaient un antécédent d'accouchement prématuré.

## **3.2. Déroulement de la grossesse et accouchement**

### **3.2.1. Contexte général :**

95.9% des fœtus ont bénéficié d'une corticothérapie anténatale (CAN). Uniquement 1 prématuré né par voie basse (dans un contexte de mise en travail spontané à 32SA avec un accouchement très rapide) et 4 nés par césarienne n'ont pas pu bénéficier de CAN (à chaque fois dans le cadre d'une césarienne en extrême urgence pour chorioamniotite, hématome rétro-placentaire (HRP), et anomalies du rythme cardiaque fœtal)

Dans notre population, 41.3% (50) des enfants nés sont des filles, 28% (14) d'entre elles sont nées par voie basse. 58.7% (71) étaient des garçons et 36.6% (26) d'entre eux sont nés par voie basse. 39.7% (48) des accouchements se sont déroulés la nuit, 60.3% (73) des accouchements ont eu lieu le jour. 50% des accouchements voie basse et 65.4% des césariennes ont eu lieu le jour.

14 patientes avaient un utérus uni-cicatriciel. 5 de ces patientes ont accouché par voie basse, suite à une MAP pour 4 d'entre elles et à une RPM pour la dernière. Pour les 9 patientes ayant bénéficié d'une césarienne, 2 étaient en MAP (les 2 fœtus étaient en présentation transverse quand les patientes se sont mises en travail), 2 autres avaient une RPM, 2 fœtus souffraient d'un RCIU, 2 césariennes ont dû être pratiquées en urgence pour HELLP syndrome et la dernière pour décollement placentaire. Les 2 patientes qui avaient un utérus bi-cicatriciel ont accouché par césarienne.

### 3.2.2. Pathologies de la grossesse dans la population

Pathologies	n (effectif absolu)	% (Pourcentage)
RPM	32	26.4
MAP	41	33.9
Pré-éclampsie	29	24
HELLP Sd	13	10.7
RCIU	25	20.7
HRP	7	5.8
Placenta praevia	3	2.5
Dégradation état maternel	4	3.3
Autres	2	1.7

**Figure 3 : Répartition des pathologies de la grossesse dans la population**

Les pathologies les plus retrouvées pendant la grossesse sont les MAP (33.9%) et les RPM (26.4%), on retrouve ensuite les pré-éclampsies (24%) et les RCIU (20.7%). La prématurité a été consentie dans 4 situations de décompensation de l'état maternel qui nécessitaient un accouchement immédiat (2 patientes atteintes de mucoviscidose, 1 patiente avec un syndrome des anticorps antiphospholipides et une patiente avec une malformation d'Arnold Chiari de type 1).

On peut remarquer que l'on arrive à un total de pathologies supérieur à 100%. En effet, 12 menaces d'accouchement prématuré (MAP) étaient associées à une rupture prématurée des membranes (RPM). 12 pré-éclampsies se sont compliquées d'un HELPP syndrome et un hématome rétro-placentaire (HRP) était associé à une pré-éclampsie. Dans 11

situations, un RCIU était associé à une autre pathologie de la grossesse (6 pré-éclampsie, 1 MAP, 1 placenta praevia, 2 dégradations de l'état maternel et 1 HRP).

	Avant 26SA n	26SA-28SA n	28SA-30SA n	30SA-32SA+6j n	Total n
<b>RPM</b>	3	6	6	15	<b>32</b>
<b>MAP</b>	4	10	14	13	<b>41</b>
<b>Pré-éclampsie</b>	1	5	9	14	<b>29</b>
<b>RCIU</b>	1	6	11	7	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>49</b>	<b>127</b>

**Figure 4 : Terme de survenue des principales pathologies de la grossesse**

On note un pic de survenue des RPM entre 30SA et 32SA et 6 jours. Le délai médian entre la rupture et l'accouchement était 3 jours (de 0 à 35 jours). Les MAP sont majoritairement survenues entre la 28<sup>ème</sup> SA et la 30<sup>ème</sup> SA, avec un délai médian entre le début de la MAP et l'accouchement de 2 jours (de 0 à 39 jours). La majorité des pré-éclampsies ont débuté entre 30SA et 32SA et 6 jours, avec un délai médian de 3 jours (de 0 à 17 jours) entre leur apparition et l'accouchement. Le délai médian entre le diagnostic de RCIU et l'accouchement était de 8 jours (de 0 à 39 jours). C'est entre 28SA et 30SA que le plus grand nombre de RCIU a été diagnostiqué.

