



HAL
open science

État des lieux des pratiques sur la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement chez les patientes accouchant voie basse du siège au CHU de Rouen

Chloé Saint-Aubin

► To cite this version:

Chloé Saint-Aubin. État des lieux des pratiques sur la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement chez les patientes accouchant voie basse du siège au CHU de Rouen. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-02892005

HAL Id: dumas-02892005

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02892005>

Submitted on 7 Jul 2020

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2020**

**Etat des lieux des pratiques sur la prise en charge de la grossesse et de
l'accouchement chez les patientes accouchant voie basse du siège au
CHU de Rouen**

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Chloé SAINTAUBIN
Née le 12 Décembre 1997

SOUS LA DIRECTION DE :

Monsieur Alain DIGUET

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2020**

**Etat des lieux des pratiques sur la prise en charge de la grossesse et de
l'accouchement chez les patientes accouchant voie basse du siège au
CHU de Rouen**

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Chloé SAINTAUBIN
Née le 12 Décembre 1997

SOUS LA DIRECTION DE :

Monsieur Alain DIGUET

Remerciements

J'aimerais adresser mes remerciements à mon directeur de mémoire, Monsieur le Docteur Diguët, pour avoir accepté d'encadrer ce travail et pour vos conseils précieux.

Je souhaiterais également remercier Madame Céline Mahieu, sage-femme enseignante, pour votre aide et votre écoute.

Un grand merci à toute ma famille, pour vos encouragements et votre présence tout au long de ce parcours.

Je voudrais gratifier mes amis pour votre amitié et votre soutien.

Je désirerais témoigner de ma gratitude aux membres de ma promotion pour ces années partagées ensemble et aux belles amitiés qui se sont formées.

Je tiendrais à exprimer ma reconnaissance à mon compagnon pour sa présence, son soutien émotionnel et son réconfort.

J'aimerais enfin gratifier les patientes, les couples, les enfants et toutes les personnes auprès desquelles j'ai appris l'exercice du métier de sage-femme.

Sommaire

Introduction	1
1 Revue de la littérature.....	2
1.1 Généralités	2
1.1.1 Définitions.....	2
1.1.2 Etiologies.....	2
1.1.3 Diagnostic	3
1.1.4 L'évolution des pratiques.....	3
1.2 Les risques liés à l'accouchement par le siège	6
1.2.1 Les risques liés à la césarienne	6
1.2.2 Les risques liés à l'accouchement voie basse.....	8
1.3 Les conduites à tenir.....	10
1.3.1 Au cours de la grossesse	10
1.3.2 Au cours du travail.....	14
1.3.3 Le deuxième stade du travail.....	15
1.3.4 Les différentes manœuvres.....	17
1.3.5 La délivrance	19
2 Matériel et Méthodes.....	21
2.1 Objectifs	21
2.2 Problématique et hypothèses	21
2.3 Type d'étude	22
2.4 Le choix de la population	22
2.5 Outils de recherche.....	23
2.6 Déroulement de l'étude	24
2.7 Analyses statistiques	25
3 Résultats.....	26
3.1 Informations générales	26
3.2 Grossesse	28

3.2.1	Proposition de l'acupuncture.....	28
3.2.2	VME.....	28
3.2.3	Accord voie basse.....	32
3.3	Travail.....	35
3.4	Accouchement.....	39
3.5	Post-partum.....	43
3.6	Post-natal.....	44
3.7	Examen clinique du nouveau-né.....	48
4	Discussion.....	49
4.1	Confrontation des résultats de l'étude empirique à la littérature.....	49
4.1.1	La version par manœuvre externe.....	49
4.1.2	La gestion du travail.....	53
4.1.3	L'accouchement.....	56
4.2	Validation des hypothèses.....	60
4.3	Limites de l'étude.....	61
4.4	Forces de l'étude.....	62
	Conclusion.....	63
	Références bibliographiques	
	Bibliographie	
	Annexes	

Acronymes et abréviations

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

VME : Version par manœuvre externe

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

RCF : Rythme cardiaque fœtal

IMC : Indice de Masse Corporelle

RSM : Rupture prématurée des membranes

RSPDE : Rupture spontanée de la poche des eaux

EPF : Estimation du poids fœtal

BIP : Diamètre Bipariétal

HPPI : Hémorragie du post-partum immédiat

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

Introduction

La présentation du siège n'est pas la présentation la plus couramment rencontrée. En effet, au cours du deuxième trimestre de la grossesse, environ 24% des fœtus se présentent par le siège, tandis que cette présentation ne concerne plus que 3 à 4% des grossesses à terme(1).

Par ailleurs, la présentation du sommet est la plus fréquente et amène plus facilement à un accouchement eutocique du fait de la bonne accommodation des diamètres céphaliques fœtaux à ceux du bassin maternel. De ce fait, les professionnels prenant en charge une patiente dont le fœtus se présente par le siège vont devoir s'assurer d'être dans des conditions optimales afin que l'accouchement se déroule favorablement.

Les débats sont nombreux quant à la voie d'accouchement à choisir dans ce type de présentation. Selon certains auteurs, il serait plus prudent de programmer une césarienne devant ce type de présentation. Au contraire, d'autres pensent qu'il est préférable que l'accouchement s'effectue par voie basse en respectant certains critères afin de diminuer les morbidités maternelles et fœtales ainsi que les complications liées à l'intervention chirurgicale.

Malgré de nombreuses études réalisées à ce sujet, la tentative d'accouchement par les voies naturelles dans ce cas est souvent appréhendée par l'équipe le prenant en charge et une césarienne peut être décidée dès lors qu'un des critères permettant l'accord de la voie basse n'est plus respecté.

Au moment de la réalisation de notre étude, nous avons un protocole national établi par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOF). Depuis, en février 2020 des recommandations nationales ont été publiées par le CNGOF. Certaines structures établissent leurs propres protocoles.

Dans un premier temps, nous allons présenter notre sujet au travers de la revue de la littérature. Ensuite, nous détaillerons notre étude et exposerons nos résultats. Enfin, nous discuterons autour de ces données.

1 Revue de la littérature

1.1 Généralités

1.1.1 Définitions

La présentation du siège est une présentation où l'extrémité pelvienne du fœtus se trouve juste au-dessus du détroit supérieur du bassin maternel, tandis que l'extrémité céphalique se positionne au niveau du fond utérin.

Il existe plusieurs formes de présentation du siège. En effet, il peut être décomplété, dans 2/3 des cas, c'est-à-dire que ce sont les fesses du fœtus qui s'engageront dans le bassin maternel tandis que ses membres inférieurs sont tendus devant lui. Lorsqu'il est complet, dans 1/3 des cas, le fœtus est alors assis en tailleur au-dessus de détroit supérieur. Il existe des variantes beaucoup moins fréquentes appelées présentations du siège semi-décomplété, à mi-chemin entre les deux modalités précédentes(1).

La fréquence de la présentation par le siège est de l'ordre de 3 à 5% selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens(1). Elle se place en deuxième position, derrière la présentation céphalique qui, elle, est la plus fréquemment rencontrée.

1.1.2 Etiologies

Il existe plusieurs étiologies qui peuvent justifier cette présentation. La prématurité en est l'une des causes. Cela peut s'expliquer par le petit gabarit du fœtus ainsi que par la forme de l'utérus, d'autant plus que le segment inférieur n'est pas encore formé avant 37 semaines d'aménorrhée.

La présence d'un hydramnios ou d'une sur-distension utérine permet au fœtus des mouvements aisés jusqu'au terme malgré la prise de poids de celui-ci. Il peut donc se positionner en siège jusqu'à la fin de la grossesse. Au contraire, en cas d'oligoamnios

les mouvements du fœtus sont relativement restreints, et de ce fait, un fœtus en siège au deuxième trimestre se retourne difficilement en présentation céphalique par la suite(2).

Les annexes fœtales telles qu'un cordon ombilical long ou un placenta prævia peuvent également expliquer cette présentation.

Les anomalies de formes utérines ainsi que les fibromes utérins sont des facteurs pouvant être à l'origine d'un siège(2).

Nous en retrouvons davantage en cas de malformations fœtales, de retard de croissance in utero ou encore de grossesse gémellaire(2).

1.1.3 Diagnostic

Comme dit précédemment, de nombreux fœtus se présentent en siège lors de l'échographie du deuxième trimestre. L'échographie du 3^{ème} trimestre comporte plusieurs objectifs dont la vérification de la présentation fœtale au sein de l'utérus de sa mère. Lors de celle-ci, la majorité des fœtus se seront retournés et auront, par conséquent, la tête en bas. Néanmoins, pour des raisons citées précédemment ou encore de façon idiopathique, certains vont rester dans cette présentation.

Le diagnostic peut être suspecté par un professionnel de santé au cours d'une consultation de grossesse. En effet, à l'interrogatoire, la patiente peut décrire une gêne sous costale. L'inspection ainsi que la palpation abdominale maternelle peut amener l'opérateur sur cette piste. L'utérus peut avoir une forme particulière, puis, à la palpation, le pôle fœtal sera arrondi, régulier, dur, et volumineux au niveau du fond utérin, tandis qu'au-dessus de la symphyse pubienne, le pôle fœtal sera volumineux mais irrégulier et plus mou.

L'auscultation des bruits du cœur du fœtus se fait en regard de son épaule antérieure. Dans le cas de cette présentation, le foyer d'auscultation est situé plus haut que celui trouvé lorsque nous sommes face à un fœtus en présentation céphalique.

Par ailleurs, lors du toucher vaginal, une excavation pelvienne vide peut faire penser à cette présentation.

1.1.4 L'évolution des pratiques

La présentation du siège fait l'objet de nombreuses études au cours du temps. La voie d'accouchement dans ce cas entraîne des polémiques depuis de nombreuses

années. En effet, la prise en charge d'un accouchement par le siège a évolué au fil du temps selon les résultats des études réalisées. Des questions se sont posées, à savoir si l'accouchement pouvait se faire par voie vaginale ou s'il était plus raisonnable de programmer une césarienne avant travail. Il existe effectivement des risques liés à l'accouchement par les voies naturelles pour la mère ainsi que pour le fœtus. Mais la césarienne étant une intervention invasive car chirurgicale, elle n'est pas sans risques. Des interrogations concernant les morbidités et mortalités néonatales et maternelles se sont accrues et ont attisé la curiosité de certains scientifiques.

Dans les années 1940, la mortalité périnatale en cas de siège était aux alentours de 5%(3). En 1970, l'accouchement du siège était le plus souvent réalisé par voie basse (dans environ 72,5% des cas). Devant le taux de mortalité relativement élevé, il a ensuite été décidé, vers 1990, de sélectionner les patientes à qui il serait réalisé une césarienne avant le début du travail. Au fur et à mesure, les césariennes programmées sont devenues majoritaires, jusqu'à 74,5% en 2003(3). En 2000, le CNGOF a publié des recommandations donnant des critères à respecter pour autoriser l'accouchement voie basse du siège.

Une étude très connue, l'étude d'Hannah a encouragé de nombreux professionnels de santé à penser que la césarienne programmée offrait un bien meilleur pronostic maternel et fœtal, et qu'il fallait la privilégier face à la tentative d'accouchement voie basse. Les chiffres de cette étude ont révélé que les mortalités et les morbidités graves néonatales étaient de 1,6% en cas de césarienne contre 5% dans le cas contraire, soit une différence significative(4). Cependant, elle ne mettait pas en évidence une différence significative concernant la morbidité maternelle entre les deux voies d'accouchement. Cette étude a eu une grande influence dans l'exercice des professionnels en modifiant leurs pratiques. De nombreuses autres recherches ont été réalisées par la suite approuvant les résultats de l'étude d'Hannah. Tout ceci a alors entraîné une réelle augmentation du taux de césariennes programmées en cas de présentation du siège.

Selon une étude réalisée en 2002, la fréquence de décès néonataux et de transfert du nouveau-né en réanimation après un accouchement voie basse du siège était de 4% contre 2% en cas de césarienne prophylactique, soit un risque évalué 2 fois plus élevé(5).

Une étude datant de 2003 a démontré qu'en cas de présentation du siège, pour les femmes plus âgées et pour les fœtus de moins de 2500g ou de plus de 4000g, il existe un risque plus élevé de conséquences néfastes de l'accouchement sur le long terme(6).

Une étude de 2001 a mis en évidence le fait que la césarienne programmée diminuait significativement le risque d'incontinence urinaire ainsi que de douleurs pelviennes mais augmentaient les douleurs abdominales à distance parallèlement à l'accouchement voie basse en cas de siège(7).

Face au taux élevé de césariennes programmées, la morbidité maternelle a nettement augmenté. A savoir les utérus cicatriciels et leurs risques sur le pronostic obstétrical au cours d'une future grossesse, les infections à la suite de l'intervention et les hémorragies de la délivrance supérieures à 1500mL sont devenus de plus en plus fréquents(3,9). L'expérience du professionnel de santé prenant en charge un accouchement voie basse d'une présentation en siège a été remarqué comme étant un critère de réussite important.

Par la suite, la question de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège est réapparue.

Un groupe de chercheurs a réalisé en 2006, l'étude PREMODA, « Présentation du Mode d'Accouchement », étude observationnelle prospective(8). Au sein de celle-ci, 8105 cas de présentation du siège ont été inclus, dont 5579 césariennes programmées et 2256 tentatives d'accouchement voie basse. Dans ce dernier groupe, 1796 patientes ont finalement accouché comme prévu(8).

Concernant la mortalité et la morbidité néonatale sévère, il a été relevé 1,6% dans le groupe d'accouchement voie basse contre 1,45% dans l'autre groupe, soit, pas de différence significative(8). 0,46% des nouveau-nés du premier groupe présentaient des lésions contre 1,80% dans le second.

Cependant, à propos du risque de décès ou de trouble neurocomportemental, aucune différence significative n'a été démontrée entre les deux groupes.

Finalement cette étude a permis une remise en cause du mode d'accouchement en démontrant qu'en respectant certains critères, la tentative de voie basse est une option raisonnable pouvant être proposée aux patientes dont le fœtus se présente en siège.

Actuellement, le souhait est de limiter le taux de césarienne afin de réduire la morbidité et la mortalité qu'elle entraîne. De ce fait, le CNGOF a émis des critères devant être respectés pour envisager une tentative d'accouchement voie basse avec un risque de complications moindre. Ainsi, lorsqu'une patiente porte un fœtus en siège, nous nous posons d'abord la question de savoir si une version du fœtus est possible. En cas de persistance du fœtus dans cette position, nous nous demandons si l'accouchement voie basse est possible. Pour cela, des examens complémentaires sont réalisés par la suite. Si tous les critères sont respectés, l'accord pour cette voie d'accouchement peut être donné. Dans le cas contraire ou si l'un de ceux-ci est absent, il faut envisager une césarienne programmée afin de ne pas prendre de risque lors de la naissance. Tout cela sera expliqué plus en détail au sein de ce travail.

1.2 Les risques liés à l'accouchement par le siège

L'accouchement en cas de présentation du siège, que ce soit par césarienne ou bien par voie basse, comporte des risques pour la mère ainsi que pour le fœtus. C'est pour ces raisons qu'il fait l'objet de toutes ces polémiques, et également pour cela que de nombreuses études sont menées afin de préserver au mieux le pronostic maternel et fœtal. Le but est de réduire au maximum la morbidité ainsi que la mortalité maternelle et néonatale en réalisant l'accouchement dans des conditions optimales.

1.2.1 Les risques liés à la césarienne

Commençons par parler des risques liés à l'accouchement par voie haute. Nous n'évoquerons pas les complications ajoutées en cas de pathologie gravidique ou d'antécédents notables maternels.

Tout d'abord, nous pouvons nous intéresser à l'anesthésie. Lors d'une césarienne programmée, une anesthésie locorégionale sera privilégiée. Celle-ci peut entraîner une hypotension réactionnelle, ce qui justifie la nécessité d'une surveillance rapprochée après sa mise en place car cela peut aussi être la cause de troubles du rythme cardiaque fœtal (hypoxie, asphyxie fœtale)(9). Elle peut également être associée à des céphalées plus ou moins intenses à distance de l'opération(9). Il se

peut que la patiente ressente une douleur au niveau du site d'injection(9). Certaines situations plus rares peuvent être rencontrées comme une réaction allergique, un hématome péri-dural, ou encore une infection si la déterision n'a pas été correctement réalisée en cas de germes présents(9).

En cas de contre-indication ou d'urgence, il peut être réalisé une anesthésie générale qui va comporter davantage de risques que nous ne détaillerons pas.

Les pratiques autour de la césarienne ont nettement évolué, et bien que cela soit une opération couramment réalisée par des professionnels expérimentés, il persiste des conséquences néfastes à la suite de sa réalisation.

Il existe, malgré le fait qu'elle ne soit pas fréquente, une mortalité maternelle et néonatale après l'intervention. Pendant celle-ci, des organes avoisinant l'utérus peuvent être lésés (la vessie, intestin, nerfs, vaisseaux sanguins...)(9). Une hémorragie plus ou moins importante peut se manifester au cours d'une césarienne ou après celle-ci et mettre en péril la vie de la patiente. Certains traitements médicamenteux peuvent être mis en place, mais, en cas d'échec, des moyens chirurgicaux comme l'embolisation ou l'hystérectomie peuvent être réalisés(9). Par suite de cela, une anémie plus ou moins sévère peut en devenir la conséquence. Elle pourra être traitée par du fer en comprimés, injectable, ou encore grâce à la transfusion sanguine. Le fait de réaliser une césarienne chez une patiente la rend porteuse d'un utérus cicatriciel, ce qui engendre des risques supplémentaires dans le cas d'une éventuelle grossesse ultérieure (placenta accreta, placenta prævia, rupture utérine...)(9).

Il existe des complications dans les suites de l'opération, notamment l'apparition d'un hématome, de douleurs ou l'infection locale de la cicatrice(9). De plus, beaucoup de femmes présentent des troubles de la fonction urinaire (infections urinaires) ou intestinale (difficulté de la reprise du transit)(9). Il existe, de plus, un sur-risque thromboembolique après la réalisation d'une césarienne du fait de l'alitement de la patiente(9). De ce fait, en prévention de cela, en plus du port de bas de contention, des injections d'anticoagulants lui seront possiblement prescrites et administrés.

Postérieurement à une naissance par césarienne, un nouveau-né peut rencontrer plus de difficultés à s'adapter à la vie extra-utérine (détresse respiratoire, hypothermie...).

De plus, après l'intervention, la patiente ainsi que son nouveau-né restent hospitalisés plus longtemps (en moyenne 96h à 120h après l'accouchement) qu'après un accouchement voie basse (72h à 96h)(10). La patiente pourra mettre plus de temps à se rétablir après son accouchement (douleur, cicatrisation, pas de port de charges lourdes). Par ailleurs, la césarienne laisse une cicatrice sur le bas ventre d'une femme, ce qui peut avoir une répercussion sur la représentation de son corps, déjà modifiée subséquentement à la grossesse et à l'accouchement. Celle-ci peut être perçue comme une « mutilation » de son corps, ce qui peut être psychologiquement difficile à accepter pour cette femme.

1.2.2 Les risques liés à l'accouchement voie basse

Lorsqu'un fœtus se positionne en siège dans l'utérus de sa mère et que l'accouchement est effectué par les voies naturelles, il existe également des risques et des complications au cours de celui-ci. Ainsi, malgré l'accord donné dans un premier temps par le gynécologue obstétricien, l'accouchement voie basse n'est pas toujours effectué. Il est possible qu'une césarienne soit réalisée en cours de travail dès l'apparition de complications.

En effet, un des risques les plus redoutés est la procidence du cordon lorsque les membranes sont rompues. Le siège n'appuyant pas autant que le sommet, ce risque est d'autant plus présent dans ce type de présentation. Dans ce cas, le pronostic vital fœtal est engagé car cela entraîne une asphyxie fœtale due à la compression du cordon. Une césarienne en urgence peut être décidée par le gynécologue obstétricien.

La mortalité ainsi que la morbidité néonatale sont 2 à 3 fois plus importantes que lors d'un accouchement du sommet(9).

