



HAL
open science

Acupuncture et version foétale : identification des éléments influençant le taux de version foétale par acupuncture

Emma Genco

► **To cite this version:**

Emma Genco. Acupuncture et version foétale : identification des éléments influençant le taux de version foétale par acupuncture. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01946622

HAL Id: dumas-01946622

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01946622v1>

Submitted on 6 Dec 2018

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.

**Acupuncture et version fœtale :
Identification des éléments
influençant le taux de version fœtale par acupuncture.**

Revue de la littérature

**Mémoire présenté et publiquement soutenu devant
l'École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée**

Le 16 Avril 2018

Par

GENCO Emma
née le 16 septembre 1993

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Maïeutique
Année universitaire 2017/2018

Membre du jury :

- Mr Gilles MICHEL, sage-femme Maternité Hôpital Nord, directeur de mémoire
- Mme Marie-Pierre BALZING, sage-femme enseignante, co-directeur de mémoire
- Mme Anne-Laure PONS, sage-femme Maternité Pays d'Aix

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée
Université Aix Marseille

**Acupuncture et version fœtale :
Identification des éléments influençant
le taux de version fœtale par acupuncture.**

Revue de la littérature

GENCO Emma
Né le 16 Septembre 1993

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-
Femme Année universitaire 2017-2018

Validation 1^{ère} session 2018 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>
	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Assez bien	<input type="checkbox"/>
	Passable	<input type="checkbox"/>
Validation 2^{ème} session 2018 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Ce mémoire a été commencé depuis quelques mois, j'adresse ainsi mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans sa réalisation.

En premier lieu, merci à mon directeur de mémoire Gilles MICHEL et à ma co-directrice Marie-Pierre BALZING pour l'aide qu'ils m'ont apportée.

Merci à ma famille, mes parents pour leurs soutiens apporté tout au long de mon parcours. Merci à Gaël d'être ce grand frère baroudeur me transmettant l'envi de voyage.

Merci à l'équipe de l'EU3M pour leur écoute et leurs conseils. Cela a permis de dépasser nos limites et de devenir ce que nous sommes aujourd'hui.

Merci à AMU et à la vie estudiantine, je n'oublierai pas tous ces moments passés tant qu'étudiante avec vous.

Listes des abréviations et définitions

AGORE : alternatives en Gynécologie Obstétrique recherche et enseignement

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CNGOF : collège national de gynécologie et obstétricien de France

DU : diplôme universitaire

GERA : groupe d'étude et de recherche en acupuncture

Moxa : moxibustion

NP : niveau de preuve

OR : old ratio

PS : présentation du siège

RCF : rythme cardiaque foetal

RR : risque relatif

SA : semaine d'aménorrhée

VFPA : version fœtale par acupuncture

VME : version par manœuvre externe

Table des matières

Introduction.....	1
Matériels et méthode.....	4
Résultats.....	7
Analyse et Discussion	14
Conclusion	21

Introduction

La présentation du siège est une présentation fœtale eutocique à risque représentant 3 à 4% des présentations [1]. Elle augmente le risque de la mortalité et de la morbidité fœtale et néonatale. La prévention d'un accouchement par siège, permet aussi d'éviter une morbidité maternelle et fœtale liée à une augmentation de complications obstétricales (déchirures, hémorragie, hypoxie, luxation congénitale des hanches) [2].

L'étude de Hannah de 2000 est une étude multicentrique randomisée avec un niveau de preuve (NP) de 1. Les résultats de cette étude montrent qu'en cas de présentation du siège, l'accouchement par césarienne représente un intérêt dans la prévention de morbidité et de mortalité fœtale et néonatale par rapport à un accouchement par voie basse (VB) [3]. Au final, le taux de césarienne lors de présentation du siège représente 70% des accouchements [4]

Dans le but d'épargner une telle intervention, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) recommande une version fœtale par manœuvre externe (VME). Cette manœuvre effectuée à partir de 36 semaines d'aménorrhée (SA) permet une rotation du fœtus en présentation céphalique. Ainsi, le taux de présentation caudale à terme et le taux de césariennes diminueraient de manière significative (OR = 0,85 ; IC 95% entre 0,72-0,99) [1].

Mais cette technique nécessite une prise en charge médicale en centre de maternité, avec l'intervention d'un médecin (Annexe 1). Elle n'est pas dénuée de risques (anomalie de la fréquence cardiaque fœtale, hémorragie fœto-maternelle, allo-immunisation, rupture des membranes, travail prématuré, décollement placentaire) [5] et présente un certain nombre de contre-indications (refus de la patiente, placenta prævia, retard de croissance intra-utérin, sérologie VIH, hépatite C avec PCR positive, traitement anticoagulant, hypertension sévère) (annexe 1).

En France, la VME prend une place centrale dans la prise en charge du siège. Cependant, il existe des solutions alternatives. Celle étudiée ici est l'acupuncture. Le principe de cette technique asiatique est la stimulation du point yang, le 67 v. Ce point se situe sur le méridien de la vessie à 2 mm en arrière de l'angle unguéal externe du 5^e orteil. Les points yang sont caractérisés par la chaleur, la lumière, la vie [6] et peuvent être stimulés de différentes manières. Cela peut être par acupuncture avec des aiguilles chauffées, par le toucher ou par moxibustion (moxa). La moxibustion correspond à un bâtonnet d'armoise ou de charbon chauffé et appliqué à faible distance du point à stimuler.

L'article R.4227-318 du code de la santé publique autorise les sages-femmes à exercer l'acupuncture à condition d'obtenir le diplôme universitaire (DU) d'acupuncture obstétricale (Annexe 2).

Cette compétence présente donc un intérêt pour la profession de sage-femme, octroyant à cette dernière la possibilité de devenir actrice dans la prise en charge de la présentation caudale.

Le pourcentage de réussite de la version fœtale par acupuncture (VFPA) présente une disparité dans son efficacité. En effet, une première approche de la littérature montre que le taux de réussite d'une VFPA peut varier de 35,21% selon l'étude de Lucie Martin [7] contre 97% selon l'étude de Kanakura [8].

Cet écart de réussite, identifié dans la littérature amène à la question de recherche de ce mémoire :

« Quels sont les éléments susceptibles d'expliquer l'écart du taux de réussite de la version fœtale par acupuncture retrouvés dans les différentes études menées sur ce sujet ? »

Pour répondre à la question de recherche, l'objectif suivant a été posé :

- Identifier les éléments susceptibles d'expliquer le taux de réussite de la version fœtale par acupuncture.

Avec pour sous-objectifs :

- Evaluer l'intérêt de la version fœtale par acupuncture par rapport à la version fœtale par manœuvre externe.

La finalité de ce travail est de proposer le protocole de VFPA le plus efficace, au regard de l'analyse des données de la littérature.

Matériels et méthode

Dans le but de répondre à la question de recherche posée et d'atteindre l'objectif et au sous-objectif proposés, une revue de la bibliographie a été effectuée.

Deux bases de données médicales PubMed et Em-consult ont été utilisées. De plus, la prise de contact avec deux groupes spécifiques à l'acupuncture, le groupe d'étude et de recherche en acupuncture (GERA) et les alternatives en Gynécologie Obstétrique recherche et enseignement (AGORE), ont permis l'accès à leurs bases de données.

Les mots clés utilisés pour repérer les articles dans cette recherche ont été choisis avec l'aide du thesaurus de Medline.

Ces mots clés ont été :

- Acupuncture AND breech presentation
- Moxibustion AND breech presentation

Les critères d'inclusion à cette étude sont :

- Les articles parus en français, anglais et espagnol
- Les articles parus entre 2008 et 2017 afin d'obtenir une vision récente de l'acupuncture d'aujourd'hui avec des articles datant de moins de dix an.
- Les articles où le protocole d'acupuncture peut être identifié

Les critères de non-inclusion sont :

- Les articles traitant uniquement de la VME
- Les articles ne traitant pas de la version fœtale
- Les articles payants.

Les critères d'exclusion sont :

- Les articles rapportant des études cliniques sur des groupes non comparables
- Les articles ayant un taux de perdu de vue supérieur à 15%
- Les articles présentant des données manquantes nuisant à l'interprétation des résultats.
- Les articles ayant un résumé en anglais mais le texte en chinois.

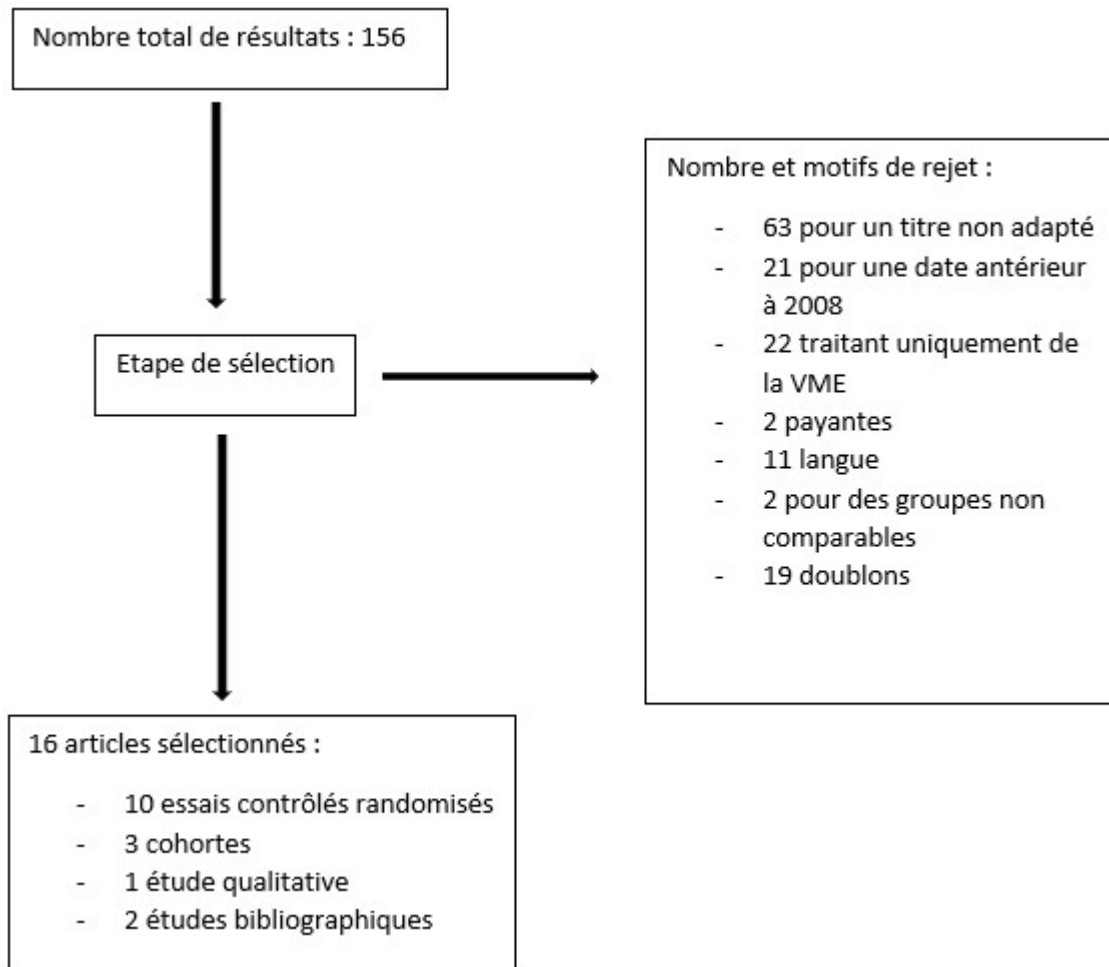
La première étape de ce travail a été de rechercher les articles pouvant être inclus dans l'étude.