### 3.2.3. Terme de naissance et voie d'accouchement :

	26SA-28SA n	28SA-30SA N	30SA-32SA+6j n	Total n
<b>AVB</b>	5	12	23	<b>40</b>
<b>Césarienne</b>	12	20	49	<b>81</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>72</b>	<b>121</b>

**Figure 5 : Terme de naissance et voie d'accouchement**



Dans cette étude, 40 patientes ont accouché par voie basse et 81 par césarienne. 59.5% (72) des accouchements ont eu lieu entre 30SA et 32SA et 6 jours. 26.4% (32) des accouchements sont survenus entre 28SA et 30SA et 14% (17) entre 26SA et 28SA. 57.5% des accouchements voie basse et 60.5% des césariennes ont eu lieu entre 30SA et 32SA et 6 jours.

. Entre 30SA et 32SA et 6 jours, 40.5% des prématurés sont nés par voie basse, 37.5% entre 28SA et 30SA et 29.4% entre 26SA et 28SA. La voie d'accouchement était la césarienne dans 68.1% des cas entre 30SA et 32SA et 6 jours, dans 62.5% des cas entre 28SA et 30SA, et dans 70.6% des cas avant 28SA.

<b>CESARIENNE</b>	<b>26SA-28SA</b>	<b>28SA-30SA</b>	<b>30SA-32SA +6</b>	<b>Total</b>
	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
<b>programmée</b>	1	2	8	<b>11</b>
<b>En cours de travail</b>	1	2	2	<b>5</b>
<b>En urgence</b>	11	18	39	<b>68</b>
<b>Corporéale</b>	1	2	0	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>49</b>	<b>87</b>

**Figure 6 : terme de naissance et type de césarienne**

84% (68) des césariennes de notre étude ont été réalisées en urgence. 11 césariennes étaient planifiées, elles ont été programmées pour 72.2% (8) d'entre elles entre 30SA et 32SA et 6 jours. 5 césariennes ont été réalisées en cours de travail. L'incision était corporéale pour 3 césariennes, toutes réalisées en urgence au terme de 27SA, 28SA et 5 jours et 29SA et 6 jours dans un contexte de MAP.

On arrive à un total supérieur à 81 césariennes, en effet les césariennes corporéales étaient des césariennes en urgences et les césariennes en cours de travail ont été aussi pratiquées en urgence.

### 3.2.4. Pathologies de la grossesse et voie d'accouchement :

	AVB % (n)	Césarienne % (n)	total
<b>RPM</b>	59.9% (19)	40.1% (13)	<b>32</b>
<b>MAP</b>	68.3% (28)	31.7% (13)	<b>41</b>
<b>Pré-éclampsie</b>	0	100% (29)	<b>29</b>
<b>RCIU</b>	4% (1)	96% (24)	<b>25</b>
<b>HRP</b>	0	100% (7)	<b>7</b>
<b>Dégradation état maternel</b>	0	100% (4)	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>n = 48</b>	<b>n = 90</b>	<b>138</b>

**Figure 7 : pathologies de la grossesse et voie d'accouchement**

Les seules pathologies de la grossesse qui ont abouti à un accouchement par voie basse sont les RPM et les MAP avec respectivement un taux d'accouchement voie basse de 59.9% et 68.3%. Un seul RCIU est né par voie basse, il était associé à une MAP suite à laquelle la patiente a échappé à la tocolyse et s'est mise spontanément en travail. 96% (24) des RCIU sont nés par césarienne. Toutes les patientes dont l'état s'est dégradé et a nécessité l'arrêt de la grossesse prématurément ont accouché par césarienne.

40.1% des patientes avec une RPM ont accouché par césarienne. Les raisons justifiant le choix de la césarienne comme voie d'accouchement étaient, un fœtus en siège dans 8 cas, un fœtus en présentation céphalique pour 3 cas. Notons qu'une césarienne a été réalisée en cours de travail suite à des anomalies du rythme cardiaque fœtal dans un contexte de déclenchement du travail pour suspicion de chorioamniotite. L'accouchement était consécutif à une suspicion chorioamniotite dans 2 cas pour les voies basses et 4 cas pour les césariennes.