Au cours du travail, si la dilatation du col est trop lente ou si la présentation fœtale ne s'engage pas dans le bassin maternel, le gynécologue obstétricien peut prendre la décision d'effectuer une césarienne en cours de travail.

Lors de la progression du fœtus dans les voies génitales maternelles, la rotation du dos de celui-ci vers l'arrière peut entraîner des complications dramatiques pour le fœtus(11). En effet, cela entraîne une déflexion de la tête fœtale, son menton risque de

s'enclaver dans la symphyse pubienne de façon irréversible. La tête fœtale est alors retenue par la symphyse pubienne, il y a donc un risque d'asphyxie.

En cas d'intervention de l'opérateur en dehors des contractions utérines, ou de tentatives de manœuvres trop précoces, le risque principal est le relèvement des bras du fœtus(11). Effectivement, ce phénomène est associé au réflexe de Moro, physiologique chez le nouveau-né à terme. Lorsque les membres supérieurs du fœtus sont relevés cela augmente le diamètre biacromial, la progression du mobile fœtal ne peut alors pas reprendre avant que ses bras ne soient abaissés de nouveau. Si le délai de retour à la position initiale de ses bras est prolongé, il risque l'asphyxie(11).

Une fois le corps du fœtus expulsé en dehors des voies génitales, il reste le dégagement du plus grand diamètre fœtal : sa tête. C'est à ce moment qu'apparaît le problème de la disproportion foeto-pelvienne, c'est-à-dire, une inadéquation entre les diamètres fœtaux qui vont être plus importants que ceux du bassin maternel.

Plusieurs étiologies peuvent être responsables de la rétention de tête dernière. Par définition, c'est la rétention de la partie céphalique du fœtus dans les voies génitales maternelles : la tête ne se dégage pas.

Cette dernière peut être bloquée au-dessus du détroit supérieur, dans ce cas, elle n'est pas engagée dans le bassin maternel.

Elle peut également rester au niveau du détroit moyen et ne plus progresser par la suite.

La rétention de celle-ci peut également être au niveau du col de l'utérus. Ceci est dû à une situation de stress qui va rétracter le col et rendre la dilatation insuffisante au passage de la tête du fœtus(11).

Enfin, l'obstacle peut être le périnée. Dans ce cas, une épisiotomie peut être réalisée, ce qui fait partie de la morbidité maternelle et accroît la douleur de la femme dans le post-partum. Elle peut être la cause d'une incontinence urinaire(11).

Dans ces situations, afin d'éviter la mort fœtale, une intervention médicale de la part d'un professionnel de santé expérimenté et formé est nécessaire. Les différentes manœuvres et extractions seront détaillées ultérieurement.

Il est également possible d'observer une altération du rythme cardiaque fœtal au cours du travail ou de l'accouchement. Le fœtus puise alors dans ses réserves et est susceptible d'avoir davantage de difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine à la naissance(11). Il sera alors à risque de détresse respiratoire, d'hypoglycémie, ou encore

d'hypothermie. Il pourra également rencontrer des difficultés d'alimentation durant ses premières heures de vie.

Le nouveau-né peut présenter des lésions traumatiques dues à l'accouchement, en particulier en cas d'intervention de l'opérateur, d'extractions instrumentales ou de tractions. Celui-ci pourra être douloureux en cas de fracture de l'humérus, de paralysie du plexus brachial, de fracture de la clavicule, de lésions des parties molles... Du fait de sa position in utéro, le nouveau-né est plus à risque de luxation de hanche.

1.3 Les conduites à tenir

1.3.1 Au cours de la grossesse

Une fois le diagnostic de présentation du siège posé à la suite de la réalisation de l'échographie, il existe des directives concernant la prise en charge de la grossesse de la patiente.

Tout d'abord, il est indispensable de discuter avec le couple en décrivant la position du fœtus dans l'utérus de sa mère. Ensuite, le professionnel de santé se doit d'expliquer la prise en charge de la suite de la grossesse et de l'accouchement en énonçant les risques et les complications développés précédemment.

Ainsi, à chaque étape de la prise en charge, il est obligatoire d'informer afin de recevoir le consentement éclairé de la part du couple(1).

Dans un premier temps, il est judicieux de proposer une version par manœuvre externe (VME). L'opérateur va alors tenter d'effectuer une rotation du fœtus en manipulant l'abdomen de la patiente afin d'obtenir une présentation céphalique du fœtus. Cette opération est un succès dans 40 à 50% des cas(2). L'idéal est de la réaliser entre la 36^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée(12). Cette période est idéale car la prématurité s'éloigne, le fœtus se rapproche du terme (entre 37 et 41 SA). De plus, il y a encore beaucoup de liquide amniotique ce qui va faciliter la manœuvre. Il n'y a pas de limite d'âge gestationnel, il n'est donc pas impossible de la réaliser plus tard mais ensuite le liquide amniotique est de moins en moins abondant et le poids du fœtus est croissant, ce qui peut rendre l'opération plus difficile. Avant ce terme, le fœtus risque de

se repositionner en siège dans environ 5% des cas(2). Avant sa mise en œuvre, il faut avoir recueilli le consentement éclairé de la patiente.

Il existe certains critères en faveur de la réussite de cette version. En effet, la multiparité, la souplesse de la paroi abdominale ainsi qu'un poids maternel normal (indice de masse corporel compris entre 18,5 et 25) sont de bon pronostic. La présentation du siège complet, la tête fœtale palpable dans la région abdominale maternelle et une présentation fœtale non engagée sont également favorables au succès de la manœuvre. Les annexes peuvent, elles aussi, être responsables de la réussite de la VME grâce par exemple à l'insertion postérieure du placenta ou encore une quantité normale de liquide amniotique(2).

Cette manœuvre peut entraîner dans 1% des cas des complications. En effet, il peut être observé des anomalies du rythme cardiaque fœtal(2). Dans certains cas, il peut se produire une allo-immunisation fœto-maternelle, dans ce cas, une injection d'immunoglobulines humaines anti-D est réalisée si la patiente est de Rhésus négatif(2). Cela peut également entraîner une mise en travail prématurée, une rupture prématurée des membranes ou encore un hématome rétro placentaire(2). La patiente peut ressentir des douleurs au cours et à la suite de sa réalisation.

Afin de minimiser le plus possible ces conséquences indésirables, il existe des contre-indications absolues énoncées par le CNGOF qui sont les suivantes : le refus de la patiente après avoir reçu les informations, un placenta prævia, un retard de croissance in utéro, une sérologie de la patiente positive au VIH ou à l'hépatite C, un traitement anticoagulant en cours, une hypertension artérielle sévère, des anomalies du rythme cardiaque fœtal, une contre-indication quelle qu'elle soit à l'accouchement voie basse, une malformation utérine comme l'utérus bicorne, ou encore une rupture prématurée des membranes(12).

Une vérification préalable par échographie devra vérifier : la présentation ainsi que la biométrie fœtale, la localisation placentaire et enfin la quantité de liquide amniotique(12). Un protocole a été établi par le CNGOF quant à la réalisation de la version par manœuvre externe(12).

La vessie de la patiente doit être vide. Un antalgique de type antispasmodique peut être administré avant la réalisation de la version. Une recherche d'agglutinines irrégulières

doit être prélevée à la patiente en amont. Si la patiente est de Rhésus négatif, des anticorps anti-D résiduels peuvent être dosés afin d'évaluer s'il est nécessaire de réeffectuer une injection d'immunoglobulines humaines anti-D pour prévenir l'allo-immunisation. Le rythme cardiaque fœtal doit être enregistré et être normal dans les 30 minutes précédant la version ainsi que dans l'heure qui la suit. Un contrôle de celui-ci est à prévoir 6 heures après sa réalisation puis le lendemain(12).

24 heures plus tard, il est recommandé d'effectuer une vérification de la présentation fœtale, qu'elle soit échographique ou clinique. Durant cette consultation un test de Kleihauer peut être prélevé(12).

Les patientes s'interrogent énormément à l'annonce de cette prise en charge. Pour cette raison et afin de recueillir un consentement libre et éclairé, le CNGOF a rédigé une fiche sur la version par manœuvre externe mise à jour en 2017 (Annexe I). Elle a pour but d'accompagner les patientes dans leur décision et résume la prise en charge, les risques ainsi que les bénéfices de cette manipulation.

En cas de succès, la présentation sera réévaluée au cours de la consultation du 9^{ème} mois. En cas d'échec, si la patiente souhaite accoucher par voie basse, il faudra procéder à une confrontation entre les diamètres du bassin maternel mesurés grâce à une radiopelvimétrie, et la biométrie fœtale estimée par échographie(12).

Il existe d'autres méthodes susceptibles d'entraîner la version spontanée du fœtus. En effet, la réalisation par les femmes de certaines postures peut améliorer la mobilité du fœtus et permettre son changement de position. Le point indien, l'ostéopathie ainsi que l'acupuncture sont également des alternatives à la version par manœuvre externe(15). Nous ne détaillerons pas ces pratiques du fait du peu d'études retrouvées dans la littérature à ce sujet.

Dans le cas où la version est un échec, le gynécologue obstétricien doit en informer la patiente et lui donner le choix de la voie d'accouchement en lui donnant toutes les informations concernant la prise en charge, les risques et le déroulement des deux voies possibles. Si son choix se tourne vers l'accouchement par voie basse, l'obstétricien doit également donner son accord en réalisant des examens complémentaires afin de minimiser les risques lors de la naissance.

Le CNGOF a émis les contre indications absolues à la voie basse, maternelles : la disproportion foeto-pelvienne ainsi que le refus du couple à l'accouchement voie basse ; et fœtales : une estimation de poids fœtal supérieure à 3800g au moment de l'accouchement chez une primipare ou la déflexion céphalique permanente(1). Si l'une de ces situations est rencontrée, l'obstétricien ne pourra donner son accord, et une césarienne avant travail devra être programmée. Bien sûr, à ces contre-indications sont ajoutées celles ne préconisant pas l'accouchement voie basse quelle que soit la présentation du fœtus (placenta prævia, utérus multi-cicatriciel). De plus l'équipe devra être relativement vigilante en cas d'antécédent de dystocie ou encore dans un contexte de grande prématurité.

Afin d'écarter ces contre-indications, la patiente doit réaliser un bilan qui est obligatoire, à savoir, une échographie fœtale pour évaluer le degré de flexion de sa tête ainsi que sa biométrie et une pelvimétrie(1). Une IRM pelvienne ou un pelvi scanner est à effectuer afin de prendre les mesures du bassin maternel. Ainsi, le diamètre promonto-rétro-pubien devra être supérieur ou égal à 10,5cm, le diamètre transverse utile supérieur ou égal à 12cm et le diamètre bi-épineux supérieur à 9,5cm. Chacune de ces mesures devra être mise en parallèle avec le diamètre bipariétal fœtal, qui, lui, ne devra pas excéder 10 cm(1). Tout cela dans le but d'écarter toute disproportion foeto-pelvienne afin de limiter les complications lors de l'accouchement.

Le CNGOF a également donné des recommandations concernant deux situations particulières. Si une patiente se présente en travail sans avoir réalisé de pelvimétrie au préalable, la voie basse peut être envisagée si l'estimation de poids fœtal est inférieure à 2500g ou encore s'il y a un antécédent d'accouchement voie basse d'un nouveau-né pesant plus de 3800g. Dans le cas d'une grossesse gémellaire où le second jumeau se présente en siège, la pelvimétrie est effectuée seulement si le fœtus est estimé à plus de 2500g(1).

Le CNGOF autorisait le déclenchement du travail uniquement en cas d'indication médicale et en présence d'un score de Bishop favorable, c'est-à-dire supérieur ou égal à 6(1). Le déclenchement est maintenant possible lorsque celui-ci est inférieur à 6(17).

1.3.2 Au cours du travail

Lorsque la patiente se présente en travail, le professionnel de santé l'accueillant se doit de vérifier que la pelvimétrie ainsi que l'échographie aient été réalisées et que l'accord pour la voie basse ait été donné par le gynécologue obstétricien.

Par ailleurs, s'il avait été programmé une césarienne, pour cette patiente en début de travail, en raison de la présence d'une contre-indication, la césarienne doit être réalisée dès que possible.

Il est important de donner au couple tous les détails de la prise en charge au cours du travail pour le mettre en confiance et que les différentes étapes se déroulent le mieux possible. L'accouchement par voie basse lorsque le fœtus se présente en siège nécessite une prise en charge multidisciplinaire en raison des risques qu'il entraîne. De ce fait, dès l'arrivée de la patiente en salle de naissance, l'obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre de garde doivent être mis au courant de sa présence(1).

Avant de poursuivre dans l'optique de la voie basse, la réalisation d'une ultime échographie est nécessaire afin de vérifier une dernière fois la présentation, la biométrie et la flexion de la tête fœtale.

La célèbre citation de Lacomme « A bonne dilatation, bon siège » souligne le fait que le déroulement du travail ne doit pas être ralenti par la présentation fœtale. La dilatation du col utérin doit être normale, c'est-à-dire d'au moins 1cm par heure selon le CNGOF(1). Par conséquent, la sage-femme prenant en charge la patiente se doit d'effectuer un toucher vaginal dans le but d'examiner le col utérin toutes les heures pour s'assurer de la bonne évolution du travail. En présence de la poche des eaux, la variété de présentation peut être difficile à évaluer. Elles peuvent être antérieures : sacro-iliaque droite antérieure et sacro-iliaque gauche antérieure, ou encore postérieures : sacro-iliaque droite postérieure et sacro-iliaque gauche postérieure(11). Son diagnostic est plus facilement posé après la rupture de la poche des eaux. La pose d'une analgésie péridurale est également recommandée par le CNGOF(1). Elle permettra à l'équipe obstétricale d'intervenir rapidement et de façon indolore pour la patiente si la réalisation d'une manœuvre est nécessaire au moment de l'accouchement. Les différentes manœuvres possibles seront détaillées plus tard dans ce travail. Par ailleurs, les sensations de poussées de la patiente doivent être conservées pour que les efforts expulsifs soient efficaces. Dans le cas où le travail n'est pas assez rapide, il n'était pas

recommandé de rompre la poche des eaux de la même manière qu'un travail avec un fœtus en présentation céphalique. Au contraire, le collègue conseillait de la respecter au maximum car elle constitue un facteur mécanique important pour la dilatation du col de l'utérus(1). De plus, la rupture de celle-ci, qu'elle soit artificielle ou spontanée entraîne un risque beaucoup plus élevé de procidence du cordon. Dans la même situation, l'utilisation d'ocytocine est recommandée si la stagnation est la conséquence d'une hypokinésie de fréquence ou d'intensité.

Tout au long du travail et de l'accouchement, il est important que la patiente soit coopérative. En informant la patiente au fur et à mesure, une relation de confiance ainsi qu'un climat harmonieux et rassurant pourra s'instaurer entre le couple et les professionnels de santé. Il est également recommandé d'effectuer un monitoring continu afin d'apprécier l'activité contractile utérine et le rythme cardiaque fœtal. Cela va permettre d'évaluer la tolérance fœtale au travail et de déceler des éventuelles anomalies de son rythme cardiaque pouvant traduire une hypoxie(13). Par conséquent, en cas de troubles du rythme cardiaque fœtal ou encore de mauvaise progression du travail, il peut être décidé à tout moment une césarienne par le gynécologue obstétricien.

1.3.3 Le deuxième stade du travail

Lorsque la dilatation du col de la patiente est complète, laisser encore du temps avant de s'installer pour l'accouchement va permettre à la présentation fœtale de s'engager dans le bassin maternel pour atteindre la partie basse(1). En effet en écourtant la durée des efforts expulsifs, le risque de complications lors de l'accouchement sera lui aussi réduit car cela limitera la fatigue de la patiente et optimisera la descente du fœtus. Afin de rendre la poussée bien efficace, la femme devra pousser pendant une contraction utérine. Les efforts expulsifs ne devront pas excéder 30 minutes(1). Il est important de surveiller le rythme cardiaque fœtal afin de diagnostiquer rapidement une mauvaise tolérance du fœtus à cette phase d'engagement dans le bassin maternel. En cas d'anomalies de celui-ci, l'installation ainsi que la naissance devront être effectuées plus rapidement(13).

Au moment de l'installation pour l'accouchement, l'ensemble de l'équipe obstétricale (obstétricien, sage-femme, pédiatre, aide-soignante et anesthésiste) doit être

mise au courant et présente en salle de naissance, chacun prêt à intervenir si besoin(1). Au préalable, en plus du matériel « classique » préparé pour l'accouchement, il est nécessaire d'ajouter des forceps ou des spatules sur la table d'accouchement afin de pouvoir les utiliser rapidement en cas de besoin. Du trinitrate de glycérol doit également être mis à disposition dans la salle d'accouchement pour les anesthésistes(1). La table ainsi que le matériel de réanimation néonatale doivent être préparés et utilisables juste après la naissance si l'état du nouveau-né le nécessite. La réalisation d'une épisiotomie n'est pas systématiquement recommandée, mais sa nécessité sera à apprécier par les cliniciens(1).

L'engagement et le dégagement du siège est en général plus facile en cas de présentation du siège décomplété et un peu moins aisé si le siège est complet(13). Dans le premier cas, la présentation peut être oblique et doit effectuer une rotation au cours de la descente afin que le diamètre bi trochantérien du fœtus s'accorde au mieux avec les diamètres du bassin maternel. La hanche antérieure se dégage la première, puis la hanche postérieure, suivi des membres inférieurs(11). A ce stade, le professionnel effectuant l'accouchement doit s'assurer que le dos du fœtus est en avant. Il doit être très attentif à ce que son dos ne tourne pas en arrière(1). En cas de bon déroulement du dégagement, il ne doit ni toucher ni effectuer de traction sur le fœtus, l'expulsion se fait uniquement grâce aux efforts de poussées renforcés par la contraction utérine : c'est la méthode de Vermelin(1). Si le siège est complet, les membres inférieurs se dégagent en premier. Une fois le siège dégagé, le cordon peut se retrouver comprimé, ce qui peut entraîner une hypoxie fœtale. Le fœtus eutrophe à terme ne présentant pas de pathologie peut tolérer cette compression funiculaire sur une durée limitée sans conséquences néfastes par la suite. Il donc est important que la naissance soit effectuée rapidement.

Vient ensuite l'étape d'engagement des épaules du fœtus. Si l'opérateur a touché le fœtus ou a effectué une traction sur le siège, il existe un risque de relèvement des bras, ce qui pourrait rendre la suite de l'accouchement plus difficile(1). L'intervention du professionnel avec des manœuvres peut être nécessaire afin d'aider à l'expulsion du fœtus. Le diamètre biacromial s'engage donc dans un diamètre oblique du bassin maternel, la descente ainsi que la rotation du mobile fœtal est observée, puis le dégagement s'effectue en transverse(11). Les bras se dégagent l'un après l'autre pour donner suite à la descente de façon plus ou moins asynclite du mobile fœtal(11).

Enfin, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel dans le diamètre oblique opposé à celui des épaules(11). Ensuite, elle effectue une rotation jusqu'à ce que l'occiput se trouve en avant, avant de franchir le détroit inférieur du bassin maternel. La tête fœtale va se fléchir davantage, l'occiput s'enroule autour de la symphyse pubienne, laissant apparaître à la vulve la face, le front puis le bregma et l'ensemble du crâne.

Ultérieurement à l'expulsion de chacune des parties du fœtus, des lésions ou déformations mécaniques peuvent être observées chez le nouveau-né. En effet, il peut présenter une bosse séro-sanguine au niveau du siège ou des parties génitales du fait de l'appui répété sur cette partie lors du travail(11). Il peut y avoir un aplatissement temporaire d'une partie du crâne. Lors d'un accouchement en présentation céphalique, la tête du fœtus a le temps de s'accommoder aux diamètres du bassin maternel au cours du travail et au cours de son engagement au sein de celui-ci. En revanche, lors de l'accouchement par le siège, cette accommodation n'a pas lieu, la tête est la dernière partie du fœtus à se dégager. Le risque de luxation des hanches est plus important chez les nouveau-nés qui étaient positionnés en siège décomplété en cours de grossesse(11).