Devant le nombre important d'articles, il a fallu procéder à une première étape de sélection rapide via la grille de lecture proposé par l'Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2000 [9] (annexe 3).

Ces articles ont ensuite été soumis à une grille de lecture standardisée présentée dans le manuel intitulé « méthode globale de lecture critique d'articles médicaux » de Landrison en 2002 [10] (annexe 4). C'est à cette étape qu'il a été établi pour chaque étude un NP suivant les recommandations de l'ANAES (annexe 5).

Au total, seize articles ont été sélectionnés selon le diagramme de flux suivant :

Diagramme de flux.



Afin de mieux faciliter la compréhension des études, il est rappelé ici la signification des résultats statistiques [9] :

- « p » : si la valeur de p est inférieure à 0,05, la différence entre deux groupes étudiés est significatif.
- « Risque Relatif (RR) » : il calcule le risque d'obtenir un phénomène. Si la valeur est supérieure à un, le risque est augmenté. Si la valeur est inférieure à un le risque est diminué.
- « Old Ratio (OR) » : calcule l'influence d'un facteur. Si le OR est égal à un, le facteur n'a pas d'influence sur l'objet étudié. Si le OR est supérieur à un, le facteur est aggravant. Si le OR est inférieur à un, le facteur est protecteur.

Résultats

Pour traiter des éléments influençant la version fœtale par acupuncture, il a été sélectionné seize études.

Parmi elles, treize études quantitatives traitant de la réussite de la version fœtale par acupuncture :

- Dix essais contrôlés randomisés
- Trois études de cohortes

Trois autres études identifiant les protocoles d'acupuncture utilisés pour effectuer une version fœtale par acupuncture ont été sélectionnés :

- Une étude qualitative
- Deux études bibliographiques

Ces études ont été présentées sous forme de tableaux synoptiques (Annexe 7). Ils permettent de simplifier l'analyse des éléments en rapport avec les objectifs de l'étude.

Etudes quantitatives concernant l'effet de l'acupuncture sur la version foetale.

Dans cette partie, les protocoles de chaque étude ont été analysé puis confronté les unes aux autres. Afin de faciliter la compréhension des résultats, un tableau de synthèse est joint **page 11**.

Mis à part l'étude de Beau JP [11] avec une p value significative (inférieur à 0,05), aucune étude sélectionnée n'a montré une valeur significative en termes de VFPA. Cependant, dix études [12;13;15;16;17;18;19;20;21;22] exposent un intérêt à la VFPA avec un RR entre 1,05 pour l'étude du Bue et al [20] à 1,35 pour l'étude de Vas et al [13].

En revanche, l'étude de Coulon et al [22] montre que le protocole de VFPA ne favorise pas la présentation céphalique. Dans le groupe traité, il est retrouvé 72% de présentations du siège (PS) à 37 SA. Or, dans le groupe placebo traité par laser, il est observé 63,4% de PS. La p value vaut 0,10 dans cette étude.

Selon les études sélectionnées, la moxibustion est utilisée dans dix protocoles [11;12;13;14;7;16;17;20;21;22] Deux études parmi ces dix études associent la moxibustion et le traitement par aiguilles [12 ;22].

L'étude retrouve trois articles utilisant les aiguilles pour effectuer le protocole de version [11;16;19].

La moxibustion est retenue comme la méthode la plus utilisée dans les protocoles de VFPA.

Dans cette étude, deux protocoles commencent à 31 SA [12 ;7], trois à 32 SA [11 ;16 ;21], trois à 33 SA [13 ;20 ;22], quatre à 34 SA [14 ;15 ;17 ;18] et un à 35 SA [19].

Majoritairement, les protocoles sont débutés à 33 SA mais ils ne sont pas les plus concluant en termes de réussite de la version. Coulon et al [22] ne montrent pas d'intérêt à la VFPA, Bue et al [20] a un RR de 1,05, VAS et al a un RR de 1,29.

Lorsque les études débutent à 32 SA, les résultats en termes de présentations céphaliques sont plus concluants. Beau et al [11] montrent des résultats

significatifs, Sananes et al [16] calculent un RR à 1,34 et Albaleladejo et al [21] identifient un p à 0,64.

Les deux études à 34 SA indiquent un p value à 0,82 pour l'étude de Millereau, Branger et Darcel [17], et un p value à 0,11 pour celle de K DO et al [14]. On peut remarquer le manque de puissance de ces études (respectivement : n = 68 et n = 20).

Si la prise en charge commence à 31 SA, les valeurs de p ne sont pas communiquées. Cependant la version spontanée fœtale peut être mis en corrélation avec la précocité du traitement et constitue un biais important dans l'étude.

Mansy fait débiter son protocole à 35 SA et obtient comme résultat un p value à 0,17 [19].

En fin, Guittier et al, obtiennent un RR favorable à la version 1,12 en commençant le traitement à 34 SA [15].

Le résumé des études montre une tendance à commencer précocement le traitement à partir de 32-34 SA.

Cinq études indiquent que la multiparité favorise la version fœtale [11 ;13 ;14 ;17 ;22]. Parmi elles, une étude est significative [13] (p =0,01 ; n=406).

Une étude évoque une différence significative en faveur de la nulliparité [20] (p=0,01 ; n=200)

Concernant le temps de la stimulation du point 67v, trois études ont pour protocoles quinze minutes d'application [11 ;17 ;20], huit études nécessitent vingt minutes [12 ;13 ;14 ;15 ;7 ;19 ;21 ;22], et deux études pratiquent des séances de trente minutes [7 ;16].

Le temps efficace retenu pour cette étude est de vingt minutes.

La fréquence de la stimulation du point 67v varie selon les études. On retrouve cinq études qui demandent une stimulation par jour [12 ;13 ;15 ;17 ;20], trois études préconisent deux stimulations par jour [11 ; 14 ; 21], une étude demande deux stimulations par semaine [19] tandis qu'une autre demande trois stimulations par semaine [7], une étude demande une stimulation tous les quarante-huit heures [22], une étude demande trois stimulations en dix jours [16].

L'étude de Martin montre que 44,74% des sièges décomplétés ont effectué une version contre 18,42% des sièges complets ($p = \text{NC}$) [7]. L'étude de Mansy montre que 51,3% des sièges décomplétés ont effectué une version contre 15,4% des sièges complets. En revanche il n'y a pas de différences significatives entre le groupe traité et le groupe contrôle ($p = 0,22$) [19].

Toutefois, Klotz et al identifient que 46,19% des sièges décomplétés étaient en présentation céphalique contre 49,15% dans le groupe des fœtus en présentation du siège complet [12].

Mansy montre un résultat significatif concernant le nombre de séances nécessaires pour effectuer une version fœtale. Avec un p égal à 0,01, elle montre qu'en moyenne, 1,6 séances sont nécessaires pour constater la version [19]. Ce résultat est appuyé par Beau et al en montrant que 2,6 séances suffisent avec un p inférieur à 0,05 [11]. A noter, les séances effectuées par un professionnel sont espacées de deux à trois jours. Entre ces séances, le point est stimulé tous les jours.

Ainsi, d'après ces résultats, environ une semaine serait nécessaire pour constater une version.

En revanche, les autres études n'ont pas montré d'intérêt à augmenter le nombre de séances.