31.7% (13) des MAP ont abouti à une césarienne. Pour ces 13 situations, 6 des fœtus étaient en siège, 2 en présentation transverse et 5 en présentation céphalique. 1 césarienne a été pratiquée en urgence pour HELLP syndrome, 1 pour suspicion de chorioamniotite et 1 pour dégradation de l'état maternel. 1 était programmée pour utérus bicorne bicervical.

100% des femmes ayant fait une pré-éclampsie ont accouché par césarienne. Une césarienne a été réalisée en cours de travail pour stagnation et anomalies du rythme cardiaque fœtal suite à un déclenchement par propress<sup>®</sup> et direction du travail par syntocinon<sup>®</sup>.

CESARIENNE	Programmée	En cours de travail	En urgence	Corporéale	Total
RPM	0	2	13	3	<b>18</b>
MAP	2	2	11	1	<b>16</b>
Pré-éclampsie	0	1	29	0	<b>30</b>
RCIU	6	0	17	0	<b>23</b>
HRP	0	0	7	0	<b>7</b>
Dégradation état maternel	4	0	0	0	<b>4</b>

**Figure 8 : pathologies de la grossesse et types de césarienne**

11 césariennes ont été planifiées : 4 pour RCIU avec arrêt de la croissance ou dopplers pathologiques, 2 pour RCIU et dégradation de l'état maternel, 1 pour thrombopénie maternelle chez une patiente atteinte du syndrome des anticorps antiphospholipides, 1 pour altération de l'état d'une patiente avec une malformation d'Arnold Chiari associée à une MAP, 1 à 29SA chez une patiente avec un utérus bicorne bicervical dans un contexte de MAP, 1 à 29SA chez une patiente avec un utérus bicorne bicervical dans un contexte de MAP, 1 pour HTA gravidique non contrôlée à 31SA et 4 jours et la dernière pour contractions utérines inexplicables résistant à la tocolyse sur un utérus bi cicatriciel.

5 césariennes ont été réalisées en cours de travail, 4 pour anomalie du rythme cardiaque fœtal et 1 pour stagnation et échec de déclenchement.

En ce qui concerne le déclenchement du travail, une patiente a été déclenchée par propess<sup>®</sup> dans notre étude, à 32SA et 3 jours pour pré-éclampsie et une autre patiente a été déclenchée par syntocinon<sup>®</sup> pour suspicion de chorioamniotite à 29SA et 6 jours. Ces deux patientes ont été césarisées en urgence pour stagnation et anomalies du rythme cardiaque fœtal.

### **3.2.5. Présentation fœtale et voie d'accouchement**

Les nouveau-nés prématurés de notre étude étaient en présentation céphalique pour 72.7% (88) d'entre eux, en siège pour 22.3% (27) et en présentation transverse pour 5% (6). Tous les fœtus en présentation transverse sont nés par césarienne. 55.7% des fœtus en présentation céphalique sont nés par césarienne. 96.3% (26) des prématurés en siège sont nés par césarienne. 1 seul fœtus en siège est né par voie basse, accouchement survenu à 28SA dans un contexte de RPM à 23SA et 3 jours avec mise en travail spontané, le travail ayant duré moins d'une heure.

### **3.3. Etat néonatal :**

Pour étudier l'état néonatal des nouveau-nés prématurés à la naissance, nous nous sommes basés sur leur équilibre acido-basique à l'aide de la mesure du pH artériel ombilical. Nous avons ainsi pu analyser 96 pH artériel. 16 nouveau-nés avaient un pH inférieur ou égal à 7.20 et étaient donc en acidose, 18.8% (3) de ses enfants en acidose étaient nés par voie basse et 81.2% (13) par césarienne, la césarienne avait été réalisée en urgence à chaque fois. On

retrouve donc que sur les 96 dossiers, 8.3% des enfants nés par voie basse étaient en acidose, et 23.6% des enfants nés par césarienne. Notons que 10 pH étaient inférieurs à 7.15, 2 pour des accouchements voie basse, 8 pour des césariennes.

Nous nous sommes également intéressés au score d'Apgar des nouveau-nés, et plus particulièrement à celui coté à 5 min de vie. Nous avons ainsi pu étudier 84 scores d'Apgar. 10 enfants avaient un Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie, 3 d'entre eux sont nés par voie basse et 7 par césarienne, là encore, les césariennes avaient été réalisées en urgence pour la naissance de ses enfants. On retrouve donc ainsi que sur les 84 dossiers, 9.7% des enfants nés par voie basse et 13.2% des enfants nés par césarienne avaient une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine à 5 minutes de vie.