1.3.4 Les différentes manœuvres

Au cours de l'accouchement, l'opérateur doit s'assurer du bon déroulement de la progression du mobile fœtal sans le toucher. L'intervention de celui-ci ne devra se faire qu'en cas de besoin, c'est-à-dire si la naissance doit être plus rapide à cause d'anomalies du rythme cardiaque, si une partie du fœtus reste bloquée dans la filière génitale ou bien si l'accouchement devient pathologique. Nous détaillerons uniquement les manœuvres abordées par le CNGOF.

Commençons par les manœuvres de dégagement de la tête fœtale.

La manœuvre de Bracht

Dans certaines situations, une fois le siège et les épaules dégagés, la portion céphalique ne se dégage pas entièrement, cela peut se voir si la tête du fœtus n'est pas assez fléchie, l'occiput reste coincé au niveau de la symphyse pubienne. Il suffit à l'opérateur de poser ses pouces sur la face interne des cuisses du fœtus, deux doigts sur les fesses et d'accompagner la déflexion du fœtus en le retournant doucement, sans effectuer de

traction, jusqu'à ce que son dos entre en contact avec le ventre de sa mère et que sa tête se dégage entièrement(1,11).

La manœuvre de Mauriceau

La tête peut être bloquée alors que le siège et les épaules se sont dégagés à cause d'une mauvaise flexion de la tête. La méthode de Bracht seule peut ne pas être efficace. Le professionnel doit alors placer le corps du fœtus sur son bras et introduire deux doigts dans sa bouche. L'autre main est positionnée au niveau de son cou avec un doigt de chaque côté pour faciliter la bonne préhension de celui-ci. Ensuite, il doit effectuer la flexion de la tête fœtale en appuyant sur sa langue avant d'effectuer une légère traction dans l'axe ombilico-coccygien afin d'amener l'occiput du fœtus au niveau de la symphyse pubienne maternelle(1, 11, 14). Cette méthode peut se terminer par une manœuvre de Bracht.

Dans les cas où les efforts expulsifs ont été débutés trop précocement, ou si l'opérateur effectue une traction sur le mobile fœtal ou encore s'il réalise des manœuvres trop tôt, il peut y avoir un relèvement des bras du fœtus. Cela va empêcher la portion céphalique de s'engager dans le bassin maternel. Il existe donc des manœuvres d'abaissement des bras. Il est également possible que les épaules restent bloquées sans relèvement des bras.

La manœuvre de Lovset

Alors que les épaules ne sont pas dégagées, elles sont au niveau du détroit supérieur du bassin maternel et les pointes des omoplates ne sont pas encore visibles. Il s'agit d'effectuer deux rotations afin de dégager les épaules du fœtus. Il faut donc diriger le diamètre biacromial fœtal dans l'axe antéro-postérieur du bassin maternel. Ensuite, l'opérateur va placer ses mains au niveau du bassin du fœtus. Les deux pouces sont positionnés au-dessus des fesses tandis que les autres doigts sont à l'avant du bassin. Une première rotation va permettre de dégager l'épaule postérieure. Après cela, l'opérateur glisse ses doigts le long de l'humérus, puis va moucher le fœtus en faisant passer le membre supérieur devant la tête du fœtus, ce qui permet de dégager le premier bras. La seconde rotation est suivie du même procédé pour dégager le second bras(1, 11, 14). L'accouchement de la tête peut être effectué par une manœuvre de Bracht en cas de bonne flexion de celle-ci ou bien de Mauriceau si cette dernière est mal fléchie.

Concernant l'accouchement de la tête : certains professionnels l'effectuent à l'aide de forceps ou de spatules plutôt qu'en effectuant les manœuvres décrites précédemment ou si les manœuvres effectuées n'ont pas permis son dégagement(11).

Il existe d'autres manœuvres en cas de besoin pour l'accouchement du siège telles que les manœuvres de Suzor, de Kristellar ou encore de Demelin qui ne seront pas détaillées dans ce travail car moins pratiquées(11).

Dans certaines situations, une grande extraction peut être réalisée. Elle consiste à dégager manuellement les membres inférieurs, quelques fois à l'aide d'une ventouse. Elle est suivie d'une petite extraction consistant à dégager les membres supérieurs ainsi que la tête fœtale(11). Nous ne donnerons pas plus d'informations sur ces gestes, pratiqués le plus souvent en cas d'accouchement de jumeaux.

Pour que ces manœuvres puissent être réussies, l'opérateur doit être expérimenté et entraîné.

Les suivis d'une grossesse ainsi que d'un accouchement en présentation du siège entrent dans les compétences de la sage-femme à condition d'avoir obtenu l'accord voie basse du gynécologue obstétricien en amont. Même si cela doit se faire de manière pluridisciplinaire, la sage-femme a un rôle très important. De plus, il est possible qu'une sage-femme se retrouve face à une patiente dont le fœtus se présente par le siège à un stade avancé du travail. Elle doit ainsi connaître et savoir réaliser les différentes manœuvres si nécessaire.

1.3.5 La délivrance

La délivrance est ensuite effectuée de la même manière que lors d'un accouchement en présentation céphalique. Effectuer une révision utérine systématiquement n'est pas recommandée(1).

Quelques fois, l'utérus peut se rétracter à la suite de l'accouchement rendant la délivrance plus difficile. Le CNGOF préconise alors d'utiliser du trinitrate de glycérol afin de permettre à l'utérus de se relâcher. La dilution est la suivante : 1mL (soit 1mg) de trinitrate de glycérol dilué dans 9 mL de sérum physiologique. Le bolus à injecter est de 100µg de la solution préparée(1). Il peut entraîner des céphalées ainsi qu'une hypotension chez la patiente(1).

Lorsque nous avons effectué notre étude, nous disposions des protocoles sur la présentation du siège et sur la version par manœuvres externe présents dans le livret « Protocoles en gynécologie et obstétrique du CNGOF », de deux discussions du CNGOF sur la voie d'accouchement en cas de présentation du siège publiés en 2000 et 2005. Nous avons donc tenu compte de ces textes pour l'analyse de notre travail. Nous parlerons dans notre discussion des recommandations pour la pratique clinique sur le siège publiées en février 2020 par le CNGOF.

2 Matériel et Méthodes

2.1 Objectifs

L'accouchement par voie basse d'une présentation du siège n'est pas considéré comme eutocique. Il nécessite des précautions et peut être la cause de nombreuses complications. Par ailleurs, nous avons constaté l'absence de protocoles récents dans plusieurs structures hospitalières. En effet, les situations sont à étudier au cas par cas ; les décisions et orientations diffèrent selon certains critères et selon les antécédents. Par conséquent, nous avons voulu nous intéresser à leur gestion au CHU de Rouen. Nous nous sommes centrés sur la prise en charge au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement.

2.2 Problématique et hypothèses

Notre problématique au sein de ce travail a tout d'abord été la suivante : Les recommandations nationales sont-elles toutes appliquées au CHU de Rouen concernant la prise en charge allant du suivi de grossesse à l'accouchement des patientes ayant accouché voie basse d'un siège ? Par ailleurs, nous avons formulé trois hypothèses s'intéressant à l'application des recommandations nationales concernant la prise en charge de la grossesse, du travail ainsi que de l'accouchement de ces patientes.

Cependant, suites aux recherches effectuées à ce sujet, nous nous sommes rendu compte qu'il n'y avait pas de recommandations nationales récentes clairement définies concernant l'ensemble de la prise en charge allant de la grossesse à l'accouchement voie basse de la présentation du siège. Nous avons alors contacté le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français pour connaître la date des dernières recommandations ainsi que celles de l'élaboration des deux protocoles concernant le siège et la VME présents dans le livret « Protocoles en Gynécologie Obstétrique ». Les dernières discussions à ce sujet dataient de 2000 et 2005. Par conséquent, nous avons choisi d'établir la problématique suivante : Quelles sont les pratiques de prise en charge spécifiques de la voie basse du siège en pré et en périnatal au CHU de Rouen ?

Voici les hypothèses qui en ont découlé :

Hypothèse n°1 : Il existe une prise en charge consensuelle propre à l'équipe du CHU.

Hypothèse n°2 : La prise en charge du CHU de Rouen est semblable à celle du guide proposé par le livret du CNGOF « Protocoles en gynécologie et obstétrique ».

2.3 Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude rétrospective comparative unicentrique par recherche combinée informatique puis manuelle au CHU de Rouen.

2.4 Le choix de la population

Nous avons décidé de ne pas inclure les grossesses prolongées au-delà de 41 semaines d'aménorrhée du fait de la surveillance plus spécifique à partir de ce terme, ni la prématurité en dessous du terme de 37 semaines d'aménorrhée. De plus, nous avons exclu les patientes ayant accouché d'un fœtus décédé ou ayant présenté une pathologie gravidique car cela relève d'une prise en charge particulière et cela aurait pu influencer nos résultats. Nous nous sommes concentrés sur les accouchements voie basse de la présentation du siège du fait de leur complexité de prise en charge et des conditions que cela implique. Nous voulions étudier les événements et les critères ayant menés à l'accouchement voie basse. Par conséquent, nous avons décidés d'exclure les césariennes.

Population ciblée :

- Les critères d'inclusion sont :
 - L'accouchement voie basse du siège
 - Au CHU de Rouen
 - A terme (entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée)
 - Fœtus vivant
 - Grossesse unique
- Les critères d'exclusion sont :
 - Diabète gestationnel ou chronique
 - Prééclampsie

- Césarienne programmée ou effectuée en urgence
- Accouchement prématuré
- Placenta prævia
- Grossesses multiples
- Malformations fœtales
- Cholestase gravidique

2.5 Outils de recherche

Afin d'orienter nos recherches et les données que nous souhaitons recueillir, nous avons réalisé une grille de recueil de données (Annexe II) constituée à partir d'éléments indiqués dans la littérature et dans le livret du CNGOF « *Protocoles en gynécologie et obstétrique* ». Cette grille contient des informations générales sur la patiente et sur ses antécédents, elle contient également des éléments sur la prise en charge de la grossesse et notamment sur la réalisation de la version par manœuvre externe. Nous y avons intégré des éléments du déroulement du travail et de l'accouchement. Nous avons recueilli les informations des dossiers jusque dans les deux heures de post partum immédiat pour obtenir des informations sur celui-ci ainsi que sur le premier examen du nouveau-né.

Dans un premier temps, nous avons expérimenté cette grille en analysant une dizaine de dossiers afin d'adapter les éléments à rechercher.

En effet, nous nous sommes aperçus que certains paramètres n'étaient pas notés dans les dossiers :

- Le fait que la vessie soit vide ainsi que la pose de perfusion avant de réaliser la VME
- Le consentement du couple à la VME et à l'accouchement voie basse
- Les critères vérifiés lors des échos pré et post VME ou à l'admission en salle de naissance

Nous avons également remarqué que d'autres paramètres ne faisaient pas parti des pratiques du CHU de Rouen comme :

- L'analyse du RCF 6h et 24 heures après la VME
- La réalisation d'un test de kleihauer et d'une échographie 24h suivant celle-ci

- L'administration d'un traitement antispasmodique avant la VME
- Ou encore l'examen clinique du bassin de la patiente

Au contraire, nous avons également dû en ajouter ou en modifier d'autres qui ont été trouvés dans plusieurs dossiers, auxquels nous n'avions pas pensé ou qui correspondaient aux prises en charge de la structure hospitalière en question :

- Une deuxième tentative de VME
- La réalisation d'une IRM pelvienne plutôt qu'un pelvi scanner
- Le terme de l'échographie auquel le poids fœtal est estimé
- L'indication de la rupture artificielle de la poche des eaux et celle de la mise en place d'ocytocine
- L'indication éventuelle de la réalisation d'une épisiotomie

2.6 Déroutement de l'étude

Dans un premier temps, nous avons effectué une demande de la liste des patientes répondant à ces critères et ayant été prises en charge entre janvier 2014 et juillet 2019 au CHU de Rouen. Nous avons obtenu une liste de 144 dossiers que nous avons commandés auprès des archives du centre hospitalier. Cependant, nous n'avons pu recueillir les données de seulement 101 de ceux-ci. En effet, parmi ces derniers, 16 dossiers ne répondaient pas à nos critères et 27 n'ont pas été retrouvés (dont 5 n'existaient pas dans les bases de données du CHU de Rouen). Au sein des dossiers exclus, 2 patientes présentaient un diabète gestationnel, une patiente a développé une prééclampsie, une patiente a dû subir une césarienne, une patiente a accouché d'un fœtus en présentation céphalique et nous avons écarté 11 naissances multiples dont une mort fœtale in utéro et une interruption médicale de grossesse.

À la suite de cela, nous avons élargi notre recueil de données en élargissant la recherche à l'année 2013 et jusqu'en octobre 2019. Nous en avons obtenu 25 supplémentaires. Sur ces 25, nous avons recueilli les données de 20 situations. De fait, nous avons exclu 2 grossesses gémellaires et 3 dossiers n'ont pas été retrouvés.

Au total, sur une liste de 169 dossiers, nous avons recueilli les données de 121 de ces derniers, 30 n'ont pas été retrouvés et 18 ont été exclus (Annexe III).

L'analyse a été effectuée manuellement sur les dossiers papiers, en les consultant sur place, aux archives du CHU de Rouen.

2.7 Analyses statistiques

Une fois toutes les données nécessaires recueillies, nous avons effectué une analyse statistique à l'aide d'effectifs et de pourcentages des résultats obtenus sans tris croisés à l'aide des logiciels Word et Excel. D'autres analyses statistiques avec tris croisés ont été réalisées à l'aide du test de Khi2 et du logiciel Excel.

3 Résultats

3.1 Informations générales

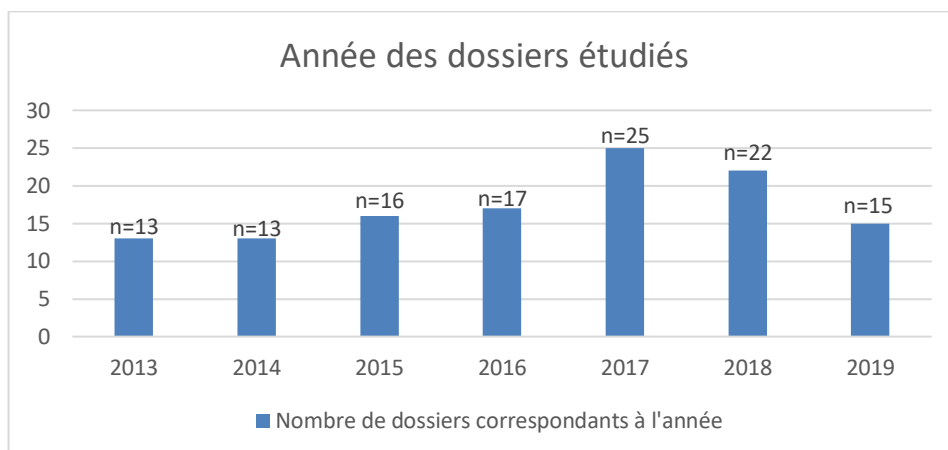


Figure 1 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction de l'année de l'accouchement des patientes (N=121).

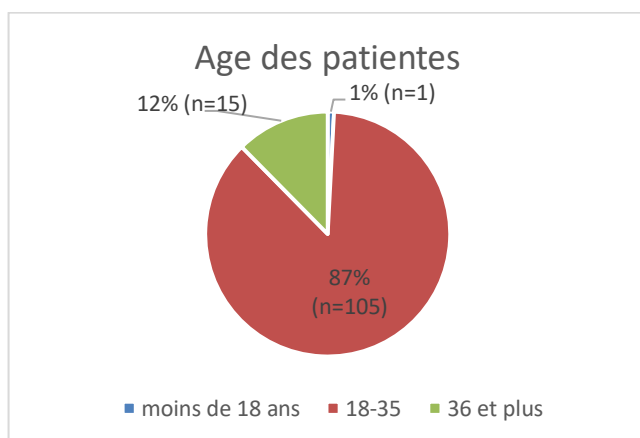


Figure 2 : Répartition des patientes de notre étude en fonction de leur âge (N=121).

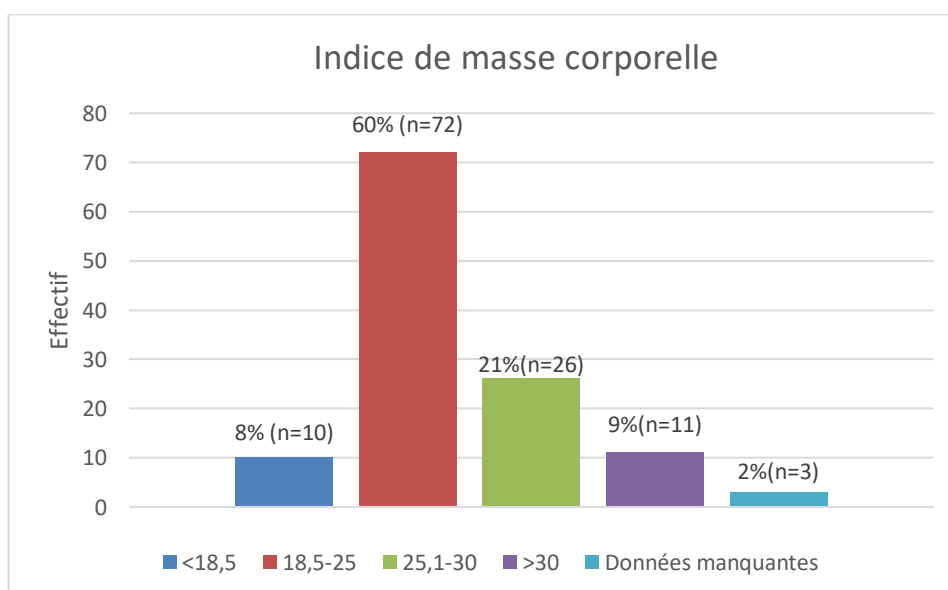


Figure 3 : Répartition des patientes de notre étude en fonction de leur IMC (N=121).

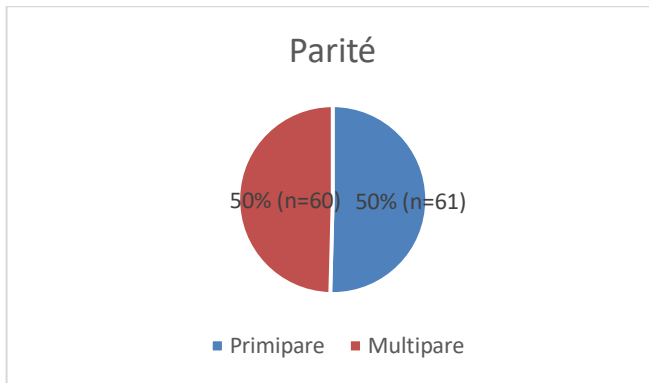


Figure 4 : Répartition des patientes de notre étude en fonction de leur parité (N=121).

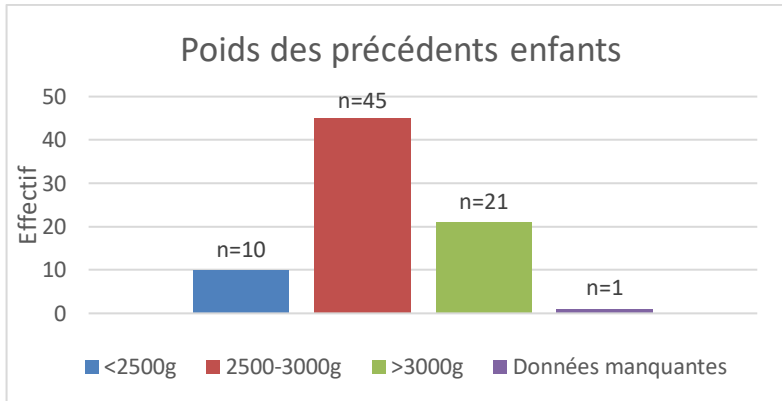


Figure 5 : Répartition des multipares de notre étude en fonction du poids de leurs précédents enfants (N=60). Ces patientes ont eu un seul ou plusieurs enfants avant la grossesse étudiée.