Le tableau suivant, présente la synthèse des études quantitatives retenues :

Tableau récapitulatif des études quantitatives

Etude	Chiffres significatifs	Moxa (M) Acu (A)	Terme	Primi (P) Multi (M)	temps	Type de siège	Application = Professionnel (P) = Auto-application (A)	Fréquence	Nombres de séance efficace
BEAU	P < 0,05	A Chauffée	32 -34+6 SA	M	15 min	NC	P + A	2x/j Dont 1 séance tous les 48h	2,6
KLOTZ	CI de 9,48 à 18,65	M + A	A partir de 31 SA	NC	20 min	Complet	P + A	1x/j Dont 1 séance tous les 3 jours	3
VAS	RR 1 : 1,29 RR 2 : 1,35 RR 3 : NC	M	33 – 35 SA	M P=0,01	20 min	NC	P+A	1x/j + 6 séance en CH	NC
K DO	P = 0,11	M	34 -36 SA	M	20 min	NC	P + A	2x/j pendant 10j	NC
GUITTIER	P = NC	M	34 -36 SA	NC	20 min	NC	P + A	1x/j pendant 2 sem	NC
MARTIN	P = NC Conclu = NS	M	A partir de 31 SA	NC	30 min	Décomplété	P	NC	3
SANANES	RR = 1,34	A	A partir de 32 SA	NC	30 min	NC	P	3x en 10j	NC
MILLEREAU	P = 0,82*	M	A partir de 34 SA	M	15 - 20 min	NC	1 fois par P Puis A uniquement	1x/j jusqu'à accouchement	NC
GUITTIER	RR = 1,12	M	34 – 38 SA	NC	20 min	NC	P	3x/sem pendant 2 sem	NC
MANSY	P = 0,17	A	35 -37 SA	NC	20 min	Décomplété	P + A	2x/sem	NC
BUE	RR = 1,05	M	A partir de 33 SA	P	15 - 20 min	NC	P + A	1x/j pendant 2 sem	NC
ALBULADEJO	P = 0,64	M	32 – 36 SA	NC	20 min	NC	P	2x/j pendant 1 sem	NC
COULON	A 37+2 SA p = 0,6 A accouchement p = 0,10*	A+M	A partir de 33+4	M	20 min	NC	P	1x/2j pendant 2 semaines	6

Légende :

- Sem : semaine
- RR : risques relatifs
- NC : non communiqué
- NS : non significatifs
- SA : semaine d'aménorrhée
- Min : minutes

Etude qualitative concernant l'intérêt de l'acupuncture dans la version fœtale.

Le travail de Smith et Betts réunit seize protocoles dont l'objectif est d'examiner les protocoles d'acupuncture permettant une version fœtale. Les auteurs recherchent les clés de la prise en charge pour établir un protocole adapté.

Le moxa est plus utilisé que les aiguilles par les professionnels. De plus, 47,7% des patientes préfèrent le moxa plutôt que les aiguilles. La moitié des protocoles sélectionnés ont une durée de 20 min. 41% commencent le protocole avant 37 SA et 50% après 37 SA. Les durées des protocoles varient de 10 à 14 jours dans 90% des cas [23].

Etudes bibliographiques montrant l'effet de l'acupuncture dans la version fœtale.

L'étude de Li Xun et al est une étude asiatique, bibliographique retenant dix-sept études avec des niveaux de preuve scientifique élevés. Parmi elles, trois sont randomisées et soulignent des résultats significatifs en faveur de la VFPA ($p = 0,02$; $p = 0,006$; $p = 0,0001$).

Les études randomisées avec un groupe placebo identifient une différence significative en faveur de la VFPA ($p = 0,0001$; $p = 0,02$; $0,0001$).

Les études colligées dans cet article montrant la faible efficacité de l'acupuncture sur la version fœtale ont été réalisées sur des populations occidentales (p entre 0,07 et 0,78) [24].

L'étude de Van den berg est une étude bibliographique réunissant neuf études. Six études sont randomisées (trois sont asiatiques et trois sont occidentales) et trois autres sont des cohortes d'origines asiatiques.

A noter que :

- les études randomisées révèlent une version fœtale favorisée par l'acupuncture (OR = 0,25)
- les cohortes montrent un effet protecteur de l'acupuncture en vers la présentation céphalique (OR = 0,29) [25].

L'auteur met en évidence la différence de durée du traitement. Elle est de six semaines pour les études asiatiques et de deux semaines pour les études occidentales.

Analyse et Discussion

Validité interne de l'étude

Plusieurs biais méritent d'être identifiés dans l'étude bibliographique présentée dans ce travail :

- un biais de publication : en effet, un certain nombre de travaux ne font pas l'objet de publication, et ce d'autant plus si les résultats obtenus ne sont pas significatifs. Ces travaux ne sont donc pas accessibles au sein des bases de données comme PubMed et Em-consult. Les études et articles sélectionnés dans cette recherche ne sont pas tous issus d'une publication avec l'accès des bases de données GERA et AGORE spécifique à l'acupuncture.
- un biais linguistique : les études publiées le sont principalement en anglais. En revanche, certaines études de VFPA intéressantes publiées en chinois ou en japonais ne sont pas forcément traduites et donc accessibles. Cette perte de ressources et d'informations a pu être un frein dans l'atteinte des objectifs de ce travail.
- un biais de sélection : quatre bases de données ont été interrogées pour cette recherche, ce qui a restreint la sélection d'articles à ceux présents au sein de ces bases de données. A noter que deux articles ont été exclus au motif de leur coût élevé.

Par ailleurs, la limite chronologique choisie dans ce travail (à partir de 2008 jusqu'en 2017) a pu exclure de fait des articles antérieurs à 2008 et postérieurs à 2017 susceptibles d'être intéressants.

Les principales difficultés rencontrées ont été de deux ordres :

- La compréhension de la médecine par acupuncture fut le premier exercice nécessaire pour lire et déchiffrer les articles car cette médecine asiatique n'a pas les mêmes fondements que la médecine occidentale.

- La sélection des articles : des choix ont dû être faits pour ne retenir que les articles pertinents, même s'ils n'avaient pas tous faits l'objet d'une publication d'un journal prestigieux. Cependant, l'intérêt de leurs résultats a justifié leur inclusion dans l'étude.

Concernant le faible nombre d'études à haut niveau de preuve, il est à noter que les études d'acupuncture, relatives aux versions fœtales, sont soumises à diverses contraintes. Au regard de la place de la VME en France [1] il ne faut pas que la version par acupuncture soit une perte de chance pour les patientes d'effectuer un accouchement par présentation céphalique. Les professionnels de santé sont dans l'obligation de proposer la VME aux patientes à 37 SA. Si elles acceptent, elles devront sortir de l'étude initiale. Ainsi les études d'acupuncture à visé d'une version sont limitées dans la durée de la prise en charge. Elles sont soumises à une échéance qui est celle de la VME, c'est-à-dire 37 SA [26].

De plus, les protocoles des VFPA sont soumis à des conditions d'assiduité, de précision et de temps. Ces facteurs peuvent biaiser les études avec une augmentation du nombre de perdus de vue, le manque de respect du protocole. In fine, ces contraintes réduisent les possibilités d'études de la VFPA et rendent plus difficile l'obtention d'études à haut niveau de preuve.

Le pourcentage de versions fœtales

Le taux de présentation céphalique diverge entre les études : il varie de 17,9% avec l'étude de Guittier et al [15] à 69% avec celle de Beau [11]. Or, cet écart peut être expliqué par plusieurs éléments retrouvés dans ces travaux.

L'étude du Guittier et al est une étude quantitative randomisée de forte puissance (n = 212). Son niveau de preuve est de 1. On note le début de l'intervention qui commence à 36 SA [15].

L'étude de Beau [11], quant à elle représente le plus fort taux de réussite de VFPA ici. Il s'agit d'une étude quantitative randomisée de puissance plus faible que celle de Guittier et al (NP = 3). Le traitement commence à partir de 32 SA et non à 36 SA comme celle de Guittier. Or, le biais influencé par les versions spontanées est alors plus important. Selon l'étude de Westgren et al, le taux de version spontanée

après 32 Sa est de 57% [27]. Ainsi, la version spontanée lors d'un traitement précoce par acupuncture peut représenter plus de la moitié des versions obtenues. Cela rend plus difficile l'interprétation de l'efficacité de l'acupuncture sur la version. Ainsi, en comparant ces deux études, l'hypothèse suivante peut être émise : la puissance de l'étude, la précocité de la prise en charge peuvent être des éléments susceptibles d'expliquer la variation du taux de réussite de la VFPA.

L'étude de Coulon et al (n = 328) [22] est une étude quantitative randomisée de fort niveau de preuve (NP = 1) qui compare deux groupes, un traité par moxibustion et aiguilles combinés, l'autre par un placebo (laser rouge à 652 nm inactif). L'objectif était d'attester de l'efficacité de l'acupuncture par rapport à un effet placebo. Les résultats de cette étude sont non significatifs. Mais, il peut être noté que le groupe placebo obtient de meilleurs résultats car il obtient moins de présentations du siège (PS) après traitement que le groupe traité par acupuncture (groupe acupuncture = 72% PS vs groupe placebo = 63,4% ; p = 0,10). Ainsi, ce n'est pas la stimulation par moxibustion qui influe la version mais plutôt la stimulation du point 67v qui permet la version fœtale.

Eléments du protocole pouvant expliquer le taux de VFPA

Deux modes de stimulation sont étudiés dans ce travail. D'après les résultats, la majorité des études utilisent la moxibustion pour effectuer une VFPA [13 ;14 ;15 ;7 ;17 ;18 ;20 ;21]. Cependant, l'étude de Coulon et al permet d'observer que la moxibustion ou la puncture par aiguille n'est pas spécifique à la version [22]. L'auteur illustre l'effet placebo du traitement en utilisant le laser à rayon rouge à 652 nm. Cependant ce résultat est à discuter puisque le laser peut être un moyen de stimulation. En effet une longueur d'onde entre 633 et 670 nm serait la plus efficace pour obtenir un effet identique à la puncture par aiguilles [28].

Le type de stimulation n'est pas spécifique de la version fœtale. Le principe à retenir est la stimulation du point 67v.

D'après les résultats, commencer précocement le traitement par acupuncture favorise la VFPA mais induit un biais important du fait de la possibilité à ce terme-là, de version spontanée du fœtus [11 ;24 ;18].

En effet, l'étude de Li Xun et al [24] est une étude bibliographique qui rassemble dix-sept études cliniques. Trois d'entre elles présentent des résultats significatifs concernant la VFPA. Deux biais principaux peuvent cependant lui être reprochés :

- la précocité du traitement (dès 28 SA), qui induit un biais en rapport à la version spontanée du fœtus
- la population étudiée, portant essentiellement sur des femmes asiatiques et peu de patientes occidentales. Or, la population asiatique peut être plus réceptive au traitement par acupuncture du fait de son origine et son histoire.

D'après l'étude de Vas et al [13], la multiparité peut être admise comme un élément favorisant la VFPA ($p= 0,01$; $RR = 3,63$; CI entre 2,34 et 5, 64).