## **IV. Discussion :**

### **4.1. Fiabilité des résultats :**

Le caractère rétrospectif de cette étude représente sa première limite. Les données ayant été exclusivement recueillies à partir des informations contenues dans le dossier obstétrical nous avons dû faire face à une perte d'information. Une étude prospective nous aurait évité la perte de certaines informations et aurait permis une analyse et description plus fines des facteurs influençant la décision de voie d'accouchement.

Parmi les points forts de cette étude, on peut noter que les données ont été recueillies directement et individuellement dans les dossiers obstétricaux et non à partir des codages de données. De plus il s'agit du premier état des lieux sur la voie d'accouchement des prématurés au CHRU de Brest, et notre étude s'étant déroulée sur 2 ans, elle nous a ainsi permis de recueillir 121 dossiers.

#### 4.2. Discussion des résultats obtenus :

Nos patientes étaient en moyenne âgées de 28.9 ans, ce qui est proche de la moyenne d'âge des mères accouchant en France (29.9 ans) selon l'enquête périnatale de 2010 [9]. Dans notre échantillon 26.4% des patientes étaient tabagiques. Dans la population générale, on estime en 2010 que 17.1% des femmes fumaient au moins une cigarette par jour pendant leur grossesse [9]. Un antécédent de césarienne a été constaté chez 13.2% de nos patientes, dans la population générale ce taux était de 18.9% en 2012 [9].

95.6% des patientes de notre étude ont bénéficié de corticothérapie anténatale pour maturation pulmonaire, ce qui est très supérieur aux données nationales qui établissaient en 2010 que 54.3% des enfants nés avant 34SA avaient reçu cette cure [9]. On peut ici saluer la politique du réseau de périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO), qui, non content d'avoir un taux de TIU très acceptable, a réussi à généraliser la pratique de la CAN avant transfert contribuant ainsi grandement à ce fort taux de CAN.

On estime que dans la population générale, 10.5% des femmes enceintes ont eu une grossesse marquée par une rupture prématurée des membranes en 2010, tous termes confondus [9]. Avant 32SA et 6 jours parmi les patientes de notre étude, 26.4% ont été hospitalisées pour cette raison. Ces 2 taux ne peuvent donc pas être mis en parallèle du fait de la différence des termes pris en compte. 59.9% de ses patientes ont accouché par voie basse.

En France 6.5% des femmes enceintes ont été hospitalisées pour MAP en 2010, tous termes confondus [9]. Parmi les patientes de notre étude, 33.9% ont été hospitalisées pour cette raison. Là encore, ces résultats ne peuvent être comparés du fait de la différence des termes pris en compte. 68.3% des patientes en menaces MAP ont accouché par voie basse. Dans la population générale française, la voie d'accouchement est la voie basse dans 79% des cas [9].

L'étude de Werner en 2013 a montré que la césarienne n'était pas protectrice pour le fœtus mais avait tendance à augmenter le risque de détresse respiratoire et le faible score d'Apgar [8]. La revue systématique réalisée par la Cochrane en 2013 a, elle, établi qu'il n'y avait pas de différence significative entre les accouchements par césarienne et par voie basse en ce qui concerne l'asphyxie néonatale ou la survenue de traumatismes à la naissance [4]. Lors de notre étude on a pu remarquer que 8.3% des enfants nés par voie basse contre 23.6% des enfants nés par césarienne présentaient une acidose, et 9.7% des enfants nés par voie basse contre 13.2% des enfants nés par césarienne avaient une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine à 5 minutes de vie. Ces résultats sont à nuancer, puisque ces enfants nés par césarienne étaient déjà en souffrance *in utero*, c'est pourquoi la césarienne avait été pratiquée en urgence. Il semble donc judicieux de considérer qu'il n'y a pas lieu, en cas de présentation céphalique, de proposer une césarienne systématique mais plutôt de privilégier la voie basse.

Aucune étude n'est parvenue à démontrer qu'il y avait des différences significatives sur la morbidité ou la mortalité fœtale en fonction de la voie d'accouchement du prématuré en siège [11-3-12-13]. Dans ses recommandations de 2000 le CNGOF a établi que « Il n'y a aucune démonstration valable d'un bénéfice de la césarienne chez les sièges prématurés » mais qu'une rupture prématurée des membranes prolongée doit faire renoncer à la tentative de voie basse [14]. Au cours de notre étude, un prématuré en siège est né par voie basse après une RPM de pratiquement 5 semaines et un travail très rapide.