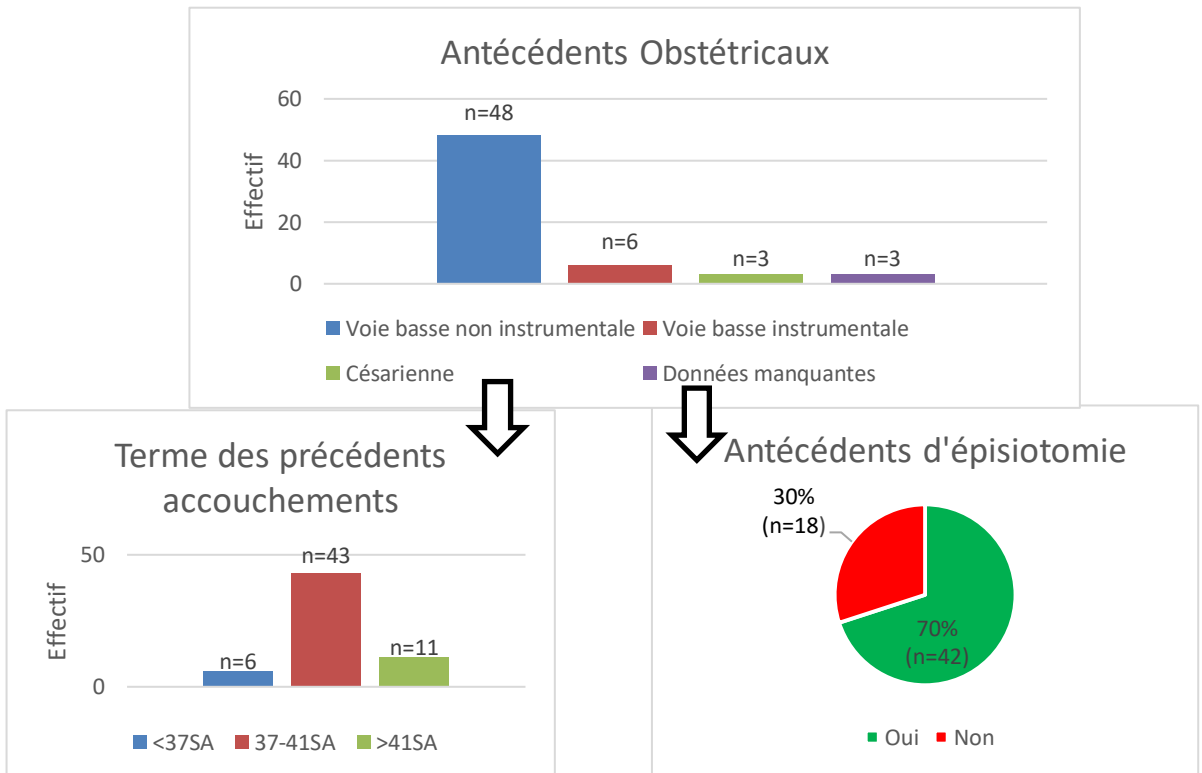


Figure 6-7-8 : Répartition des multipares de l'étude en fonction de leurs précédents modes d'accouchements (N=60). Ces patientes ont eu un seul ou plusieurs enfants avant la grossesse étudiée.

3.2 Grossesse

3.2.1 Proposition de l'acupuncture

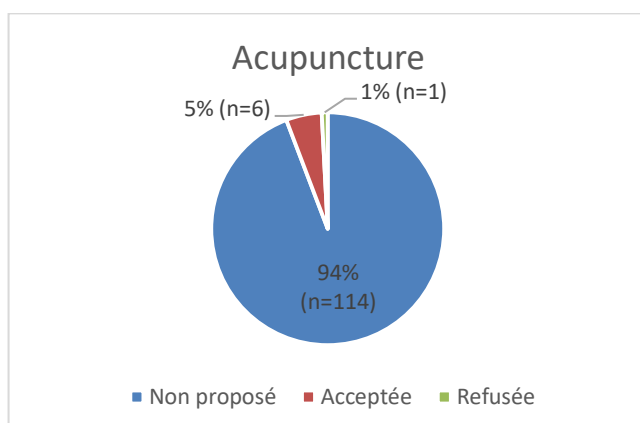


Figure 9 : Répartition des dossiers de l'étude en fonction de la proposition et de la réalisation d'acupuncture avec comme indication la présentation du siège au cours de la grossesse (N=121).

3.2.2 VME

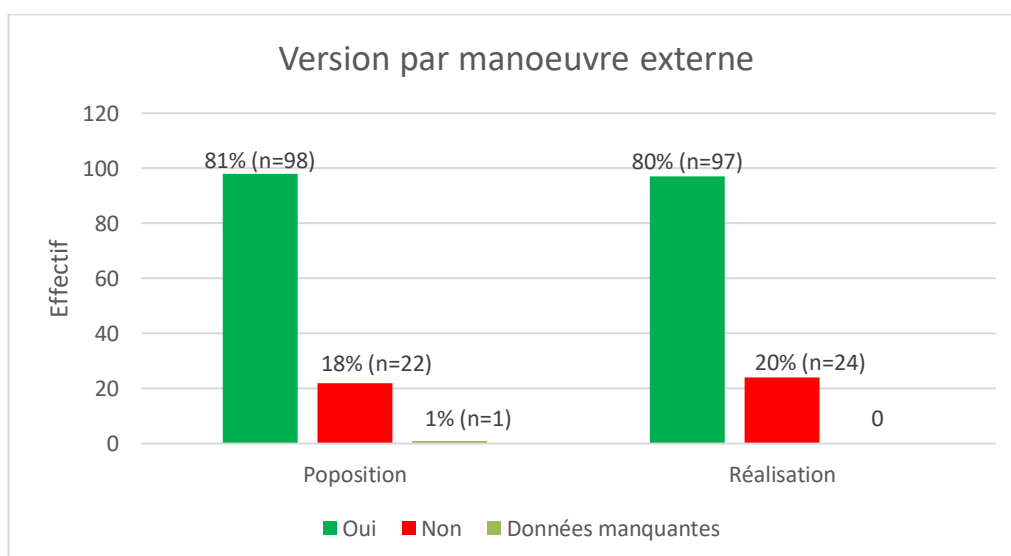


Figure 10 : Répartition des dossiers de l'étude en fonction de la réalisation d'une VME (N=121).

- Lors de la consultation où la patiente a été informée de la possibilité d'une VME, une note du praticien concernant le consentement oral de la patiente a été retrouvé dans 3 dossiers, dans 24 dossiers une réticence de la part de celle-ci a été tracée, et dans les 94 autres, aucune donnée n'a été identifiée.

- Sur les 97 VME effectuées
 - 6 ont été réalisées entre 35 SA et 35 SA + 6J
 - 64 entre 36 SA et 36 SA + 6J
 - 27 à partir de 37 SA

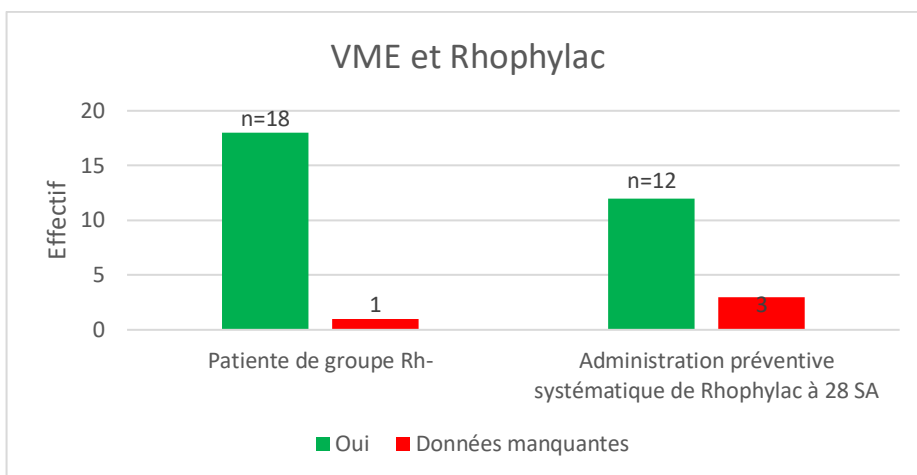


Figure 12 : Répartition des patientes de rhésus négatif ayant eu une VME en fonction de l'administration de Rhophylac à la suite de ce geste (N=18).

L'administration de Rhophylac n'a jamais été fait ni en amont de la VME, ni en aval de celle-ci car la dose préventive à 28 SA avait été injectée.

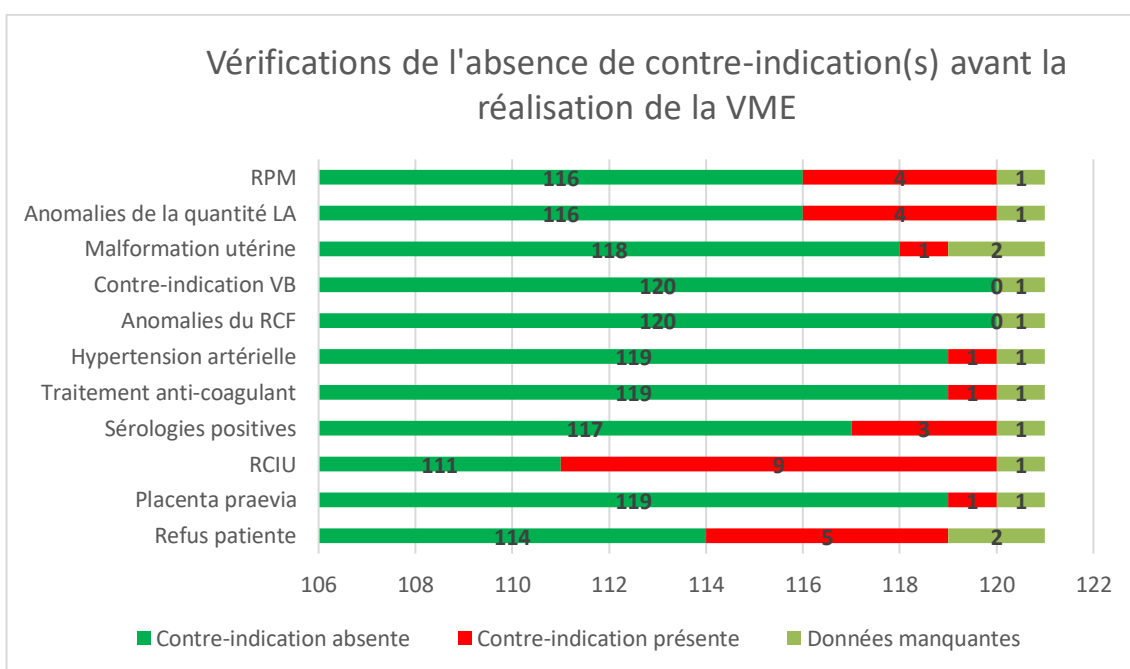


Figure 13 : Répartition des patientes en fonction de la présence ou de l'absence de contre-indications à la VME.

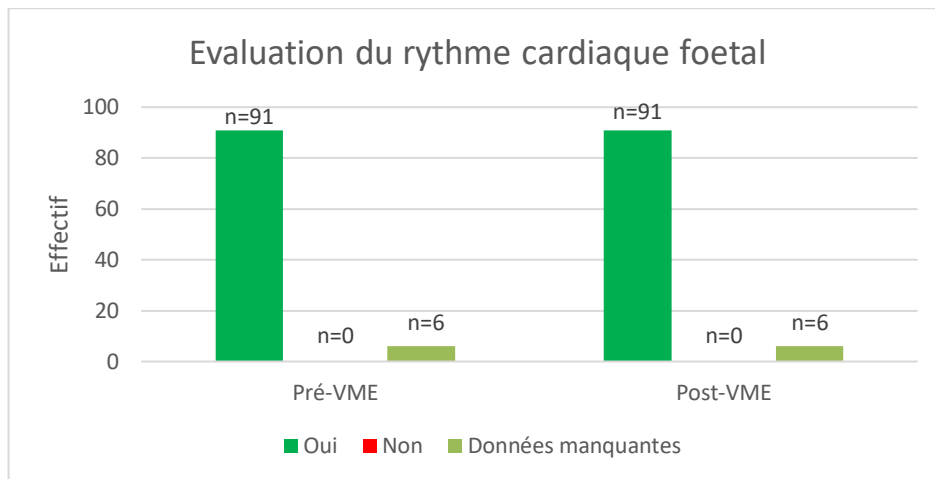


Figure 14 : Répartition des patientes ayant eu une VME en fonction de la fréquence de l'analyse du RCF à la suite de ce geste (N=97).

Concernant le contrôle du RCF après la réalisation de la VME :

- Il a été réalisé dans un cas 6 heures après la VME en raison d'un test de Kleihauer faiblement positif
- Dans 10 cas un monitoring fœtal a été fait 24h après le geste en raison de la présence de contractions utérines
- Et dans 84 cas une surveillance 1 fois par semaine a été mise en place. Dans les autres cas, soit la patiente n'est pas venue à ses rendez-vous soit elle a accouché avant.

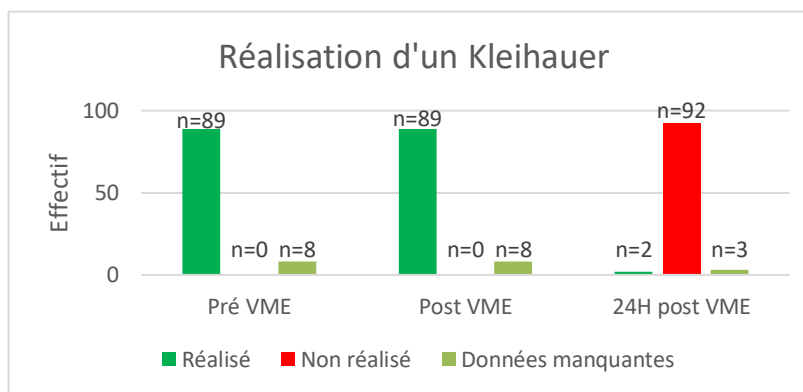


Figure 15 : Répartition des patientes ayant eu une VME en fonction de la fréquence de réalisation d'un test de Kleihauer (N=97).

Le test de Kleihauer a été réalisé à 24 heures du geste dans 2 situations :

- L'une ou le celui-ci était revenu positif après la VME
- L'autre sans indication retrouvée

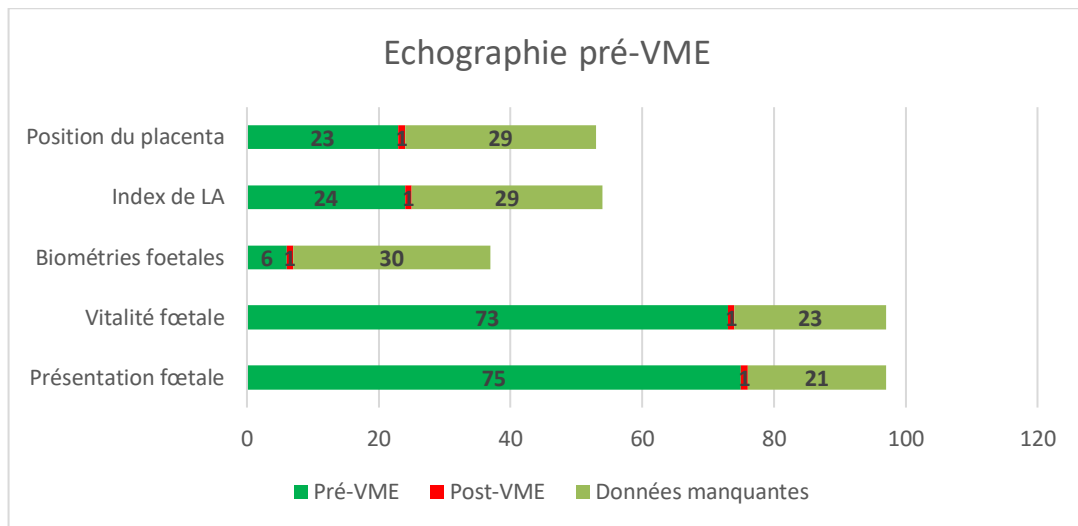


Figure 16 : Répartition des patientes ayant eu une VME en fonction des critères à vérifier au préalable de la réalisation de celle-ci (N=97).

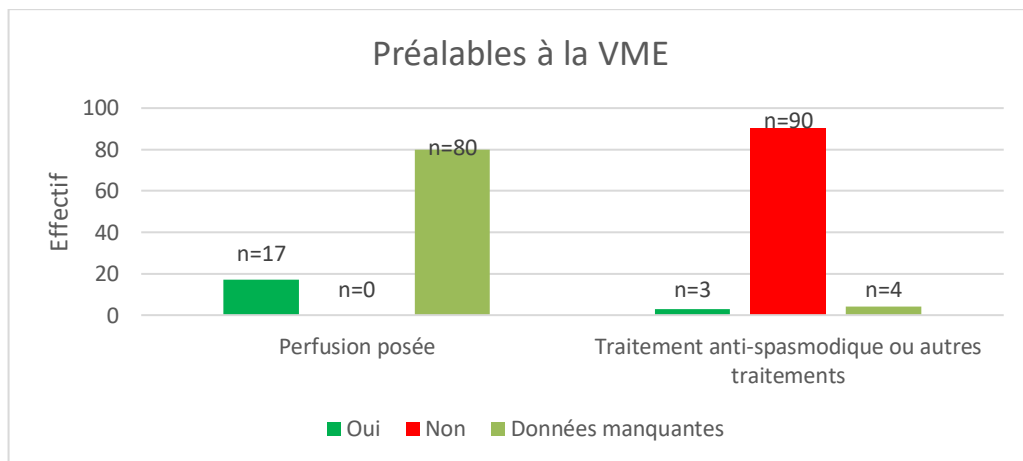


Figure 17 : Répartition des patientes ayant eu une VME en fonction de la réalisation de certains préalables à la réalisation de celle-ci (N=97). Le traitement antispasmodique retrouvé dans les 3 dossiers est le phoroglucinol. Nous n'avons pas retrouvé de trace écrite sur le fait que la vessie était vidée avant la version.

Nous noterons que dans le cas de notre étude portant exclusivement sur l'accouchement de la présentation du siège par voie basse, les résultats concernant l'issue de la VME (échec ou réussite) sont faussés. En effet, nous n'avons pas inclus les accouchements de la présentation céphalique des patientes ayant eu une VME au cours de leur grossesse. Par conséquent, nous ne tiendrons pas compte de ce résultat non représentatif de l'ensemble des VME pour siège.

3.2.3 Accord voie basse

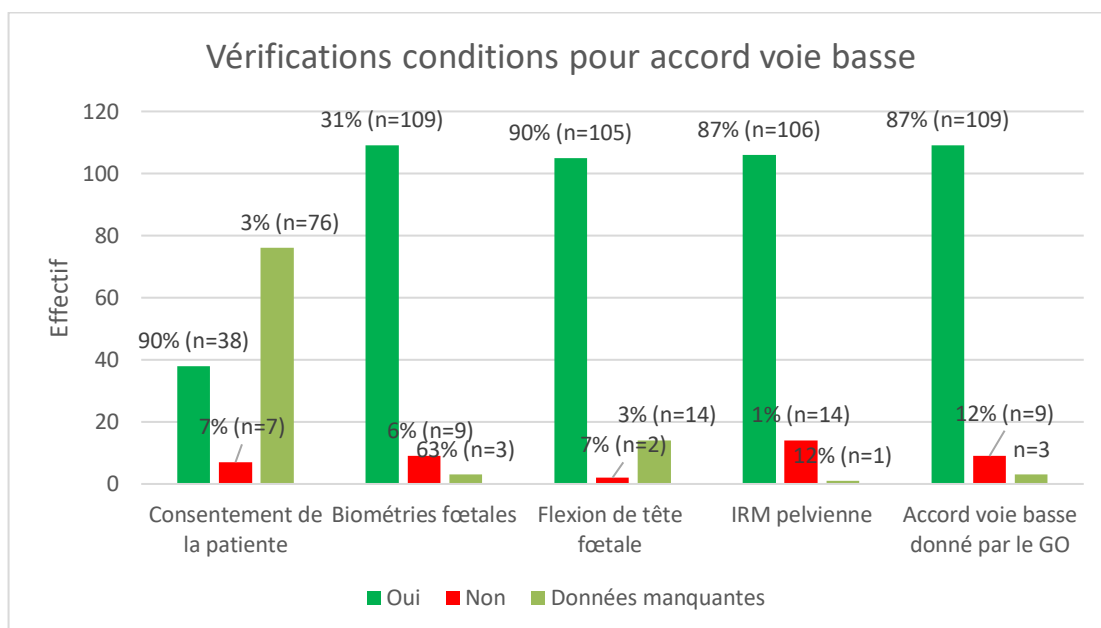


Figure 18 : Répartition des patientes de notre étude en fonction des critères vérifiés au préalable de l'obtention de l'accord voie basse (N=121).