Cependant, ce résultat peut être nuancé par l'étude de Bue et Lauszus [20]. Ici, la primiparité favorise la VFPA ($p=0,01$; 74% vs 46%).

En revanche, l'étude de Vas et al est plus puissante que celle de Bue et Lauszus ($n=406$ vs $n=200$) De plus, aucune autre étude présentée dans ce travail confirme que la primiparité favorise la version. Or, concernant la multiparité, quatre études montrent qu'elle favorise la VFPA mais pas de manière significative.

Ce facteur peut être croisé avec la version fœtale en général. En effet, d'après l'étude de Le Bret et al [29], la multiparité favorise de manière significative la version fœtale par manœuvre externe.

En croisant les différentes études, il a été admis pour la plupart d'entre elles, une durée d'application de vingt minutes en moyenne. Aucune étude ne montre un intérêt d'effectuer des séances de plus longue durée. De plus, l'étude de Beau [11] montre des résultats significatifs en faveur de la VFPA avec une durée de quinze minutes. La durée des protocoles de Martin [7] et de Sananes et al [16] dure trente minutes mais n'obtiennent pas des résultats plus concluants.

La fréquence des séances d'acupuncture peut être un élément susceptible d'expliquer le taux de variation de réussite de la VFPA. En effet, il est remarqué une disparité en termes de fréquence de séances. L'étude de Coulon et al effectue

une séance tous les deux jours avec un maximum de six séances [22]. Il n'y a pas de résultats concluants suite à ce protocole.

Les études les plus concluantes concernant le nombre de séances sont celles de Beau [11] et de Klotz et al [12]. Ils préconisent une à deux stimulations par jour. En plus de la stimulation quotidienne à domicile, les patientes reviennent tous les deux à trois jours pour une séance avec un acupuncteur. Ils identifient qu'en moyenne deux à trois séances suffisent pour obtenir une VFPA. Ceci correspond à une semaine environ de stimulation quotidienne.

Ce constat remet en cause la nécessité de continuer le traitement au-delà de trois séances. De plus, limiter le nombre de séances à trois permet de réduire le coût de la prise en charge.

Deux études montrent que le siège décomplété serait un élément favorisant la VFPA [7;19] et une étude montre que le siège complet serait favorable à une version [12]. Cette dernière étude a un niveau de preuve plus élevé que les deux autres. Ainsi, le siège complet pourrait être retenu comme favorisant la version fœtale. L'étude de Hellström [30] appuie ce résultat et démontre de manière significative que le siège complété est favorable à une version fœtale ($p = 0,001$)

VME et VFPA

Selon le CNGOF [1], le taux de réussite de la VME varie entre 25 et 85% (la moyenne étant de 65%). Dans cette étude, le taux de réussite de la VFPA varie de 17,9 à 69%. Le delta entre ces pourcentages de réussites est plus restreint dans l'étude de la VFPA (51,1%) par rapport à celle de la VME (60%). En revanche, le taux de réussite le plus haut est obtenu par la VME. Ainsi la VME serait la prise en charge la plus favorable.

La fiche d'information du CNGOF indique les risques et les inconvénients de la VME (Annexe 6). Ces derniers sont rares mais existent. Il est noté que le principale risque est la douleur abdominale. Puis vient exceptionnellement les risques de ruptures de la poche des eaux, de saignements, de contractions

utérines. Enfin dans les cas les plus rares, des anomalies du rythme cardiaque fœtale peut être retrouvé nécessitant une extraction fœtale en urgence.

Cependant, peu d'études sont retrouvés dans la littérature évaluant le nombre de complications survenant suites à une VME. L'article de Le Bret et al montre que suite à la VME, 3,4% (8/237 patientes) des RCF étaient anormaux. Parmi ces huit patientes, une seule a nécessité une césarienne. Les sept autres ont nécessité une hospitalisation ou une surveillance rapprochée [29].

L'acupuncture est une discipline pouvant être abordé par une sage- femme, mais peut aussi être expliqué aux patients afin de répéter les séances à leurs domiciles. Une VME nécessite l'intervention d'un obstétricien, la disponibilité d'une salle d'accouchement et d'un bloc de césarienne, un examen clinique complet réalisé par une sage-femme à l'admission, un sondage urinaire évacuateur, la pose de voie veineuse avec pour certaines équipes, le recours à une tocolyse préventive ou à une perfusion d'antispasmodiques (Annexe 1).

Le coût d'une VME revient à 55,32 € selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Selon les recommandations du CNGOF (annexe 1), la VME nécessite une première consultation d'informations facturé à 23,00€ [31] et une consultation le jour suivant la VME pour un contrôle monitorong à 33,60€ [32]. Le total de la prise en charge revient alors à 111,92€.

Opposé à ce traitement, une séance d'acupuncture coûte 18,00 € [31]. Le moxa peut coûter entre 4 et 10 € et les aiguilles à usage unique reviennent entre 0,10 et 0,20 centimes.

In fine, au bout de six séances la prise en charge par acupuncture est plus onéreuse que celle par manœuvre externe.

La douleur est un facteur retrouvé dans la pratique de la VME [33]. Elle crée une anxiété chez les patientes qui rendent les muscles moins souples dû à la crispation. Ainsi la manœuvre est plus difficile pour l'obstétricien. Pour éviter ce problème, il peut être proposer une anesthésie péridurale. Cette dernière augmenterait de manière significative la réussite de la VME ($p < 0,05$) [32].

La VFPA n'est pas indolore. Il a été retrouvé des cas de brûlures lors de l'application du moxa. En effet, la difficulté de la pratique réside dans l'utilisation du moxa.

Il nécessite l'application du bâton proche de la peau pour obtenir une sensation de chaleur.

La particularité d'une prise en charge de VFPA est l'accessibilité de la pratique. Lors de la première séance, le professionnel peut éduquer l'accompagnant à l'utilisation du moxa. Ainsi, ce tiers peut appliquer le traitement à la femme enceinte à son domicile. Dans l'hypothèse que cet individu soit le conjoint, cela permet l'implication de l'homme dans la possible réussite de la version fœtale mais aussi dans la grossesse globale.

Conclusion

Cette étude a tenté d'identifier les éléments susceptibles d'expliquer les écarts de réussite de la VFPA. Cependant, ces résultats sont à nuancer par le nombre et la période d'articles sélectionnés entre 2008 et 2017.

L'élément principal expliquant ces écarts provient de la qualité des études. Il a été noté que les études avec un taux élevé de réussite de la version fœtale (69%) étaient plutôt celles avec un faible niveau de preuve. En revanche, les études avec un haut niveau de preuve présentaient des résultats plus nuancés (17,9% de VFPA).

Cette étude ne permet pas de préciser la pertinence du type de stimulations (aiguilles ou moxa) sur VFPA, même si le moxa est plus souvent utilisé dans les protocoles car son application est plus aisée.

La multiparité et la variété de la présentation ont eux aussi leurs importances. Le temps de la stimulation et le nombre de séances jouent un rôle dans la réussite de la version mais il est difficile de quantifier avec certitude le nombre exact de séances nécessaires pour obtenir une version.

La précocité du traitement pendant la grossesse influence lui aussi cet écart par le biais non négligeable de la version spontanée qui peut représenter 57% après 32SA.

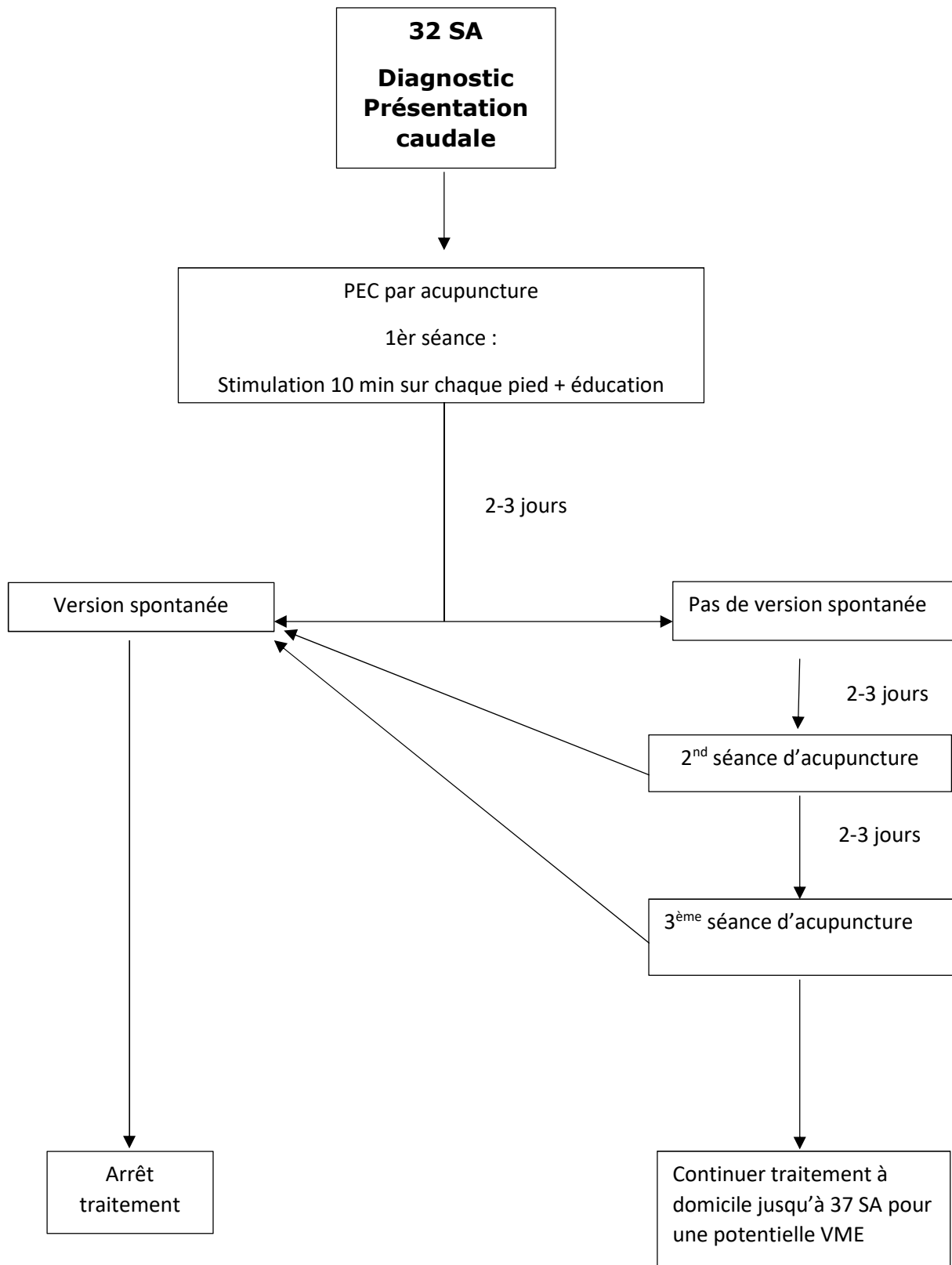
La technique d'acupuncture étant issue du bassin asiatique, il est à noter l'influence de l'origine de la population. D'une part, la population asiatique peut être plus réceptive à cette médecine et d'autre part, les professionnels peuvent être plus aguerris.