En théorie, en cas d'accouchement prématuré d'un fœtus en siège, il existerait un risque accru de rétention de tête dernière à cause d'une dilatation cervicale incomplète. De plus, il n'est pas possible d'abréger rapidement la phase d'expulsion par extraction instrumentales en cas de souffrance fœtale. Ces raisons ont contribué à faire de la césarienne

la voie d'accouchement souvent privilégiée pour les sièges [14-3]. Ceci est conforme au taux de 96.3% de césariennes retrouvé dans notre étude.

Il n'est pas surprenant d'obtenir un taux de césariennes de 100% pour des pathologies telles que les pré-éclampsies sévères, les HRP et les HELLP syndrome où le pronostic fœtal et maternel est en péril et nécessite une extraction fœtale en urgence. On note cependant qu'une césarienne a été faite en cours de travail suite à un déclenchement par propess<sup>®</sup> et direction du travail par syntocinon<sup>®</sup>, dans le cadre d'une pré-éclampsie modérée.

On aurait pu penser que la proportion d'accouchements voie basse augmenterait avec l'âge gestationnel. Or on remarque que dans notre étude le ratio de 1 tiers d'accouchements voie basse pour 2 tiers de césariennes reste constant quelque soit le terme. Ce phénomène peut en partie être expliqué par l'augmentation de l'apparition des pré-éclampsies avec le terme de la grossesse.

Les RCIU ont touché 20.7% des grossesses de notre étude. 4.1% des femmes ont été hospitalisées pour retard de croissance en France en 2010 [9]. On retrouve un taux de césarienne de 96% avec un seul des fœtus né par voie basse (suite à une MAP avec un enfant en position céphalique). Ceci est en accord avec le taux de 97% de césarienne retrouvé par l'étude TRUFFLE qui avait intégré 543 fœtus avec un RCIU entre 26 et 32SA [15].

L'étude des risques et des conséquences que pourraient avoir un déclenchement ou une tentative d'accouchement voie basse est rendue très difficile par le très fort taux de césariennes dans les études. Une méta-analyse réalisée par la Cochrane en 2001 dont l'objectif était de comparer la césarienne à la voie basse pour la naissance des enfants de petits poids n'a pas mis en évidence de facteurs en faveur d'une césarienne systématique en



terme de mortalité et de morbidité [19]. Toutefois, les études intégrées dans cette méta-analyse étaient hétérogènes, de faibles effectifs et incluaient plus d'enfants prématurés que de véritables RCIU.

Il n'existe aucun argument contre-indiquant objectivement la tentative d'accouchement voie basse lorsque les conditions obstétricales sont favorables [15]. En cas de travail spontané prématuré, en l'absence d'ARCF et si la dynamique de dilatation est bonne, laisser accoucher la patiente ne semble donc pas exposer le fœtus à des risques supplémentaires.

On peut se poser la question de la possibilité de déclencher l'accouchement des RCIU en alternative aux césariennes programmées. Sur ce point, il n'existe pas dans la littérature d'étude comparant les issues obstétricales et néonatales des enfants présentant un RCIU inférieur au 10<sup>e</sup> percentile nés après un déclenchement et nés après une césarienne programmée. Néanmoins une étude rétrospective réalisée en 2001 a comparé ces issues entre les enfants nés suite à un déclenchement et nés après un travail spontané. Les issues néonatales et le taux de césarienne étaient comparables entre les deux groupes en cas de naissance prématurée [15].

Actuellement, il n'existe pas d'arguments scientifiques qui soient plus en faveur d'un déclenchement par méthodes mécaniques (telles que la sonde de Follet à ballonnet intra cervical) que par prostaglandines intra vaginales ou intracervicales. Dans la méta-analyse de la Cochrane réalisée en 2012, les prostaglandines E2 vaginales apparaissaient plus pourvoyeuses d'hyperstimulation avec altération du rythme cardiaque fœtal que les moyens mécaniques de déclenchement. Toutefois il n'existe pas de différences significatives en ce qui concerne le taux de césarienne et la morbidité néonatale [20]. Quelque soit la méthode de déclenchement choisie, il est préférable de poursuivre au-delà de 2 heures la surveillance du

rythme cardiaque fœtal après la pose de PGE2 ou du ballonnet intracervical [15]. Bien que considéré comme l'examen de seconde ligne de référence en cas de RCIU, le pH au scalp ne peut être utilisé pour la surveillance du bien être fœtal pour les accouchements entre 26SA et 32SA car il est contre indiqué avant 34SA. De même qu'en cas de nécessité d'extraction fœtale instrumentale la ventouse est contre-indiquée avant 34SA [15].