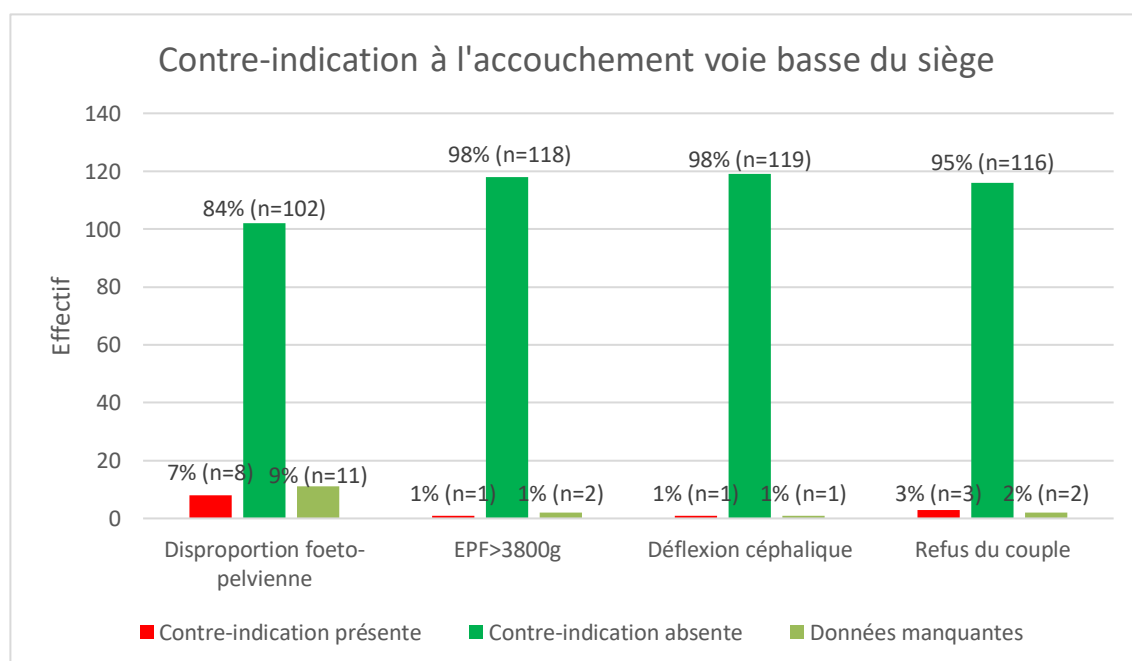


Figure 19 : Répartition des patientes de notre étude en fonction de la présence ou de l'absence de contre-indications à la voie basse (N=121). L'accord voie basse a été étudié par le gynécologue obstétricien au cas par cas, d'une part selon tous les critères précédents associés entre eux et d'autre part selon les antécédents obstétricaux de la patiente.

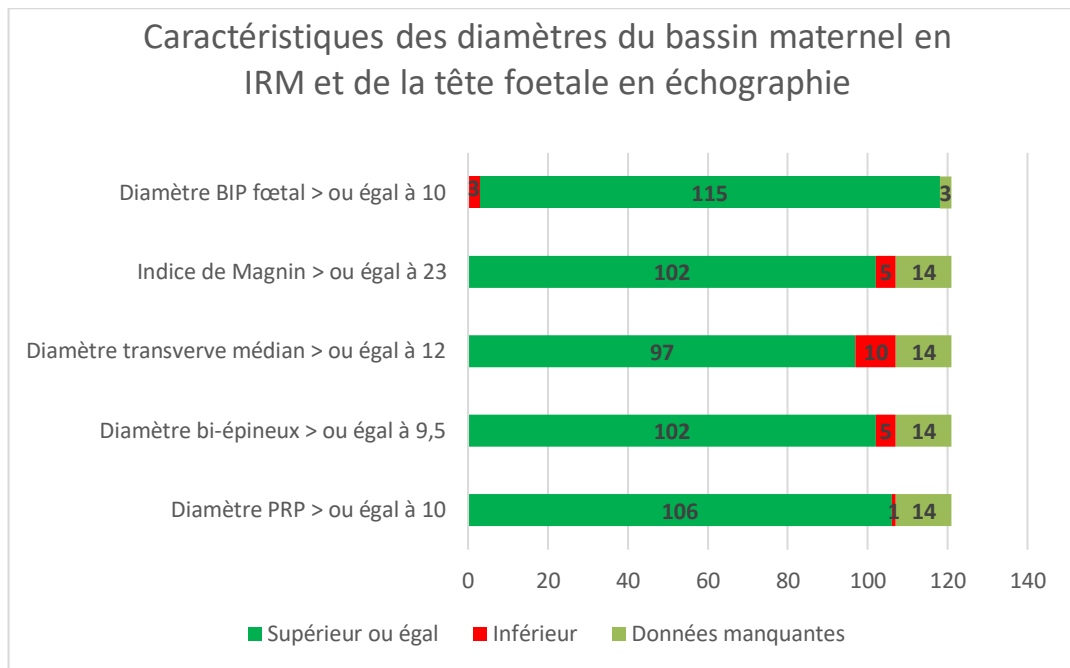


Figure 20 : Répartition des dossiers en fonction des résultats de l'IRM pelvienne maternelle et de la valeur du BIP fœtal (N=121).

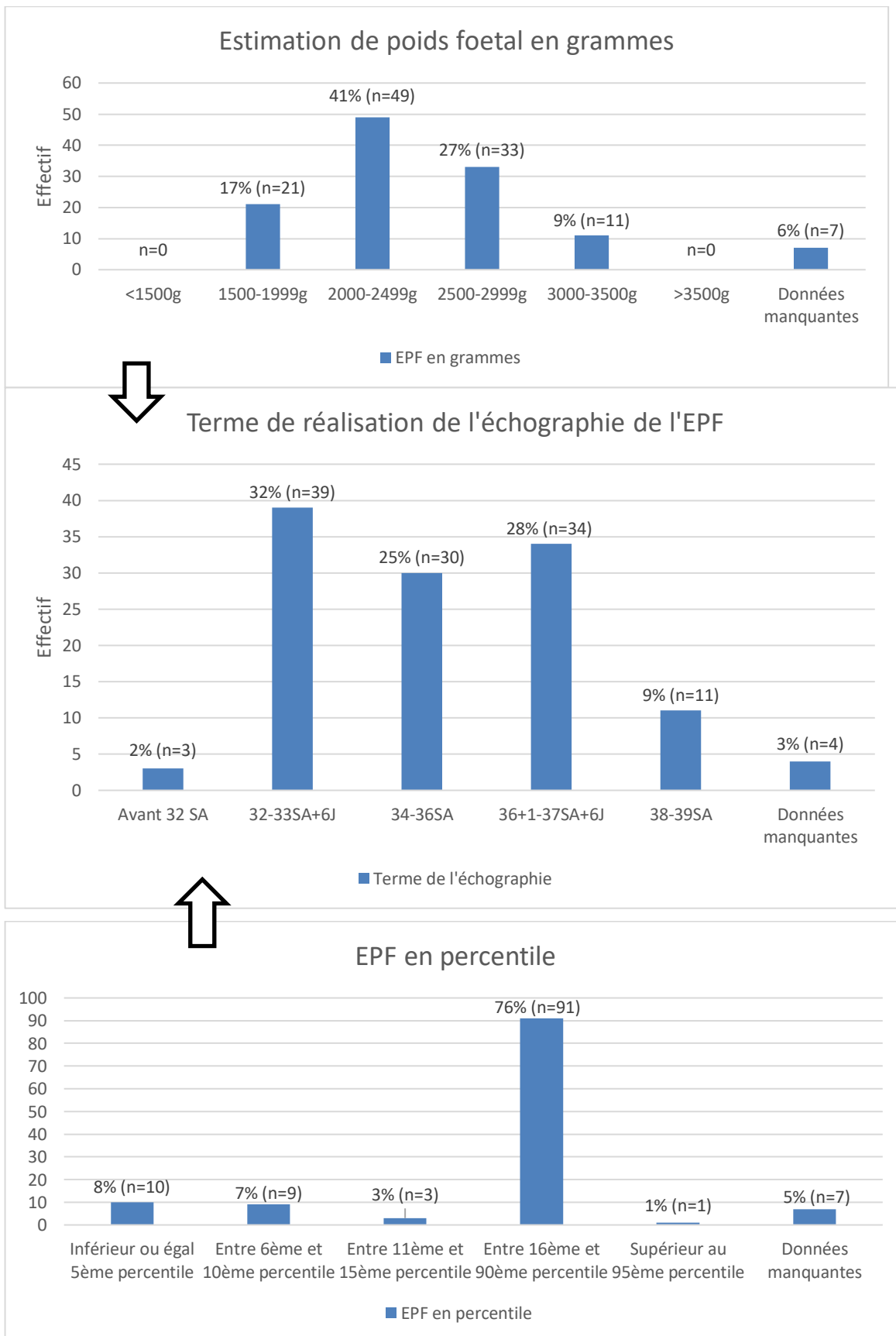
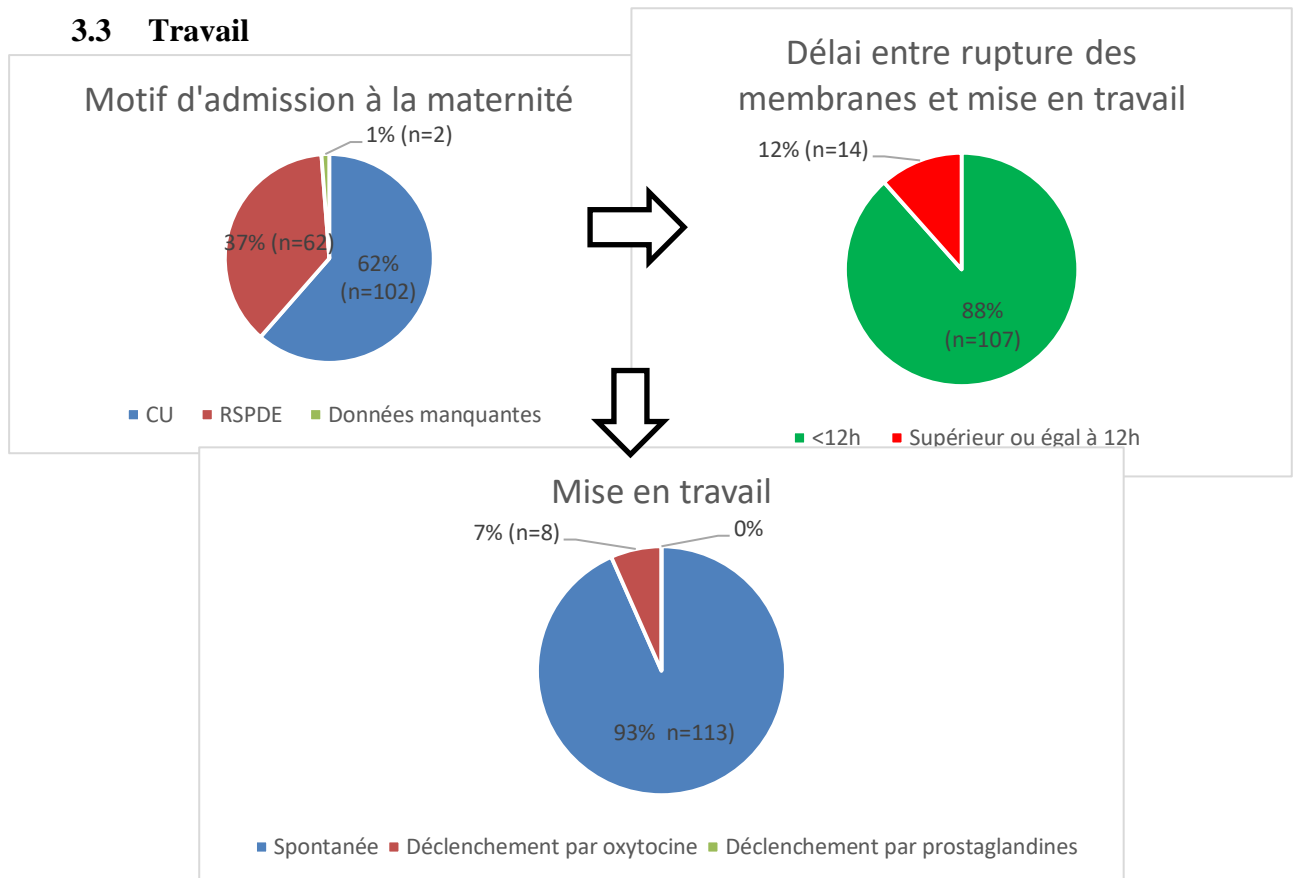


Figure 21-22 : Répartition des dossiers en fonction de l'estimation de poids fœtal (en grammes et en percentiles) au moment de la dernière échographie réalisée retrouvée dans celui-ci (N=121).

3.3 Travail



Figures 23-24-25 : Répartition des patientes de notre étude en fonction du motif de leur admission et des modalités de leur mise en travail (N=121).

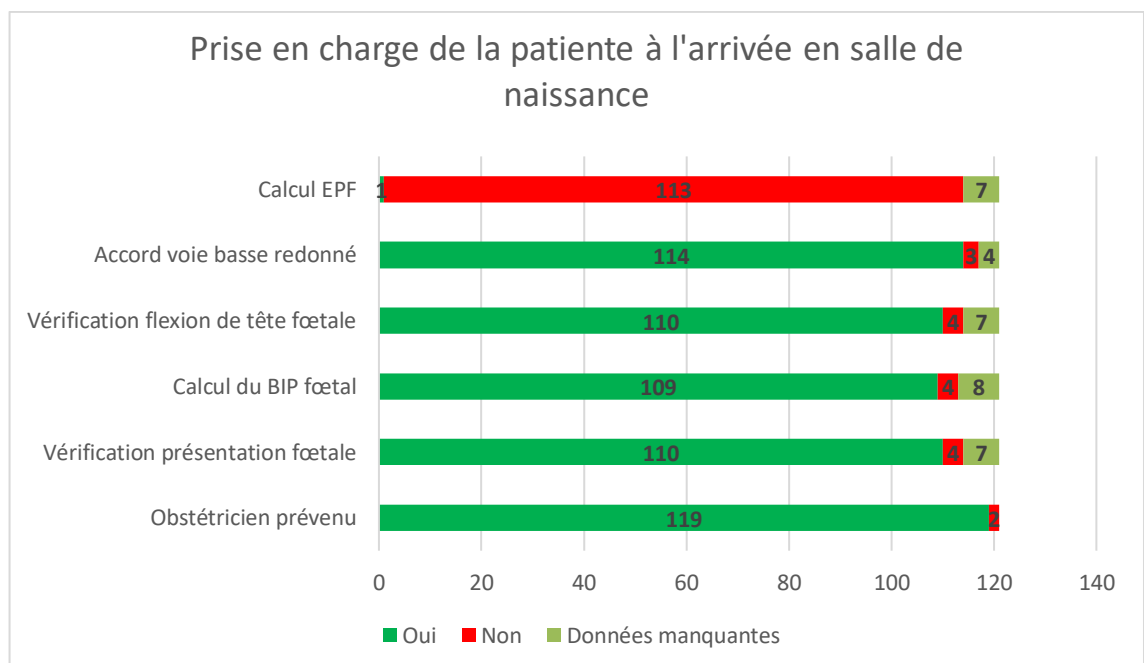


Figure 26 : Répartition des patientes de notre étude en fonction des différentes actions mises en place à la suite de l'entrée de celles-ci au sein du bloc obstétrical (N=121). Nous noterons que le consentement de la patiente à son admission concernant l'accouchement voie basse n'était pas tracé dans les dossiers.

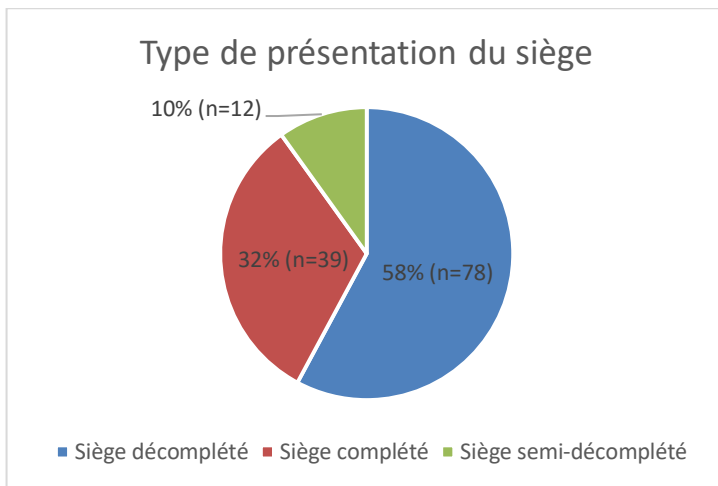


Figure 27 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction du type de la présentation du siège au moment de l'accouchement (N=121).

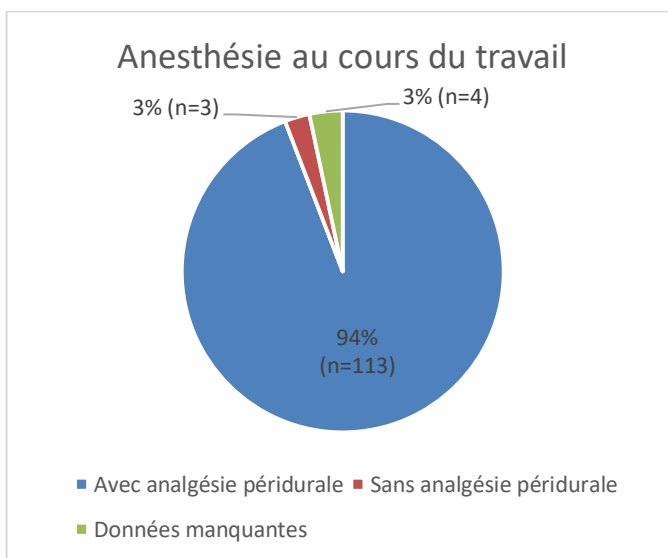


Figure 28 : Répartition des patientes de notre étude en fonction de la présence ou de l'absence d'anesthésie au cours du travail (N=121).