L'acupuncture est une discipline qui pourrait compléter la pratique médicale occidentale. Cependant il peut paraître difficile d'adapter une médecine asiatique à une pratique européenne.

Cette thérapie a certes pu faire ses preuves en Asie, elle nécessite encore en Europe des explorations avec des études quantitatives randomisées de forte puissance.

En conclusion, la prise en charge de la VFPA peut être illustré par le diagramme suivant :

Diagramme proposant la prise en charge d'une VFPA



A noter : Effectuer une stimulation à domicile, tous les jours pendant 10 min sur chaque pied.

Bibliographie

- [1] Perrontin and al. Version par manœuvres externes : nouveaux apports techniques. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. CNGOF 2003 ; Tome XXVII.
- [2] D'Elme P and al. Médecine pour vous. 1^{re} éd. Paris. Le livre de Paris Hachette ; 1979
- [3] Hannah. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. The Lancet 2000 ; volume 356, No.9239, p1375-1383.
- [4] Carayol M, Alexandre S, Goffinet F. « mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA ». MASSON 2004, http://www.em-consulte.com/showarticlefile/115191/pdf_57130.pdf consulté le 26.12.2017
- [5] Langlois H and al. « l'accouchement du siège », le portail d'information prénatale. Quebec ; 2014.
<https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/accouchement-du-siege.pdf> consulté le 20.17.2017
- [6] Faubert A. initiation à l'acupuncture traditionnelle. 1^{re} Ed Belfond ; 1985
- [7] Martin L. Evaluation de la version des fœtus par acupuncture - moxibustion. Dumas. Université d'Angers ; 2010, 00575552.
- [8] Kanakura Y and al. Moxibustion treatment of breech presentation. Am Chin Med 2001, 29:37-45.
- [9] ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000.
- [10] Landrivon G. Méthode globale de lecture critique d'articles médicaux à l'usage de l'étudiant et du praticien. 1^{er} éd. Paris : Edition Frison Roche ;2002.213p.
- [11] Beau JP. Place de l'acupuncture dans la version des présentations non céphaliques fœtal. 2010.

- [12] Klotz H. and al. Recueil de données du traitement de la présentation en siège par Acupuncture Moxibustion. Acupuncture et moxibustion Volume 13 ; Mars 2014
- [13] Vas J. and al. Using moxibustion in primary healthcare to correct non-vertex presentation : a multicentre randomised controlled trial. BMJ Journal ; décembre 2012 ;31 :31-38.
- [14] Do C. and al. Moxibustion for cephalic version : a feasibility randomised controlled trial. Biomed Central Ltd ; 2011.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/81> consulté le 24.06.2017
- [15] Guittier MJ and al. Moxibustion for breech version, a randomised controlled trial. Obstetrics and gynecology. Vol 114, No 5 ; novembre 2009, p 1034
- [16] Sananes N. and al. Acupuncture version of breech presentation : a randomized sham-controlled single-blinded trial. EJOGRB ; juillet 2016
- [17] Millereau M, Branger B and Darcel F. Etude comparative de la version foetale par acupuncture (moxibustion) versus groupe témoin. JGOBR ; juin 2009
- [18] Guittier and al. Side-effects of moxibustion for céphalic version of breech presentation. The journal of alternative and complementary medicine. Vol 14 NO 10 ; 2008, p 1231-1233
- [19] Mansy AL. Version des présentations du siège : efficacité de l'acupuncture et la moxibustion : étude rétrospective de type exposé/non-exposé à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble. Université de Grenoble ; 2013.
- [20] Bue L et Lauszus F. Moxibustion did not have an effect in a randomised clinical trial for version of breech position. Dan Med J. Février 2016 ;63(2) : A5199.
- [21] Albaladejo MI and al. Evaluacion de la eficacia de la aplicacion de la moxibustion en presentaciones no cefalicas en gestantes asistidas en atencion primario. Matronas prof ; mai 2017.
- [22] Coulon C and al. Version breech fetuses by moxibustion with acypuncture : a randomized controlled trial. Obstetrics and gynecology. Vol 124 NO 1 ; Juillet 2014.

- [23] Smith CA and BETTS D. The practice of acupuncture and moxibustion to promote cephalic version for women with a breech presentation : implications for clinical practice and research. Elsevierhealth ; décembre 2013.
- [24] Xun L and al. Moxibustion and other acupuncture point stimulation methods to treat breech presentation : a systematic review of clinical trials. Chinese medicine ; février 2009
- [25] Van Den Berg I et al. Effectiveness of acupuncture-type interventions versus expectant management to correct breech presentation : A systematic review. Complementary therapies in medicine. Mars 2008.
- [26] Philippe Dufour. Présentation par le siège à terme. Version par manoeuvres externes : quand et comment ?. EMC Obstétrique ; 2002. 5-049-L-42.
- [27] Westgren M et al. Spontaneous cephalic version in the last trimester. British Journal Obstetrics Gynécology. 1985 ; 92 : 19-22
- [28] Stephan JM. Laser de faible puissance en acupuncture : principes physiques et mécanismes d'action. Acupuncture et moxibustion ; 2014, page 119
- [29] Le Bret et al. Version par manoeuvre externe : Expérience à la maternité Port-Royal à partir de 237 versions, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2004. Vol 33, N° 4 p. 297-303
- [30] Hellström et al, when does external cephalic version succeed ?. Obstet gynecol scand. 1990 ; p 281-285.
- [31] CCAM. Classification commune des actes médicaux.
<https://www.aideaucodage.fr/ccam-jqep001> consulté le 20 janvier 2018.
- [32] UNSSF. Construisons l'avenir ensemble. Tarifs 2013 ; 2013
- [33] Mancuso K. a prospective randomized trial of the use of epidural anesthesia during external cephalic version. Primary care update for Ob/gyns. Vol 5, issue 4 ; août 1998, p 198

ANNEXES

62 **VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE**

1. Indication
Fœtus en présentation du siège à partir de 36 SA.

2. Contre-indications

- Refus de la patiente malgré information (+++)
- Placenta prævia
- RCIU
- Sérologie VIH+
- Sérologie hépatite C+ avec PCR+
- Traitement anticoagulant
- HTA sévère (risque d'HRP)
- Anomalies du RCF
- Contre-indication à la voie basse
- Malformation utérine (utérus bicorne, cloison...)
- Rupture prématurée des membranes

3. Mise en œuvre

- Programmation entre 36 et 37 SA idéalement mais peut être réalisée après si non faite avant (pas de limite d'âge gestationnel)
- **Information de la patiente** (technique, bénéfices et risques associés +++)
- Ne pas oublier les anti-D si Rhésus négatif
- **Vérifications préalables** : vérification par échographie de la présentation, vitalité fœtale, biométrie fœtale (pour éliminer un RCIU), de l'index amniotique et de la localisation placentaire
- **Tentative de version par manœuvre externe par un obstétricien** :
 - vessie vide
 - Spasfon® (6 amp dans 500 cc) IV 30 min avant la VME
 - enregistrement du RCF durant 30 min avant la version
 - technique :
 - mobilisation du pôle inférieur vers le haut
 - rotation en mobilisant le pôle inférieur et en accompagnant le pôle supérieur du fœtus en appliquant une pression continue prioritaire sur le pôle inférieur vers le côté du dos
 - vérification régulière par échographie de l'activité cardiaque lors de la manœuvre et vérification du succès en fin de version
 - contrôle du RCF durant 30 à 60 min juste après la version puis 6 h après la VME
- Revoir systématiquement la patiente le lendemain pour vérification de la présentation fœtale clinique ± échographique, enregistrement de 30 min du RCF et réalisation d'un test de Kleihauer
- Si succès : prévoir la visite du 9^e mois dans les 10 j pour vérifier la présentation
- Si échec :
 - faire biométrie fœtale si non faite au préalable
 - scannopelvimétrie ou radiopelvimétrie

OBSTÉTRIQUE

- décider du mode d'accouchement en confrontant les mesures du bassin et la biométrie fœtale, idéalement de façon collégiale
- prévoir visite du 9^e mois dans les 10 j

N.B. : d'autres techniques existent (pont indien, acupuncture...) mais reposent sur peu de données scientifiques.