## **V. Conclusion :**

L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs qui influencent la décision de voie d'accouchement entre 26SA et 32SA et 6 jours. Nous avons pour ceci étudié rétrospectivement 121 dossiers d'accouchements prématurés survenus en 2012 et 2013.

La plupart des accouchements ont eu lieu dans un contexte d'urgence ce qui laissait peu de place au travail physiologique de l'accouchement, hormis lorsqu'ils étaient consécutifs à une MAP ou une RPM qui, dans la plupart des cas, entraînaient le travail de manière spontanée. Ainsi, il apparaît que lorsque le pronostic maternel ou fœtal était en péril, la césarienne était la voie d'accouchement privilégiée. Plus que la pathologie associée à la grossesse, c'est le bien-être fœtal et l'état maternel qui apparaissent comme décisifs dans le choix de la voie d'accouchement.

Il pourrait être intéressant de mener une étude prospective de plus grande envergure au CHRU afin d'étudier plus précisément et plus spécifiquement les facteurs qui interviennent dans la décision de naissance du fœtus et dans le choix des modalités d'accouchement pour les RCIU entre 26SA et 32SA et 6 jours.

## VI. Bibliographie

- 1- Epipage 2, Etude Epidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels. Etat des connaissances. [en ligne] <http://www.epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etat-des-connaissances>. Consulté le 3 janvier 2015.
- 2- INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. La survie des enfants grands prématurés en France s'améliore : premier résultats de l'étude EPIPAGE 2. [en ligne] <http://presse-inserm.fr/la-survie-des-enfants-grands-prematures-en-france-sameliore-premiers-resultats-de-letude-epipage-2/17643>. Consulté le 3 janvier 2015.
- 3- Kayem G. Voie d'accouchement du prématuré. Rencontre de Port-Royal 2013 : choisir sa voie d'accouchement. 2013 ; 117(10) : 73-82.
- 4- Alfirevic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. Cochrane database of systematic reviews (online). 2013; 9: CD000078
- 5- Drydman R, Carbonne B, D'Ercole C. Recommandations pour la pratique clinique : césarienne : conséquences et indications. CNGOF. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2000 (mise à jour 2013) (suppl n°2) :9-108
- 6- Ploteau S, Esselin J, Philippe H-J. Les césariennes atypiques. CNGOF. 2008
- 7- Beucher G, Deneux-Tharoux C, Deruelle P. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. CNGOF. 2012 ; 15 : 605-6019
- 8- Werner EF, Han CS, Savitz DA, Goldshore M, Lipking HS. Health outcomes for vaginal compared with cesarean delivery of appropriately grown preterm neonates. Obstet Gynecol. 2013; 121(6): 1195-200.
- 9- Blondel B, Kermarrec M. Enquête périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM ; 2011 :1-132.

- 10- Bloc F, Dupuis O, Massardier J. Abuse-t-on des césariennes en extrême urgence? J. gynécol. obstét. biol. reprod. 2010 ; 39 : 133-138
- 11- Cibils LA, Karrison T, Brown L. Factors influencing neonatal outcomes in the very-low-birth-weight fetus (<1500 grams) with a breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1994; 171(1): 35-42
- 12- Rydhstroem H. La césarienne en cas de présentation par le siège avant terme est-elle justifiée? Encycl. méd.-chir. 2002 ; 5-049-L48 : 1-4.
- 13- Penn ZJ, Steer PJ, Grant A. A multicentre randomised controlled trial comparing elective and selective caesarean section for the delivery of the preterm breech infant. BJOG. 1996: 48-53.
- 14- Marpeau L. Faut-il laisser accoucher les sièges par voie basse? CNGOF. 2000
- 15- Perrotin F, Simon EG, Potin J. Modalités de naissance du fœtus porteur d'un RCIU. Rev. sage-femme. 2014 ; 13 : 33-42.
- 16- Carbonne B, Vayssière C, Sentilhes L. Recommandations pour la pratique clinique : le retard de croissance intra-utérin. CNGOF. 2013 ; 21 : 805-825
- 17- Werner EF, Savitz DA, Javenic TM, Ehsanipoor RM, Thung SF, Funai EF, et al. mode of delivery and neonatal outcomes in preterm, small-for-gestational-age newborns. Obstet Gynecol. 2012; 120(3): 560-4
- 18- Laudenbach V, Mercier FJ, Rozé JC. Anesthesia mode for caesarean section and mortality in very preterm infants: an epidemiologic study in the EPIPAGE cohort. Int. j. obstet. anesthes. 2009 ; 18 : 142-149
- 19- Grant A, Glazener CM. Elective caesarean section versus expectative management for delivery of the small baby. Cochrane Database Syst Rev 2001: DC000078
- 20- Jozwłak M, Bloemenkamp KW, Kelly AJ, Mol BW, Irlon O, Bouvain M. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 3: CD330012