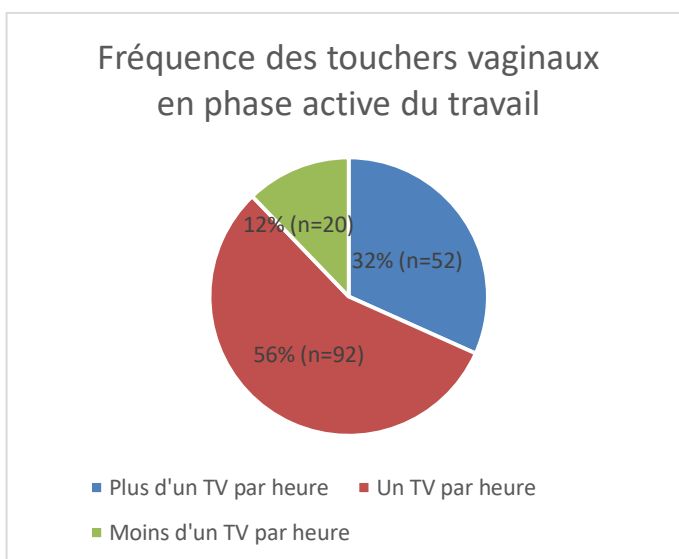
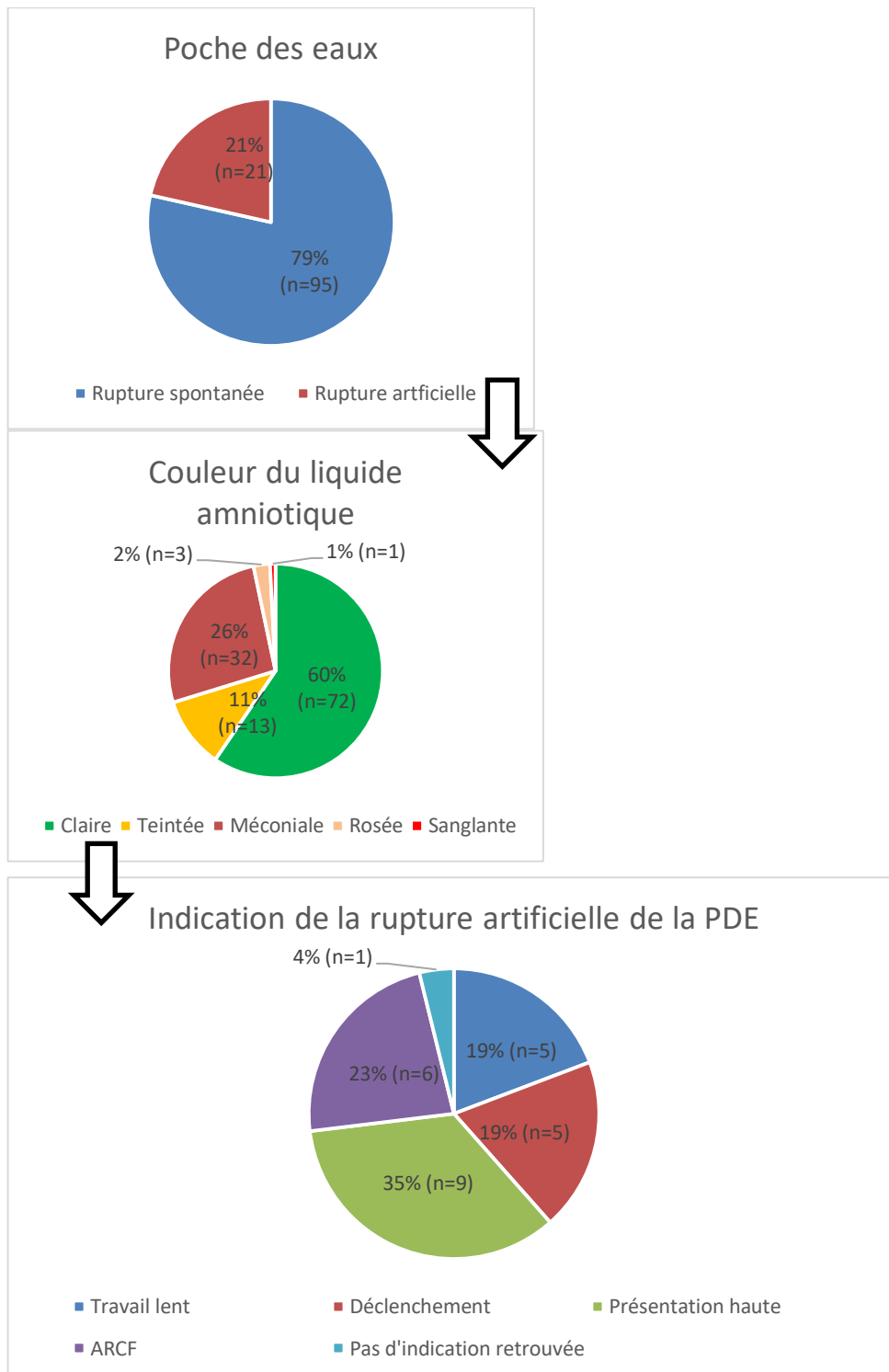
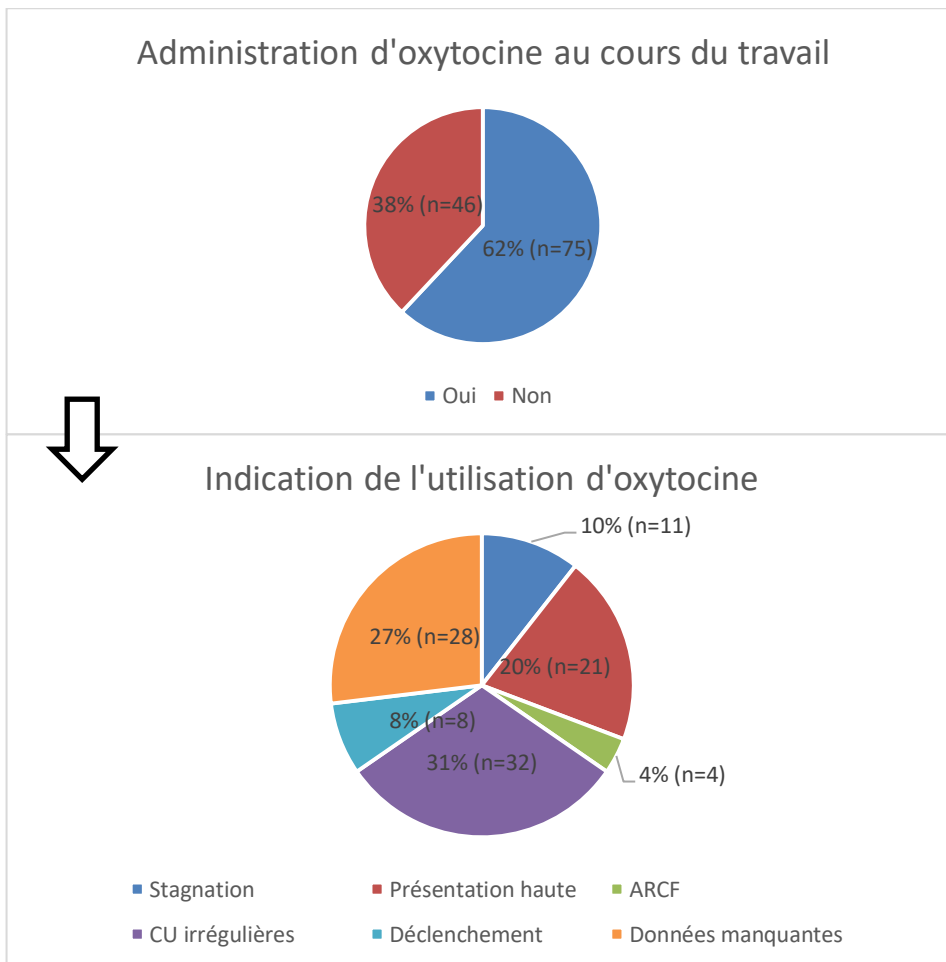


Figure 29 : Fréquence des examens obstétricaux au cours du travail des patientes de notre étude (N=121).



Figures 30-31-32 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction du mode de rupture (N=121), de l'indication en cas de rupture artificielle (N=21) et de la couleur du liquide amniotique au cours du travail. Nous noterons que dans certains cas, plusieurs indications étaient notées dans les dossiers.



Figures 33-34 : Administration d'oxytocine au cours du travail (N=121) et indication (N=75). Nous noterons que dans certains cas, plusieurs indications étaient données pour la même patiente.

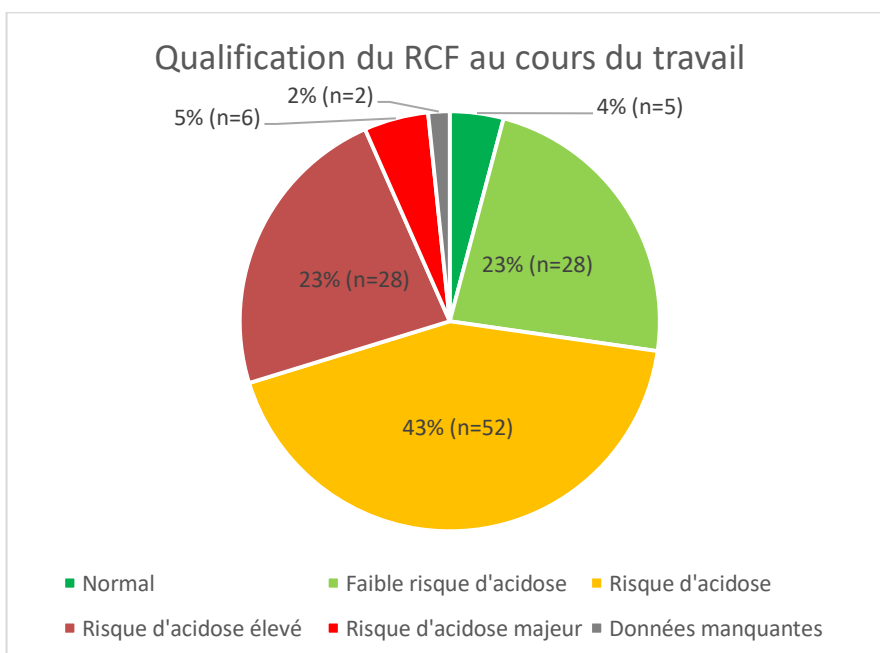


Figure 35 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction de l'analyse du RCF tout au long du travail (N=121).

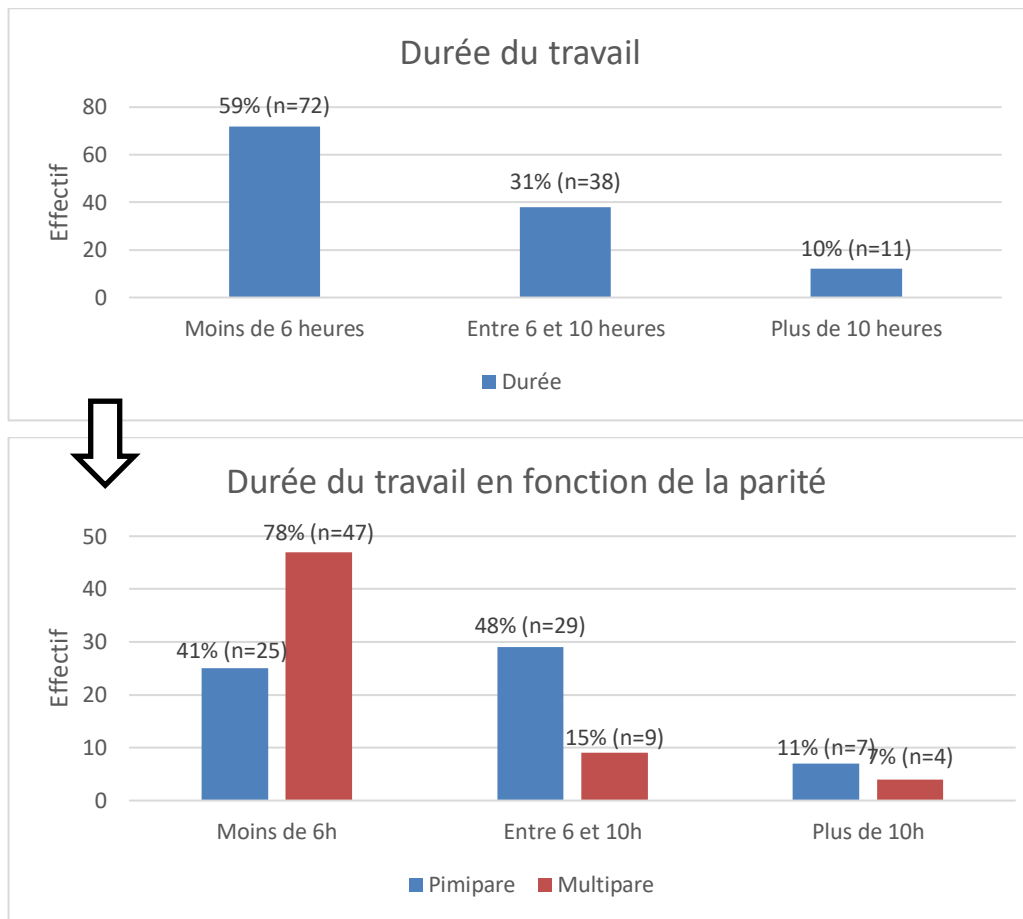


Figure 36 : Répartition des patientes de notre étude en fonction de la durée entre leur admission en travail et leur accouchement (N=121). Durée du travail en fonction de la parité de la patiente (NP=61, NM=60).

3.4 Accouchement

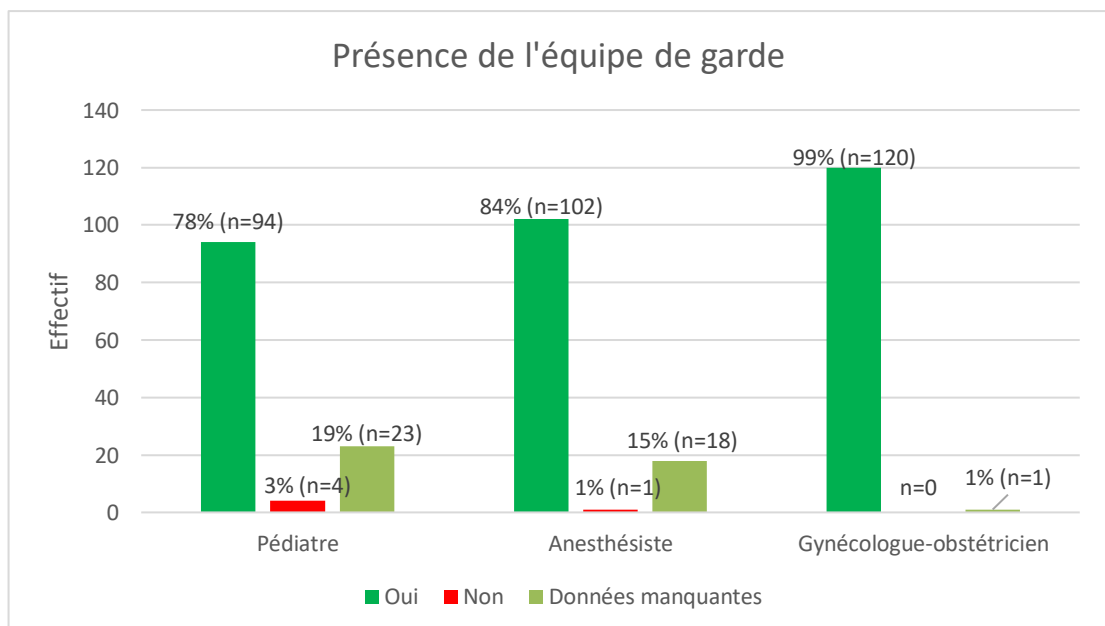


Figure 37 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction de la présence des différents membres de l'équipe de garde de salle de naissance au moment de l'accouchement (N=121). Le moment de l'appel ainsi que celui de l'arrivée de l'équipe n'ont pas été tracés dans les dossiers.

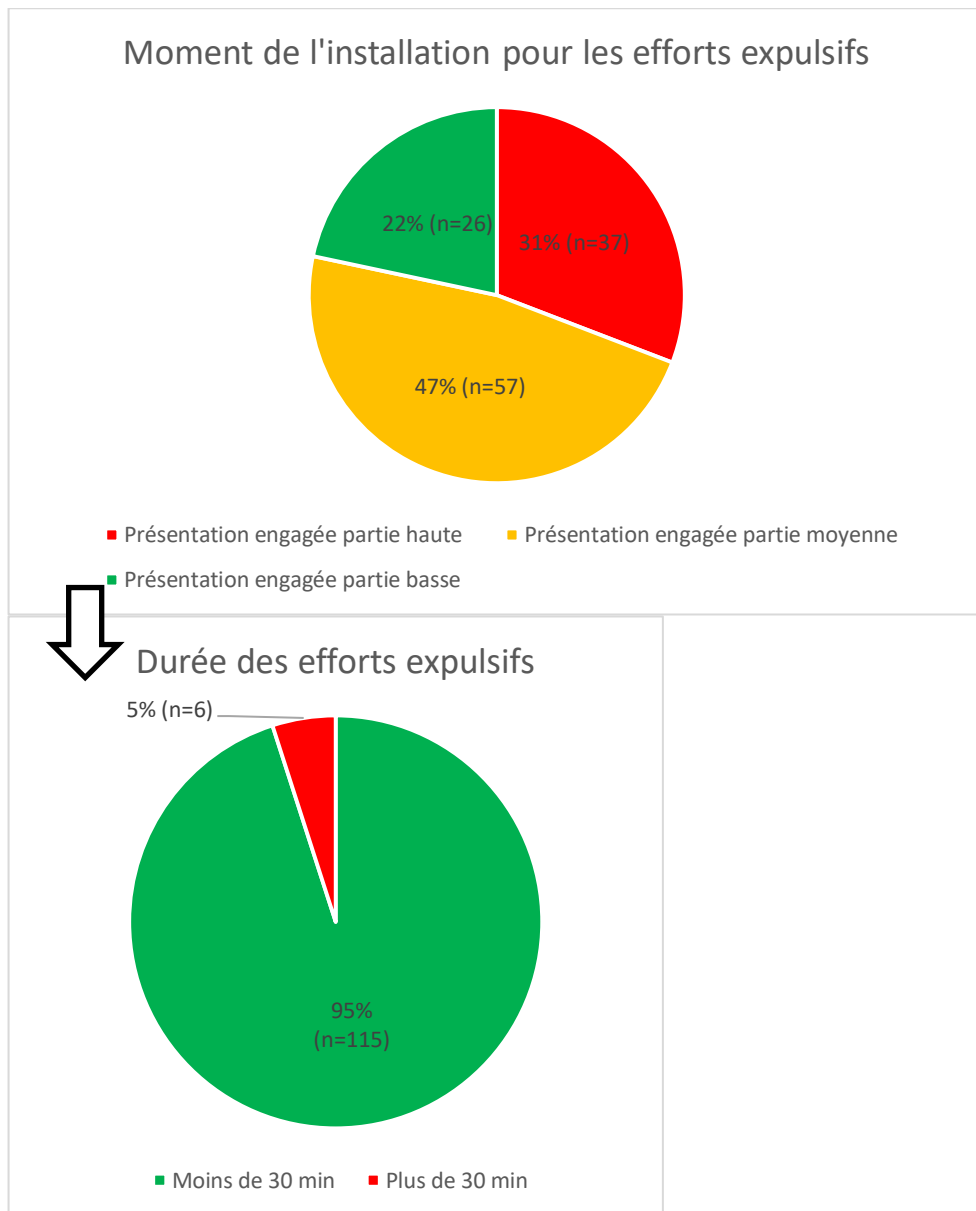
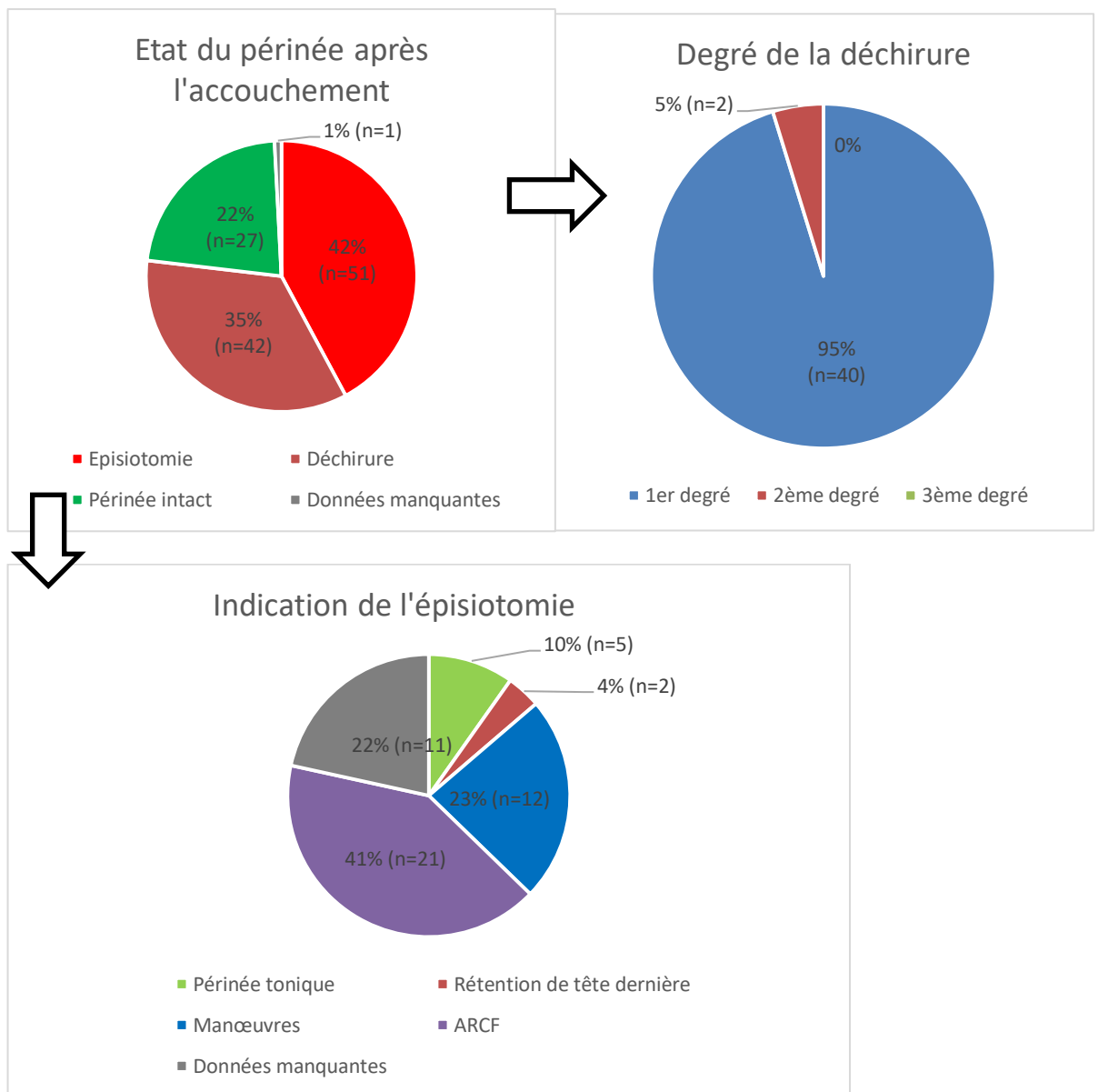