Annexe 2

Article R.4127-318 du code de la santé publique *Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012*

I. - Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L.4151-1 :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
- c) Le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

II. - La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

III. - Dans le cadre des dispositions de l'article L.4151-3, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée.

Annexe 3

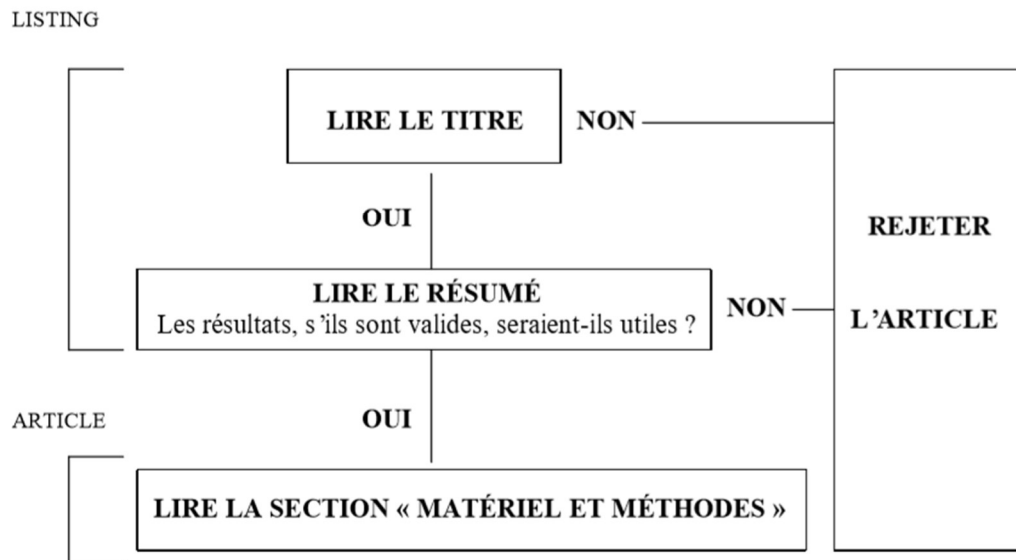


Figure 1. Les premières étapes de la sélection d'un article médical.

Annexe 4

L'information existe-t-elle pour chacune des 8 questions ?	La façon d'aborder la question est-elle correcte ?	Si non, cela menace-t-il la validité de l'étude
1. Objectif	Y a-t-il une hypothèse ?	
2. Type d'étude - rapport de cas-série de cas - étude transversale - étude cas-témoins - étude de cohorte - essai contrôlé	Le type d'étude est-il approprié à la question posée ?	Si non, les résultats de l'étude sont-ils totalement inutiles ?
3. Facteurs étudiés - exposition - intervention - test diagnostique	- sont-ils bien décrits ? - sont-ils bien mesurés ? * même méthode de mesure pour tous ? * mesure en aveugle ? * existence d'un standard de référence ? * reproductibilité ?	- si non, ce biais de mesure menace-t-il la validité de l'étude
4. Critères de jugement	- tous les critères de jugement pertinents sont-ils évalués ?	- si non, ceux qui ont été oubliés, sont-ils importants ?
	- sont-ils bien mesurés ?	- si non, ce biais de mesure menace-t-il la validité de l'étude ?
5. Population source et sujets étudiés	- la sélection est-elle correcte ? - Y a-t-il randomisation ?	- si non, ce biais menace-t-il la validité externe ?
	- les groupes diffèrent-ils par des caractéristiques autres que les facteurs étudiés ?	- si non, ce biais menace-t-il la validité interne ?
	- quelle est la proportion de sujets atteignant la fin du suivi ?	- si elle n'est pas optimale, la validité interne est-elle menacée ?
	- y a-t-il pour le test un large éventail de patients ?	- si non, ce biais menace-t-il la validité externe ?
6. Facteurs de confusion potentiels et biais	- sont-ils tous envisagés ?	- si non cela invalide-t-il l'étude ?
	- sont-ils bien contrôlés ?	- si non, cela invalide-t-il l'étude ?
7. Analyses statistiques - intervalle de confiance - tests statistiques * si résultats positifs	- la taille de l'échantillon est-elle suffisante ?	- si non, les résultats sont-ils inutiles ?
	- est-ce cliniquement intéressant ?	* si non, l'étude est-elle utile ?
* si résultats négatifs - force de l'association ?	- puissance du test, taille de l'échantillon ?	- si insuffisants, l'étude est-elle simplement non concluante ou néanmoins utile ?
8. Conclusion des auteurs - réponses aux questions ? - Vérification de l'hypothèse ? - Objectif atteint ?	- les conclusions répondent-elles à l'objectif ?	- les résultats sont-ils acceptables appliqués à la population-source (validité) - les résultats sont-ils acceptables en pratique (applicabilité)

Annexe 5

TABLEAU 3. GRADE DES RECOMMANDATIONS.

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - Études cas-témoin	C
Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

Votre médecin ou votre sage-femme vous a proposé de modifier la position de votre bébé par une version. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de la version qui a été conseillée.

Qu'est-ce qu'une version par manœuvres externes ?

La version par manœuvres externes consiste à retourner un bébé qui se présente par le siège (fesses en bas) ou en position transversale pour lui amener la tête en bas, dans la position habituelle pour l'accouchement.

La version se fait par mobilisation de votre bébé à travers votre paroi abdominale par le médecin obstétricien. Après vérification de la position de l'enfant (par palpation et par échographie), les mains du médecin aident, par une rotation douce, le bébé à se retourner tête en bas.

Quel est l'intérêt d'une version ?

Au moment de la naissance, près de 5 % des enfants sont en présentation du siège. Ce type de présentation nécessite un accompagnement médical et aboutit à un recours plus fréquent à la césarienne.

C'est pourquoi la version par manœuvres externes peut être proposée, en général à partir de la 36^e semaine. Son taux de succès est de 50 à 60 %. Cette manœuvre peut être éventuellement répétée en cas d'échec lors de la première tentative si le médecin le préconise. Cette seconde tentative a encore 50 % de chances de succès.

Ce geste n'est douloureux ni pour la mère ni pour l'enfant.

En cas d'échec de la version, le médecin évaluera les chances de succès d'un accouchement naturel ou la nécessité éventuelle de programmer une césarienne en fonction des modes d'accouchement antérieurs, si vous avez déjà accouché, de la position du bébé et de son poids estimé, et de la taille de votre bassin osseux (estimée cliniquement, et précisée par scanner).

En cas de succès, vos chances d'accoucher naturellement redeviennent celles d'une présentation du bébé dans la position habituelle (tête en bas).

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.

La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager. Si vous ressentez une douleur, il faut la signaler au médecin.

Exceptionnellement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance. Encore plus exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter d'extraire rapidement le bébé par césarienne. C'est pour cette raison que vous et votre bébé serez surveillés quelques heures après la réalisation du geste. De plus, un contrôle du rythme cardiaque fœtal est réalisé avant la sortie et généralement quelques jours après la version.

En pratique

- un rendez-vous est pris à la maternité pour une hospitalisation de quelques heures, à jeun ;
- la version est précédée du contrôle de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal ;
- un traitement pour faciliter le relâchement de l'utérus est parfois nécessaire ;
- le geste consistant à mobiliser votre bébé ne dure lui-même que quelques minutes ; une bonne coopération de votre part est nécessaire afin d'obtenir un bon relâchement de votre abdomen qui facilitera cette version ;
- un contrôle du rythme cardiaque fœtal ainsi parfois qu'une prise de sang sont effectués ensuite ;
- en cas de groupe rhésus négatif, il sera nécessaire de vous faire une injection intraveineuse d'immunoglobulines anti D pour éviter une incompatibilité sanguine ;
- après la version, le retour à domicile se fait le jour même ;
- un nouveau contrôle de la présentation et du rythme cardiaque fœtal est prévu quelques jours plus tard ; jusqu'à ce contrôle, en cas de survenue de symptômes (contractions, perte des eaux, saignements, entre autres), il convient de reconsulter à la maternité sans délai.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.

Annexe 7

Tableau récapitulatif des résultats des analyses des articles sélectionnés.

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
COULON Capucine et al Obstetrics and gyneco- logy 2014 France	Version of Breech Fetuses by Moxibustion With Acupuncture A Randomized Controlled Trial	Attester de l'efficacité de la moxibustion sur les points d'acupunctu re pour effectuer une version fœtale après la 33 ^{ème} semaine de gestation afin de réduire la fréquence de cette présentation à l'accouchem ent	Quantitative Randomisée N = 328 Groupe moxi : N = 164 Groupe placebo (utilisation d'un laser) : N = 164	<ul style="list-style-type: none"> - Temps : 20 min - Aiguilles et moxa combinés - Tous les 48h - Pendant 2 semaines - Acupuncteurs et sages-femmes - Terme : après 33 SG 	Présentation fœtale à partir de 37 SA Présentation fœtale à l'accouchement.	Présentation du siège chez le groupe moxi à 37 SA : 72% Présentation du siège chez le groupe placebo à 37 SA : 63,4% P = 0,10 RR = 1,13 Présentation du siège chez le groupe moxi à l'accouchement : 56,7% Présentation du siège chez le groupe placebo à l'accouchement : 54,3% P = 0,66 RR = 1,10 Plus de présentations du siège avec l'acupuncture qu'avec le groupe placebo. Etude en défaveur d'une version fœtale par acupuncture La multiparité favorise la version	Type de siège non pris en compte Etude comparative avec un groupe placebo (traitement par laser rayon rouge) Pas de groupe contrôle.	1

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
GUITTIER Marie-julia et al Obstetrics and gynécolog y 2009 Suisse	Moxibustion for breech version: a randomized controlled trial	Estimer l'efficacité de la moxibustion entre 36 et 38 SA pour faciliter la présentation céphalique du fœtus initialement en présentation du siège. Estimer l'accessibilit é de cette méthode chez la femme enceinte.	Quantitative Randomisée N = 212 Groupe acupuncture : N = 106 Groupe témoin : N = 106	<ul style="list-style-type: none"> - Terme - Moxi - Temps : 20 min (10 min sur chaque pied) - Nombre de séance : 3/sem - Protocole sur 2 semaines - Arrêt si présentation céphalique. 	Présentation céphalique à l'accouchement	Ce protocole favorise la version fœtale mais pas de résultats significatifs. Groupe acupuncture = 17,9 % Groupe contrôle = 16% RR = 1.12 CI = 0,62 à 2,03 Terme des patientes entre 36 et 38 SA . Les patientes ont 3 séances pas semaines. Ces séances durent 20 min sur le point 67v Le pourcentage de version est similaire entre les groupes : 18% pour le groupe test et 16% pour le groupe témoin.	Expérience des professionnels Acidité des patientes au traitement.	1