# Annexe 1 : Grille de recueil de données

---

**DOSSIER n° :**

## Information générales

---

Age :                    IMC :                     tabac (si oui combien/jr :    )     autres addictions

Origine :

célibataire                     en couple                     mariée

ATCD médicaux :

ATCD chirurgicaux :

ATCD familiaux :

GxPx :                     ATCD FCS :                     IVG :                     ATCD AVB :                     IMG

out cicatriciel                     out bi-cicatriciel                     ATCD césarienne corporeale                     ATCD AP

## Déroulement grossesse actuelle

---

DDG :                     TIU

fille                     garçon

Ttt :     CAN                     tocolyse                     progestérone                     antibiothérapie

Pathologies de la grossesse :  RPM( SA )                     chorioamniotite                     PE( SA )

MAP( SA )     malformation                     placenta praevia                     infection

RCIU                    ( SA )     PAG                     diabète gestationnel (type :    )

HELLP Sd                     HRP

Autres pathologies de la grossesse :

## Accouchement

AVB

Césarienne

---

Terme :

Date :

nuit

jour

semaine

WE

jour férié

abandon fœtal

type d'anesthésie :

échappement à la tocolyse

travail spontané

ARCF en dh du travail

siège

présentation transversale

PC

type césar :

césarienne planifiée

césarienne en cours de travail

césarienne en urgence

déclenchement →

propress

syntocinon

ballonnet

gel de Prostine

ARCF pdt le travail

extraction instrumentale

direction

du travail par

syntocinon

DOE:

DW:

DEE:

LAC

LAT

LM

Professionnel ayant pratiqué l'accouchement : SF

médecin

## Etat néonatal :

---

Apgar (1/5) :

pH a :

Pédiatre sur place :

pHv :

Réanimation néonatale :

Transfert en réanimation

Transfert en néonatalogie

# Résumé

---

## **Objectif :**

Le but de cette étude est de déterminer les facteurs qui influencent la décision de voie d'accouchement entre 26 et 32SA et 6 jours.

## **Matériels et méthodes :**

Etude descriptive rétrospective au CHRU Morvan de Brest réalisée à partir de l'analyse des dossiers des accouchements survenus entre 26 et 32 SA et 6 jours du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013.

## **Résultats :**

Un ratio de 1 tiers d'accouchements voie basse pour 2 tiers de césariennes a été retrouvé et ce, quelque soit le terme de naissance. Les seules pathologies de la grossesse ayant abouti à un accouchement par voie basse sont les MAP (59.9% d'accouchement voie basse) et les RPM (68.3% d'accouchements voie basse). Un seul fœtus en siège est né par voie basse au cours de notre étude. On retrouve un taux de césariennes de 100% pour des pathologies telles que les pré-éclampsies sévères, les HRP et les HELLP syndrome. La voie d'accouchement retrouvée pour les RCIU était la césarienne dans 96% des cas.

## **Conclusion :**

Actuellement il n'existe pas d'éléments significatifs en termes de morbidité et de mortalité permettant de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre chez les grands prématurés. Il semble que le contexte d'urgence en lien avec la vitalité fœtale ou l'état maternel fasse privilégier la césarienne dans 2/3 des cas. C'est pourquoi la décision quant à la meilleure voie d'accouchement prématuré va dépendre pour chaque cas de la situation, de l'opérateur et des pratiques habituelles du service.

## **Mots clés :**

Prématurité, césarienne, accouchement voie basse, urgence, RCIU, MAP