Figure 38-39 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction du moment de l'installation pour l'accouchement et de la durée des efforts expulsifs (N=121). Le début des efforts expulsifs s'est fait après 2h à dilatation complète ou lorsque des anomalies du rythme cardiaque survenaient avant cela. Dans les 6 cas où l'accouchement a duré plus de 30 min, l'installation a été mise en place lorsque la présentation était engagée partie haute dans 3 cas et partie moyenne dans 3 cas.



Figures 40-41-42 : Répartition des patientes de notre étude en fonction de l'état de leur périnée à l'issue de leur accouchement (N=121), de la classification de leur déchirure (N=42) et de l'indication d'une éventuelle épisiotomie (N=51).

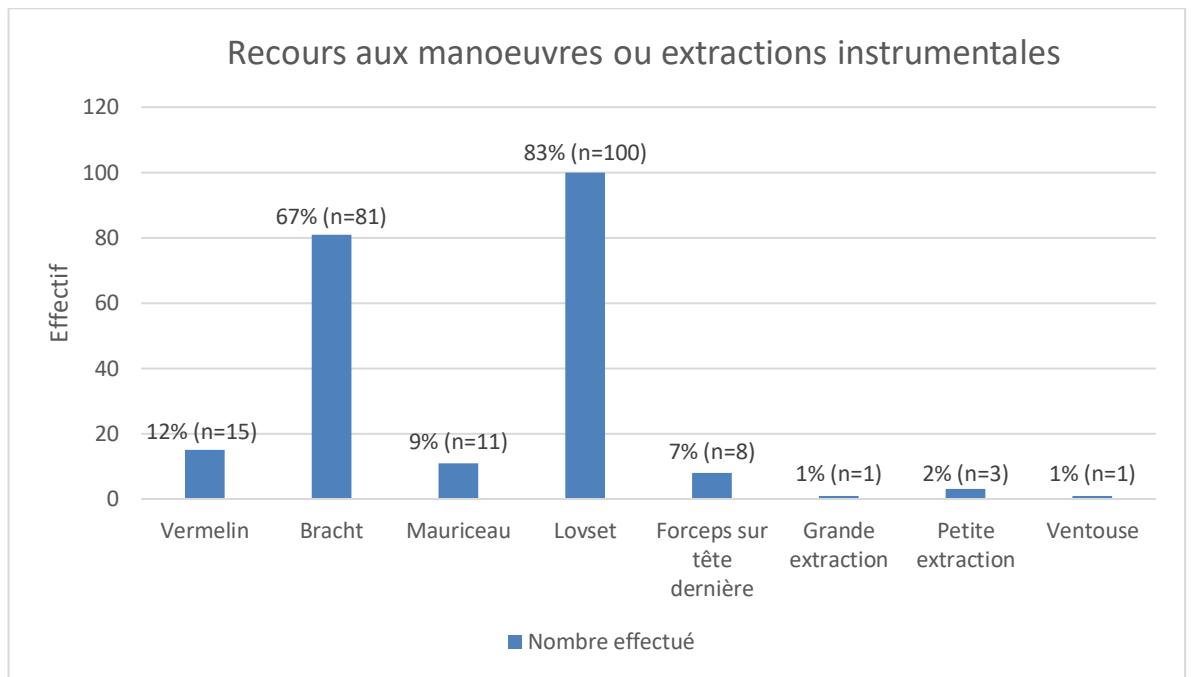


Figure 43 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction des manoeuvres effectuées au cours de l'accouchement (N=121).

	Installation partie haute	Installation partie moyenne	Installation partie basse	Total
Vermelin ou Bracht	6	7	6	19
Autres manoeuvres	31	50	21	102
Total	37	57	27	121

Khi2 calculé	1,38
Degré de liberté	2
α	0,05
Khi2 corrigé	5,99

Tableau 1 : Calcul par le test de Khi2 du lien entre les deux variables ci-dessus avec un risque $\alpha = 0,05$.

Le test de Khi2 nous a permis de valider notre hypothèse H0 qui était la suivante : Il n'existe aucun lien entre le moment de l'installation pour le début des efforts expulsifs et le recours à des manoeuvres au cours de l'accouchement.

3.5 Post-partum

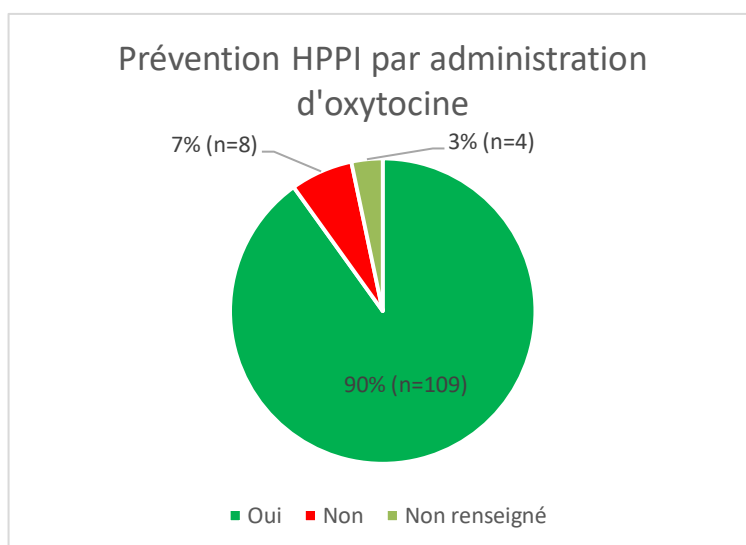


Figure 44 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction de la réalisation de la prévention de l'HPPI (N=121).

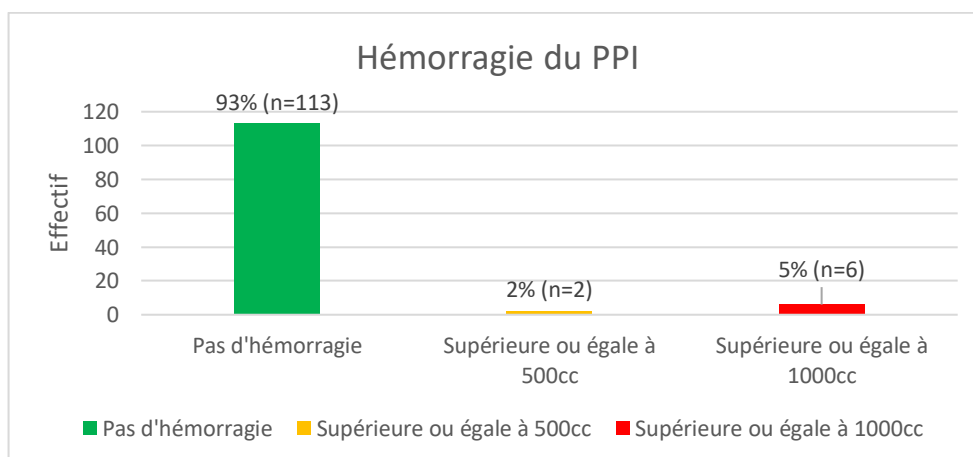


Figure 45 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction de la survenue d'une hémorragie du post-partum immédiat (dans les 2 heures suivant l'accouchement) et de sa gravité (N=121).

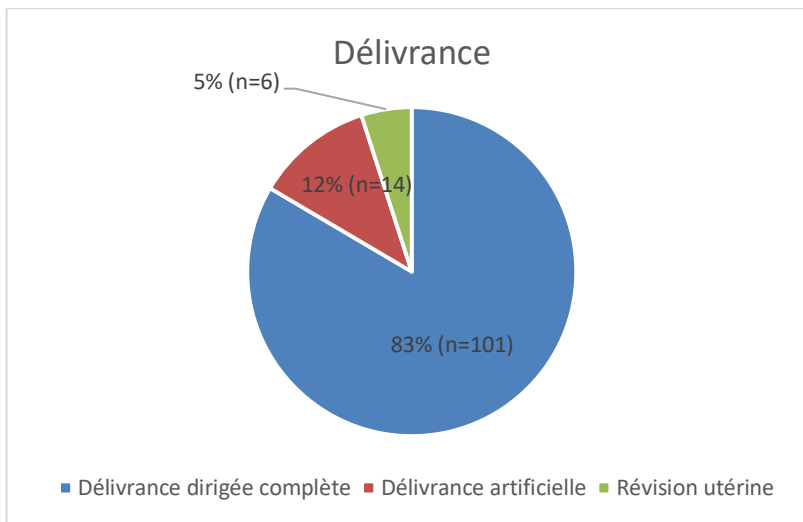


Figure 46 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction de mode de délivrance (N=121).
 A noter : l'item « Délivrance artificielle » comprend la délivrance artificielle et la révision utérine qui l'a suivi. L'item « Révision utérine » signifie qu'il y a eu seulement une révision utérine mais pas de délivrance artificielle.

3.6 Post-natal

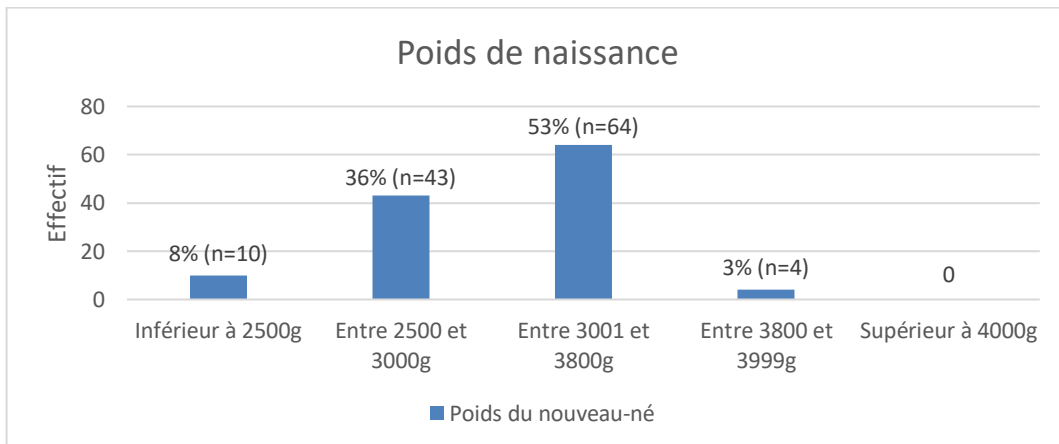


Figure 47 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction du poids du nouveau-né à la naissance (N=121).

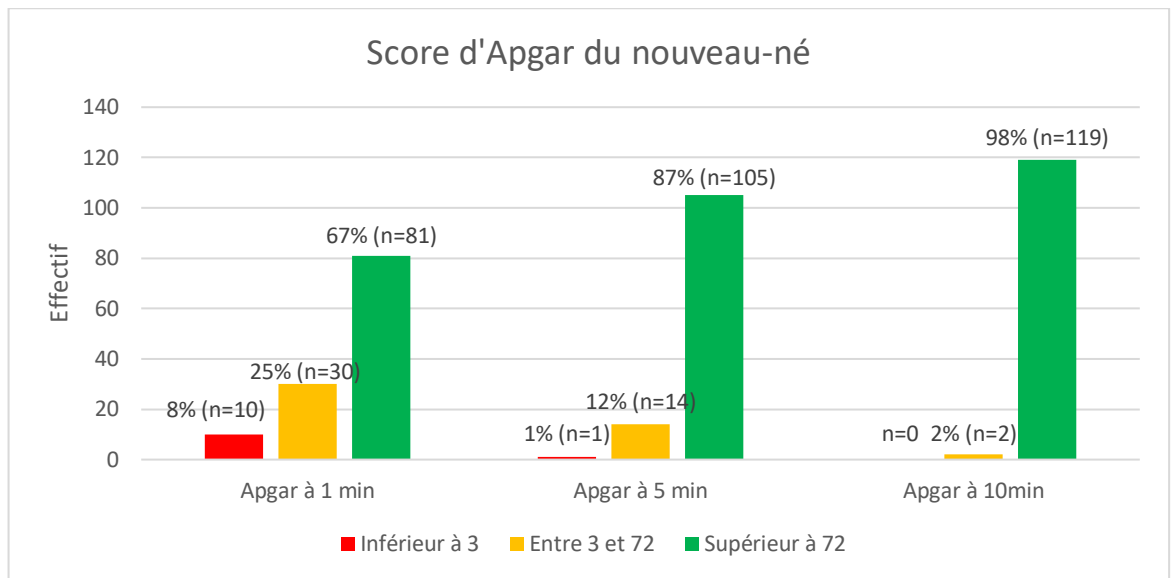


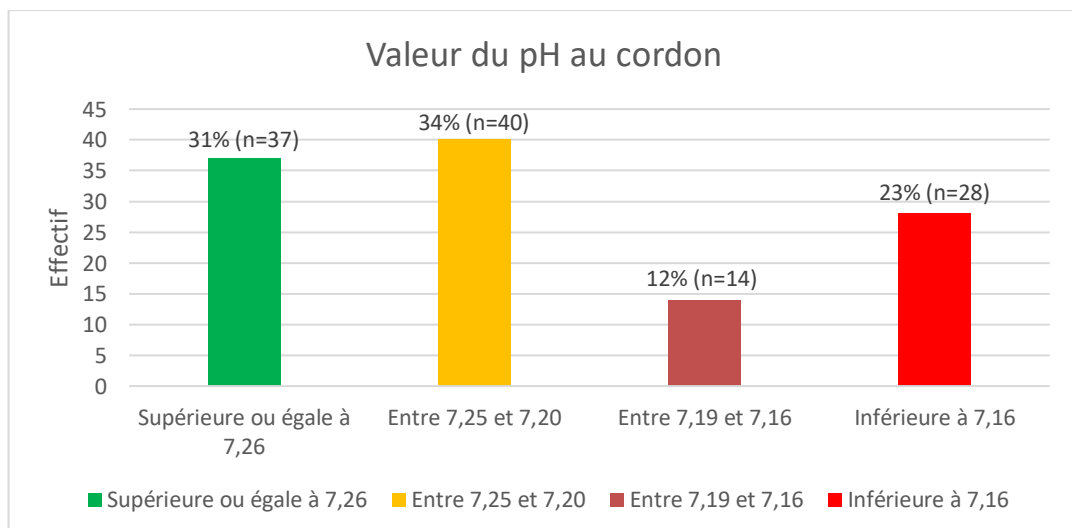
Figure 48 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction du score d'Apgar du nouveau-né à 1,5 et 10 min de vie (N=121).

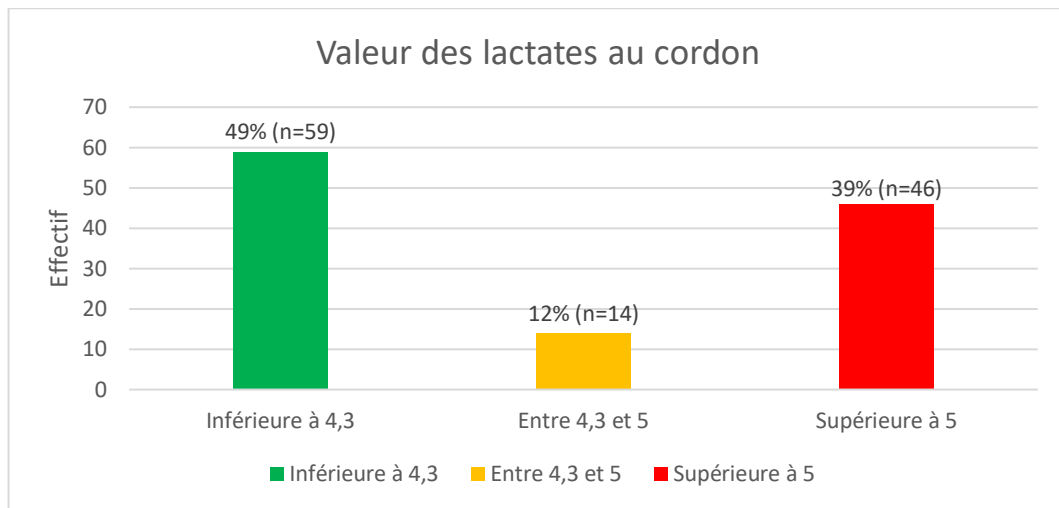
	Apgar à 1min >7	Apgar à 1min entre 3 et 7	Apgar à 1min <3	Total
Episiotomie	35	13	3	51
Pas d'épisiotomie	46	17	7	70
Total	81	30	10	121

Khi2 calculé	0,66
Degré de liberté	2
α	0,05
Khi2 corrigé	5,99

Tableau 2 : Calcul par le test de Khi2 du lien entre les deux variables ci-dessus avec un risque $\alpha = 0,05$.

Le test de Khi2 nous a permis de valider notre hypothèse H0 qui était la suivante : Il n'existe aucun lien entre le recours à une épisiotomie et le score d'Apgar à 1 minute de vie.





Figures 49-50 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction de la valeur du pH et des lactates au cordon (N=121).

	pH<7,16	pH entre 7,16 et 7,19	pH≥7,20	Total
Primiparité	20	9	32	61
Multiparité	8	6	46	60
Total	28	14	79	121

Khi2 calculé	8,34
Degré de liberté	2
α	0,05
Khi2 critique	5,99

Tableau 3 : Calcul par le test de Khi2 du lien entre les deux variables ci-dessus avec un risque $\alpha = 0,05$.