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
Année								
KLOTZ Hubert et al 2013 Agore France et Belgique	Recueil de données du traitement de la présentation en siège par Acupuncture Moxibustion	Comparer l'efficacité de l'acupuncture dans nos pratiques avec les chiffres des études. Comparer les travaux des différents centres si le nombre de cas le permet.	Quantitative Cohorte N = 319 Sur 7 centres différents pendant 40 mois. France et Belgique	<ul style="list-style-type: none"> - Aiguille et moxa - Parité - Terme - ATCD - Praticien - Type de naissance complication - Séance - Type de de siège - Temps 20 min 	Effet des protocoles d'acupuncture sur les versions fœtales.	<p>Taux de réussite de version fœtale de 47,02% p = NC mais CI 9,48 à 18,65.</p> <p>Taux de réussite significativement influencé par la multiparité et le terme Siège complet favorable par rapport au siège décompleté, la précocité de la PEC Pas de différence significative si autre point utilisé Séance favorable : 3 moxi avec praticiens par semaine mais faible nombre de cas</p>	<p>Absence de critère de sélection.</p> <p>Etude multicentrique</p> <p>Certains termes pris à 31 SA.</p> <p>Risque de version spontané élevé.</p> <p>Impossible de discriminer moxa/ aiguille</p>	2

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
VAS Jorge et al Groupe BMJ 2012	Using moxibustion in primary health-care to correct non vertex-présentation : a multicentre randomised controlled trial	Comparer l'efficacité du moxa au point 67v par rapport au point non spécifique d'acupuncture pour permettre une version fœtale.	Quantitative Randomisée Multi-centrique N = 406 Groupe 1 moxibustion BL67 : n=136 Groupe 2 témoin faux point SP1 : n=136 Groupe 3 contrôle : n=134	<ul style="list-style-type: none"> - Terme 33 et 35 SA - Temps : 20 min moxa 1,5 à 3cm - 6 séances plus auto-application. - Praticien >10 ans d'expérience - Age - Origine - Gestité et parité 	Constater la présentation céphalique pendant le traitement par stimulation du point 67v par acupuncture. Constater la présentation céphalique à l'accouchement par stimulation du point 67v par acupuncture.	58,1% de présentation céphalique à la naissance contre 44,8% dans le groupe témoin Gp 1 : RR = 1,29 CI = 1,02 à 1,64 Gp 2 : RR = 1,34 CI = 1,05 à 1,70 Gp 3 : RR : NC CI = 3,1 à 55,2 Age moyen : 32 ans, nées en Espagne, majoritairement de niveau d'étude secondaire, nullipare. Facteurs influençant la réussite : multiparité, moxibustion, les femmes qui n'ont pas fait d'étude	Compréhension linguistique Biais d'application du moxa par le conjoint	2

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
SANANES Nicolas et al European Journal of obstetrics & gynécolog y and reproducti ve biology 2015	Acupuncture version of breech presentation: a randomized sham- controlled single-blinded trial	Attester de l'efficacité de l'acupunctur e sur le point 67v pour obtenir une présentation céphalique	Quantitative Randomisée N = 260 Groupe acupuncture : N = 130 Groupe témoin : N = 129	<ul style="list-style-type: none"> - Age - Parité - Type de présentation - Terme - Méthode : aiguille 	Contrôle échographique de la présentation fœtale à la fin de l'intervention	Groupe 1 : 37.7% de fœtus en PC contre Groupe Témoin : 28,7%. RR = 1,34 CI = 0,93 à 1,89 Patientes sélectionnées après 32 SA. Suite à l'échographie, 3 séances proposées de 30 min en 10j. Utilisation de la stimulation par aiguilles : 3 ponctions sur chaque pied au 67v. Les 2 groupes sont homogènes	Biais de la version spontané Operateurs différents Données non exploitables (sur la parité la localisation du placenta le type de présentation)	2

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
ALBALADE- JO Monica Isidro et al Matronas prof 2017 Espagne	Evaluación de la eficacia de la aplicación de la moxibustión en presentaciones no cefálicas en gestantes asistidas en atención primaria	Evaluer l'efficacité de la moxibustion combinée avec la position genu-pectorale pour effectuer une version fœtale en présentation céphalique durant le troisième trimestre de la grossesse.	Quantitative Randomisée N = 88 Groupe moxa : N = 47 Groupe contrôle : N = 41	<ul style="list-style-type: none"> - Moxibustion - 20 min (10 min sur chaque pied) - 2 fois par jour - 1 semaine - Position genu-pectorale. 	Présentation céphalique à l'accouchement	Présentation céphalique dans le groupe moxi : 44,7% Présentation céphalique dans le groupe contrôle : 43,9 p = 0,64 et RR = 1,02	Assiduité des patients à la pratique. Pas de prise en compte la version spontanée	2

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
Année BUE Linda et LAUSZUS Finn Friss Danish medical journal 2016 Allemagne	Moxibustion in a randomized trial for version of breech position from week 32	Estimer l'efficacité de la moxibustion pour obtenir une version fœtale.	Quantitative Randomisée N = 200 Groupe nullipare moxi N = 48 Groupe nullipare contrôle N = 44 Groupe multipare moxi N = 54 Groupe multipare contrôle N = 54	<ul style="list-style-type: none"> - Moxibustion - 15-20 min - Pendant 2 semaines - Parité - Poids du fœtus - Effectuer tous les jours par un tiers formé 	Type de présentation à l'accouchement	Présentation du siège dans le groupe des nullipares et acu : 74% Présentation du siège dans le groupe des multipares et acu : 46% (p<0.01) RR entre les groupes nullipares acu/contrôle RR = 1,05 RR entre les groupes multipares acu/contrôle RR = 1,0	Version spontanée Assiduité des patientes	2

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
MILLER-AEAU Michel, BRANGER Bernard et DARCEL Française Journal de gynécologie et obstétrique et biologie de la reproduction 2009 France	Etude comparative de la version fœtale par acupuncture (moxibustion) versus groupe témoin	Evaluer l'apport de l'acupuncture et plus précisément de la moxibustion à la 34 ^{ème} SA pour augmenter le taux de version fœtale	Quantitative Randomisée monocentrique N = 68 Groupe acupuncture : N = 33 Groupe témoins : N = 35	<ul style="list-style-type: none"> - Moxa - Début traitement 34 SA - Vessie vide - Position demi assise - Temps : 15-20 min entre 15-17h - 1 séance en centre hospitalier - Pratiquée tous les jours par le conjoint ou un tiers de la famille - Parité 	Présentation au moment de l'accouchement	La multiparité favorise la version fœtale par acupuncture (p<0,02) Utilisation du moxa pendant 15-20 min entre 15 et 17h L'acupuncture est en faveur d'une version mais résultat non significatif. Siège à l'accouchement dans le groupe d'acupuncture = 51,5% Siège à l'accouchement dans le groupe témoin = 54,3% (p = 0,82)	Biais de l'application du tiers Version spontanée Etude de faible puissance	2

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
K DO Carole et al BMC Compleme ntary & Alternative Medecine 2011 Australie	Moxibustion for cephalic version : a feasibility randomised controlled trial.	Etudier la faisabilité de conduire une étude randomisée entre la version fœtale par moxa ou par des techniques habituelles Etudier le vécu et le point de vue des patientes dans ce contexte.	Quantitative Randomisée N = 20 Groupe 1 moxa : N = 10 Groupe 2 contrôle : N= 10	<ul style="list-style-type: none"> - Age - Terme : 34-36 SA +5j - Parité - Moxa - Temps : 10 min sur chaque pied - Nombre : 2/j - Ethnie - Statut social - Localisation du placenta - Type de siège 	Présentation fœtale à l'accouchement Présentation fœtale à l'accouchement sans tentative de VME Présentation fœtale à l'accouchement avec en plus une tentative de VME	La moitié du groupe traité par moxa montre une augmentation de présentation céphalique à la naissance par rapport au groupe contrôle (p= 0.11) La méthode qui a permis ce résultat est l'utilisation du moxa pendant 10 min sur chaque pied 2 fois par jour. Le placenta en position postérieure serait favorable à la version Taux de réussite d'une VME post moxa : RR= 5 p = 0,28 Taux de réussite groupe contrôle = 0	Nombreuses exclusions qui réduisent l'étude à 20 sur 68 patientes éligibles. Critères exclusions : refus de PEC, perdu de vue, apparitions de complications hors protocoles	3

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
MANSY Anne-laure Agore 2013 France	Version des présentations du siège : efficacité de l'acupuncture et la moxibustion : étude rétrospective de type exposé/non-exposé	Evaluer l'efficacité de l'acupuncture et la moxibustion dans les versions fœtales entre 32 et 37 SA.	Quantitative Exposé/ non-exposé N = 80 Groupe exposé : N = 39 Groupe non-exposé : N = 41	<ul style="list-style-type: none"> - Terme : 35-37 - 20 min - Aiguille les 2 points 67v en même temps. - 2 séances par semaine. 	Type de présentation fœtale dans les 2 groupes entre la 36 ^{ème} et 37 ^{ème} SA Succès de la VME après une tentative à 37 SA	Présentation céphalique chez le groupe exposé : 38,5% Présentation céphalique chez le groupe non-exposé : 24,4% p = 0,17 Nombre de séance d'acupuncture : moy = 1,6 p = 0,01 Succès VME chez le groupe exposé : 20% Succès VME chez le groupe non-exposé : 21,1% p = 0,94 Les aiguilles ne permettent pas une autonomie de la patiente et ne permettraient pas une prise en charge optimale	Etude rétrospective Faible puissance Biais de possibilité du service à effectuer ce service en raison d'une journée de consultation d'acupuncture par semaine. Absence d'informations systématiques par les professionnels de l'accès à cette étude.	3

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
GUITTIER Marie-julia et al The journal of alternative and complementary medicine 2008	Side-effect of moxibustion for cephalic version of breech Presentation	Evaluer l'efficacité de la moxibustion . Attester de la possibilité, réalisabilité et faisabilité de l'intervention.	Quantitative Randomisée Groupe étudié N = 12 sélection randomisé sur 65 dossiers	<ul style="list-style-type: none"> - Terme - Age - Séance - Parité - Temps 	Présentation fœtale au bout de 9 séances d'acupuncture maximum.	Terme autour de 34-36 SA Durée de la séance : 20 mn avec une stimulation des 2 pieds. En moyenne, 5 séances suffisent pour retrouver le fœtus en présentation céphalique. Age et gestité de la patiente non mentionnés dans les résultats. Pas de complications retrouvées au cours de la PEC de la version par acupuncture.	Faible niveau de puissance de l'étude Manque des informations dans les résultats. Pas de p value, pas de RR Pas de résultats significatifs dans la réussite de la version fœtale. L'étude compare surtout le vécu de la moxibustion par les patientes.	3

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
BEAU Jean pierre 2010 Agore France	Place de l'acupuncture dans la version des présentations fœtales non céphaliques	Préciser la place de l'acupuncture dans la prise en charge des versions fœtales, en estimer sa facilité de mise en place, son vécu par les patients, son coût, en comparaison avec les versions fœtales spontanées et les VME	Quantitative Randomisée N = 70 Groupe 1 = 38 Groupe 2 = 32 Comparative avec l'étude de Westgren (étude des versions spontanées T3) Protocole basé sur une revue de 9 articles valides sur le plan méthodologique	<ul style="list-style-type: none"> - Education moxa électrique - 15 min x2/j - 5 min position prière Mahométane - 48h entre séance - 32 – 34 SA + 6 - Aiguille chauffée 1mm de profondeur - Multiparité 	Constater la présentation céphalique suite à l'application du protocole d'acupuncture.	Sur la population globale, 69% de versions effectives (p< 0,05) 91% multipares versus 55% chez les primipares Versions obtenues après 2,6 séances	Biais liés aux critères d'inclusions des patientes. Etude multicentrique. Version spontanée. Pas de prise en compte de l'âge de la parturiente et de la grande multiparité	3

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
Année Martin Lucie 2009 Agore France	Evaluation de la version des fœtus par acupuncture moxibustion	Evaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la version fœtale.	Quantitative rétrospective N = 38 Etude cas/témoins Echec/ réussite de la version fœtale par acupuncture Etude des caractéristiques des différents groupes	<ul style="list-style-type: none"> - Terme - Temps - Nombre de séances - Intervalle de temps entre les séances - Age - Poids de la mère - Variété de la présentation - Poids du fœtus 	Présentation céphalique pendant la prise en charge.	34,21% de présentations céphaliques au moment de l'accouchement 57,9% = version par acupuncture âge des patientes entre 30 et 39 ans Multiparité favorise la version (absence de p) Pas de RR A noter, aucun résultat significatif.	Protocole non proposé à toutes les patientes, manque de professionnel, patiente non suivie par le CHU. Résultats présentés pour comprendre quels éléments permettent de favoriser la version fœtale. Pas de prise en compte de la version spontanée. Résultats non significatifs Etude de faible puissance	4

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
SMITH Caroline et BETTS Debra Elsevier 2013 Australie	The practice of acu- puncture and moxibustion to promote cephalic version for women with a breech presenta- tion : implication for clinical practice and research	Examiner les protocoles d'acupunctu- re et trouver les éléments de ce traitement permettant d'établir un protocole adapté.	Qualitative N = 16 protocoles	<ul style="list-style-type: none"> - Année d'expérience du praticien - Moxa ou acupuncture - Temps 20 min - Pendant 14j 	Protocole utilisé pour une version fœtale par acupuncture.	50% préférence pour le moxa et l'acupuncture 41,7% préférence pour le moxa 59% commence le protocole avant 37 Sa 41% commence le protocole après 37 SA 90% durée du traitement est de 10-14 jours 50% durée du protocole 20 min (10min sur chaque pied)	Etude de faible puissance Manque de chiffre indiquant le taux de version fœtale.	NE

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
VAN DEN BERG Ineke et al Complementary therapies in medicine 2008 Pays-bas	Effective-ness of acupuncture type intervention vs expectant management to correct breech presentation : a systematic review	Effectuer une revue de la littérature afin d'attester de l'efficacité de l'acupuncture selon les différents types d'interventions sur le point BL 67 pour corriger la présentation du siège	Biblio-graphique N = 9 articles retenus 6 études randomisées (3 occidentales / 3 asiatiques) 3 cohortes (asiatiques)	<ul style="list-style-type: none"> - Age gestationnel - Ethnie - Type d'intervention - Nombre de séances - Temps 	Efficacité du protocole d'acupuncture pour obtenir une présentation céphalique.	8 des 9 études randomisées montrent un intérêt pour le point BL 67v La mise en commun des résultats des études randomisées montrent : 34% de présentation du siège chez le groupe traité 66% de présentation du siège chez le groupe contrôle. OR = 0,25 La mise en commun des résultats des études de cohorte montrent : 15% de présentation du siège traité 36% de présentation du siège chez le groupe contrôle OR = 0,29 Durée du TRT protocole chinois = 6 semaines/ durée du TRT protocole occidental = 2 semaines	Biais des études : versions spontanées et différence de protocole. Hétérogénéité des études sélectionnées $p=0,001$ Contresens de l'auteur du à sa propre traduction	NE

Nom de l'auteur	Titre de l'article	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Facteurs étudiés	Critères de jugements	Principaux résultats	Biais Identifiés	Niveau de preuve
LI Xun et al Chinese Medicine 2009	Moxibustion and other acupuncture point stimulation methods to treat breech presentation: a systematic review of clinical trials	Evaluer l'efficacité et la sécurité de la moxibustion pour stimuler la version fœtale.	Bibliographique N = 17 articles retenus 10 études randomisées (5 moxa vs sans traitement et 5 moxa vs placebo) 7 études cliniques non randomisées Etudes sélectionnées sur des bases de données internationales. Critère de jugement : présentation céphalique	<ul style="list-style-type: none"> - Mode d'intervention - AG - Âge de la patiente - Ethnie 	Efficacité du protocole d'acupuncture pour effectuer une version fœtale.	<p>3 études randomisées montrent des résultats significatifs en faveur d'une efficacité de l'acupuncture par rapport à l'absence de traitement :</p> <p>Neri 2004 p = 0,02 Cardini 1998 p = 0,006 Huang 1990 P= 0,0001</p> <p>3 études randomisées acupuncture vs placebo montrent des résultats significatifs :</p> <p>Huang 1990 p = 0,0001 Chen 2004 p = 0,02 Yang 2006 p = 0,00001</p> <p>1 études cliniques moxa vs contrôle montrent des résultats significatifs :</p> <p>Kanakura 2001 p = 0,001</p> <p>4 études cliniques vs placebo montrent des résultats significatifs :</p> <p>Liang 2004 p = 0,007 Xiong 1991 p = 0,003 Wu 1995 p = 0,0007 Qin 1989 p = 0,02</p>	<p>Population étudiée essentiellement asiatique</p> <p>Biais des versions spontanées important car protocole est débuté très tôt pendant la grossesse (28SA à 37SA)</p>	NE

Résumé

Introduction : Le siège est une présentation eutocique à risque représentant 3 à 4% des présentations fœtales. Un accouchement lors d'une telle présentation induit un risque fœto-maternel. Dans le but de prévenir la morbidité des patients, le CNGOF préconise une version par manœuvre externe. Or, cette prise en charge n'est pas dénuée de risque. Parallèlement, des alternatives existent afin d'obtenir une version fœtale. Celle étudiée ici est l'acupuncture par la stimulation du point 67v.

Objectifs : Identifier les éléments susceptibles d'expliquer le taux de réussite de la version fœtale par acupuncture.

Matériels et méthode : une revue de la littérature a été effectuée. Les bases de données utilisées sont ceux de PubMed, Em-consult, GERA et AGORE.

Les mots clés ont été choisis à l'aide du thesaurus Medline. Une étape de sélection a dû être effectuée suite à la quantité d'articles recueillis.

Résultats : seize articles ont été sélectionnés. Les éléments identifiés susceptibles d'expliquer la version fœtale par acupuncture sont : la précocité du traitement, la multiparité, le nombre d'une stimulation par jour pendant dix minutes sur chaque pied, le siège complet, l'origine asiatique.

Conclusion : certains éléments permettant de favoriser la version fœtale par acupuncture ont pu être identifiés. L'ensemble des informations recueillis ont permis la proposition d'une prise en charge de la version fœtale par acupuncture dans le but d'optimiser les résultats.

Mots-clés : Acupuncture, moxibustion, version fœtale, présentation caudale

Abstract

Introduction: the breech is a type of normal delivery involving risks which represents 3 to 4% of presentations of the fetus. A delivery happening with such presentation would lead to a fetal-maternal risk. In order to prevent morbidity to patients, the CNGOF recommends external cephalic version. However, this method of manipulation may imply risks and alternatives exist to achieve fetal version. This paper will present acupuncture stimulation of the 67v point.

Aims : Identify the components of such a practice that are likely to explain the success rate of a fetal version realized by the use of acupuncture.

Methods : The first phase of the research consisted in doing a review of the academic literature in that topic. Data-bases used during the research were provided by PubMed, Em-Consult, GERA and AGORE. Keywords were chosen using the Thesaurus Medline. The second phase consisted in refining the extensive body of documents to a limited selection.

Results: a set of sixteen articles were finally chosen to explain the components in the practice of acupuncture that can explain the success rate of a fetal version using that method. Those components are : the earliness of the treatment, multi-parity, the frequency of the stimulation on each feet for ten minutes every day, the complete breech, the asiatic background of the method.

Conclusion: Some of the components of this method working in favour of a fetal version using acupuncture could be verified. The whole set of information collected enabled the proposition of using acupuncture for the fetal version in order to optimize results.

Key-words: Acupuncture, Moxibustion, Fetal version, breech presentation.