Le test de Khi2 nous a permis de valider notre hypothèse H1 qui était la suivante : Il existe un lien la parité et la valeur du pH au cordon.

	pH<7,16	pH entre 7,16 et 7,19	pH≥7,20	Total
PN<3000g	9	5	39	53
PN>3000g	19	9	40	68
Total	28	14	79	121

Khi2 calculé	2,91
Degré de liberté	2
α	0,05
Khi2 critique	5,99

Tableau 4 : Calcul par le test de Khi2 du lien entre les deux variables ci-dessus avec un risque $\alpha = 0,05$. PN = poids de naissance du nouveau-né.

Le test de Khi2 nous a permis de valider notre hypothèse H0 qui était la suivante : Il n'existe aucun lien entre le poids de naissance et le pH au cordon.

	pH<7,20	pH>7,20	Total
Au moins un diamètre pathologique	11	6	17
Aucun diamètre pathologique	31	73	104
Total	42	79	121

Khi2 calculé	7,85
Degré de liberté	1
α	0,05
Khi2 critique	3,84

Tableau 5 : Calcul par le test de Khi2 du lien entre les deux variables ci-dessus avec un risque $\alpha = 0,05$. Les diamètres du bassin pris en compte sont le transverse médian, le promonto-rétropubien et le bi-épineux.

Le test de Khi2 nous a permis de valider notre hypothèse H1 qui était la suivante : Il existe un lien entre les diamètres du bassin maternel et le pH au cordon.

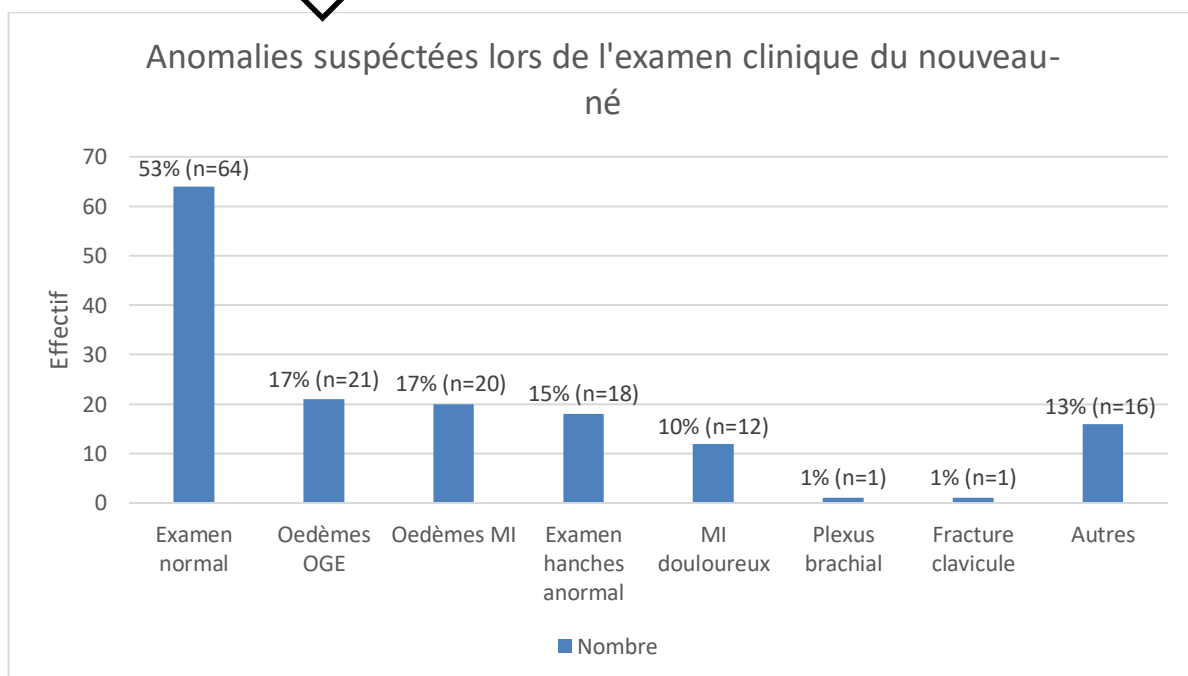
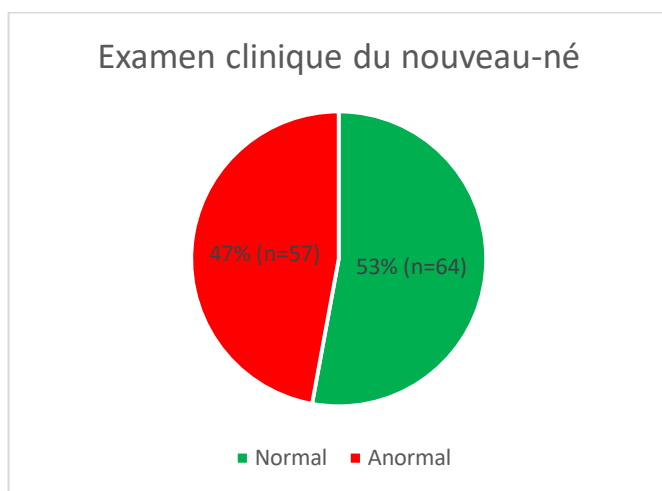
	Siège complet	Siège décomplété	Siège semi-décomplété	Total
Examen clinique normal	24	39	1	64
Examen Clinique anormal	15	31	11	57
Total	39	70	12	121

Khi2 calculé	10,96
Degré de liberté	2
α	0,05
Khi2 corrigé	5,99

Tableau 6 : Calcul par le test de Khi2 du lien entre les deux variables ci-dessus avec un risque $\alpha = 0,05$.

Le test de Khi2 nous a permis de valider notre hypothèse H1 qui était la suivante : Il existe un lien entre le type de présentation du siège et la morbidité néonatale.

3.7 Examen clinique du nouveau-né



Figures 51-52 : Répartition des dossiers de notre étude en fonction de l'examen clinique du nouveau-né et des anomalies dépistées au cours de celui-ci (N=121). A noter : L'item « Autres » signifie que l'anomalie de l'examen clinique n'a pas été retrouvée dans le dossier. Nous n'avons pas pu confirmer ces anomalies car nous nous sommes arrêtés à la fin des deux heures du post-partum immédiat.

4 Discussion

Au sein de cette discussion, nous allons comparer les pratiques du CHU de Rouen à l'aide de nos résultats et le protocole sur le siège émis par le CNGOF dont nous avons parlé précédemment afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses. Nous allons également comparer nos données avec celles de la littérature française et étrangère afin d'apprécier les diverses prises en charge mises en place.

4.1 Confrontation des résultats de l'étude empirique à la littérature

La moitié des patientes de notre étude étaient primipares et l'autre moitié étaient multipares (61 vs 60). Parmi les multipares, 3 avaient un antécédent de césarienne et présentaient donc un utérus cicatriciel. 70% d'entre elles ont eu au moins une épisiotomie lors d'un précédent accouchement (à une époque où cette pratique était encore fréquente).

4.1.1 La version par manœuvre externe

Avant la réalisation d'une version par manœuvre externe (VME), des séances d'acupuncture peuvent être proposées. L'acupuncture est très utilisée en Chine et des études publiées étaient en faveur de son efficacité(16, 37, 38) pour passer d'une présentation fœtale en siège à une présentation céphalique. Dans notre série, seulement 5% des patientes ont bénéficié de ces séances. De plus, peut-être que l'information sur cette méthode a été donnée aux patientes mais n'a pas été tracée dans les dossiers car nous n'avons retrouvé qu'un seul refus de la part d'une patiente et aucune trace écrite dans les autres dossiers. Selon une publication de 2009(16), aucune différence significative n'a été retrouvée entre le taux de version après la réalisation de séances d'acupuncture et le taux de versions spontanées. Et selon les dernières études du CNGOF publiées en 2020, cette méthode ne serait pas associée à une réduction du nombre de présentation du siège à l'accouchement(17).

80% des patientes de notre étude ont eu une VME. Comme nous l'avons détaillé précédemment, le consentement de la patiente est un élément obligatoire à obtenir au préalable de la réalisation de cette manœuvre. Nous n'avons retrouvé le consentement

que dans 3 cas, le refus dans 24 dossiers, et cette donnée n'était pas tracée dans tous les autres. Nos chiffres sont, par conséquent, difficilement interprétables. Le consentement éclairé est obligatoire à obtenir préalablement à la réalisation de ce geste. De plus, il est important, d'un point de vue médico-légal, de tracer de manière écrite dans le dossier la preuve que l'information a été donnée à la patiente et que son consentement a été recueilli(39).

Sur les 97 VME réalisées, 6 ont été effectuées entre 35SA et 35SA+6J, 64 entre 36SA et 36SA+6J, et 27 à partir de 37SA. Le livret de protocoles du CNGOF préconise une programmation de celle-ci entre la 36^{ème} et la 37^{ème} SA avec possibilité de l'effectuer plus tard(12). De plus, les dernières publications du CNGOF confirme à nouveau cela(17). Une étude faite en 2019 aux Etats-Unis rapporte un taux de succès plus important au cours du la 36^{ème} SA(18). En effectuant la version avant 35SA, le taux de réversion a posteriori est important(20).

Concernant la prévention de l'allo-immunisation rhésus, 18 patientes de notre étude étaient de Rhésus négatif. Hormis les 6 dont le conjoint était également de Rhésus négatif, toutes ont bénéficié de l'administration préventive de 300µg de Rhophylac à 28 SA. Cependant, à la suite de cette injection, aucune n'a reçu une nouvelle dose en raison de la réalisation de la VME. Selon les recommandations du CNGOF publiées en juin 2006, il n'est pas nécessaire d'administrer du Rhophylac au moment de la version si la dose de prévention systématique a été effectuée à 28SA et qu'il n'y a pas d'hémorragie fœto-maternelle(19). Par ailleurs, un test de kleihauer a été effectué à toutes les patientes avant et après la VME et est revenu négatif. Le protocole du CNGOF ne parle ni de la réalisation d'un test de Kleihauer le lendemain de la manœuvre ni en amont de celle-ci(12). Les dernières recommandations du CNGOF ne préconisent plus sa réalisation après la VME du fait du très faible risque de positivité de celui-ci(17).

Préalablement à ce geste, l'absence de toutes contre-indications à celui-ci a été vérifiée. Cependant, 5 versions ont été réalisées malgré la présence d'un retard de croissance in utero du fœtus, situation pourtant contre-indiquée dans le protocole du CNGOF sur la version par manœuvre externe. Néanmoins, aucune complication grave n'a fait suite à cette manœuvre pour les patientes de notre étude. Seul un test de Kleihauer a été retrouvé faiblement positif post-VME mais s'est révélé stable ensuite. Selon une étude publiée par le CNGOF, les accidents graves par suite de ce geste sont

très peu fréquents(17). La même constatation avait été faite et publiée dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction(20). En effet, la manœuvre doit être la plus douce possible pour éviter les complications et pour éviter que la patiente ne soit douloureuse. Ce qui explique également certains échecs.

Hormis 6 dossiers où la traçabilité d'une analyse du rythme cardiaque fœtal n'a pas été retrouvée, toutes les patientes ont eu un monitoring immédiatement avant et après la réalisation de la VME. Néanmoins, il n'était pas contrôlé 6 heures et 24 heures après comme il est préconisé dans le protocole du CNGOF(12). Il a été surveillé 1 fois par semaine pour 84 patientes. Certaines femmes ont accouché dans la semaine suivante, d'autres ne sont pas venues à leur rendez-vous et n'ont, par conséquent, pas bénéficié de cette surveillance. Les dernières publications du CNGOF ne recommandent pas cette analyse à distance de la manœuvre.

Préalablement à la réalisation de la VME, il est préconisé de vérifier, par une échographie, plusieurs critères cités précédemment. Beaucoup de données n'étaient pas tracées dans les dossiers. Globalement, la présentation fœtale ainsi que la vitalité ont été décrites, des informations sur la position du placenta ainsi que la quantité de liquide amniotique ont été écrites dans une vingtaine de dossiers et l'estimation de poids fœtal a été recalculée dans 6 dossiers dont les 5 présentant un retard de croissance. Par ailleurs, le contrôle échographique post-VME n'a pas été pratiqué, ce qui n'est pas recommandé de faire systématiquement(12). Le CNGOF n'a pas évoqué la question de l'échographie dans ses dernières recommandations.

Certaines informations comme la pose de perfusion ainsi que la vessie vidée préalablement à ce geste n'ont que très peu, voire pas été tracées dans les dossiers. Au CHU de Rouen, la tocolyse, quelle que soit la voie d'administration, n'est pas réalisée. Une étude publiée en 2020 par « The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medecin » compare l'efficacité, finalement sans différence significative, de deux tocolytiques, l'atosiban et la ritrodine au moment de la version(21). Les dernières publications du CNGOF recommandent également l'utilisation d'un tocolytique IV qui est associée à un taux de succès plus important ainsi qu'à une diminution du nombre de césariennes(17). Avant celles-ci, cela n'était pas recommandé du fait des résultats discordants de plusieurs études sur son efficacité(40-41-42).

Dans 90% des cas, nous avons retrouvé un accord pour l'accouchement voie basse donné par le gynécologue obstétricien de garde après la version ainsi que la mesure des biométries fœtales (le poids ainsi que le diamètre bipariétal) prises à l'échographie du 3^{ème} trimestre (60%) ou lors d'une échographie supplémentaire (37%). Nous avons retrouvé près de 87% de dossiers où était tracé la vérification de la bonne flexion céphalique fœtale au moment de la manœuvre et de même pour la réalisation d'une IRM pelvienne à la suite de l'échec de la version par manœuvre externe. Cependant, le consentement écrit de la patiente pour l'accouchement voie basse n'a été retrouvé que dans 31%. Une publication française de 2016 cite les critères suivants afin de donner un accord pour la voie basse : la réalisation d'une échographie afin d'apprécier la flexion céphalique, une radiopelvimétrie afin d'apprécier les diamètres du bassin maternel, une estimation du poids fœtal pour écarter une macrosomie et enfin une décision médicale tenant compte des éléments du dossier(22). « The American College of Obstetricians and Gynecologists » (ACOG) recommande, à travers une publication de 2018, le consentement éclairé de la patiente ainsi que la bonne expérience des professionnels de santé au préalable de l'accouchement par voie vaginale d'une présentation du siège(23). Selon les protocoles élaborés par les gynécologues obstétriciens de Belgique, la pelvimétrie est obligatoire car une anomalie de celle-ci donne lieu à la programmation d'une césarienne à 39SA(24). Depuis 2020, le CNGOF recommande la réalisation d'une IRM pelvienne, mais ne juge pas nécessaire de réévaluer les biométries fœtales si une macrosomie n'était pas suspectée précédemment, le petit poids pour l'âge gestationnel n'étant plus une contre-indication. Par ailleurs, la vérification de la flexion céphalique reste un critère important d'acceptation de la voie basse(17). La réalisation d'une échographie et d'une pelvimétrie au préalable à l'accouchement voie basse est relativement importante car une anomalie de l'une de ces imageries est associée à une augmentation du nombre de césariennes en urgence(43). Ainsi dans notre étude, nous avons mis en évidence, à l'aide du test de Khi2, une diminution significative du pH avec une valeur inférieure à 7,20 lorsqu'il existait une valeur pathologique d'un des diamètres du bassin maternel avec un risque $\alpha = 0,05$ où $p < 0,01$ avec IC 95% (0.04 ;0.14).

4.1.2 La gestion du travail

Parmi les patientes ayant exprimé une crainte quant à l'accouchement par les voies naturelles face à la présentation de leur fœtus, après explications et informations données à ce sujet et sur le déroulement de celui-ci, seulement 3 refus (3%) ont été retrouvés. En raison d'un accouchement rapide pour 2 d'entre elles, une césarienne n'a pas pu être effectuée. Dans 98% des cas, la flexion satisfaisante de la tête fœtale ainsi que le poids estimé inférieur à 3800g étaient avérés. Dans notre étude, celui-ci ne dépassait pas plus de 3500g. Dans 8 situations, l'un des diamètres du bassin maternel était légèrement inférieur aux diamètres attendus cités précédemment dans la revue de la littérature(1). Néanmoins, parmi ces patientes, certaines ont eu un accouchement très rapide tandis que d'autres avaient des critères rassurants comme la multiparité avec antécédent d'accouchement voie basse ainsi que les biométries fœtales satisfaisantes. Nous avons remarqué que le CNGOF ne contre-indique pas la voie basse en cas d'absence de pelvimétrie si la découverte de la présentation du siège est faite à l'arrivée de la patiente en travail(17), ce qui a été le cas pour 4 femmes de notre étude. Alors que le CNGOF recommande la limite du poids fœtal à 3800g, pour certains gynécologues français(22) ou encore à l'étranger(24,25), elle est fixée à 4000g. Au Canada, un bassin maternel inadéquat, un retard de croissance, un poids estimé inférieur à 2800g ou encore la présentation du siège incomplet sont des critères de refus de la voie basse(25). Au sein de notre étude et grâce au test de Khi², nous avons observé qu'il n'existe pas de lien significatif entre le poids de naissance du nouveau-né et la valeur du pH au cordon avec un risque d'erreur $\alpha = 0,05$.

Dans 93% des cas, la patiente était arrivée en travail spontané tandis que dans 7 % des cas, le travail a été déclenché par utilisation d'oxytocine. Le protocole présent dans le livret du CNGOF stipule que le déclenchement est possible pour la présentation du siège à condition que le score de Bishop soit supérieur ou égal à 6(1), ce qui a été le cas dans notre étude. Actuellement, le CNGOF autorise le déclenchement également en cas de col défavorable (score de Bishop inférieur à 6) mais trop peu de données sont disponibles concernant l'utilisation du ballonnet intra-cervical pour en conclure une conduite à tenir(17). Les recommandations canadiennes de 2019 ne contre-indiquent pas le déclenchement sans préciser les conditions de celui-ci(25). Une étude de 2018 ne met pas en évidence une augmentation significative de la morbi-mortalité maternelle comme

les lésions périnéales et l'hémorragie de la délivrance, et il en est de même pour la morbi-mortalité néonatale(32).

Il est recommandé de prévenir l'équipe de garde en salle de naissance au moment de l'arrivée de la patiente en travail. Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé les traces écrites de l'appel de l'équipe complète à ce moment précis dans les dossiers, ce qui représente l'une des limites de notre étude. Une échographie a été réalisée à l'entrée dans 97% des situations. Néanmoins, dans 6% des cas, nous n'avons pas identifié les critères qui ont été vérifiés sur celle-ci, contre 91% où la présentation fœtale, le diamètre bipariétal ainsi que la flexion céphalique ont été contrôlés. L'estimation du poids fœtal n'a pas été réévaluée lorsqu'elle était dans les courbes au cours de la dernière échographie. Nous avons récupéré la trace écrite d'un accord voie basse redonné à ce moment par le gynécologue obstétricien de garde dans 95% des cas. Pour 4 patientes, le fœtus était en présentation céphalique à l'échographie du 3^{ème} trimestre. Par conséquent, dans ces 4 dossiers, le diagnostic de la présentation du siège a été réalisé tardivement, soit au cours du travail soit au moment des efforts expulsifs. De ce fait, les conditions n'ont pas pu être toutes vérifiées et réunies. Selon le CNGOF, 5% des présentations du siège sont inopinées(17).

Au sein de notre étude, 94% des patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale. En effet, 3 femmes ont accouché très rapidement. Par conséquent, elles n'ont pas pu profiter d'une anesthésie, comme le préconise le protocole du CNGOF(1). En Belgique ainsi qu'au Canada, elle doit être disponible à tout moment au cas où des manœuvres doivent être effectuées à l'accouchement(24,25). L'équipe qui est présente lors de celui-ci doit être formée et chacun doit connaître son rôle afin d'agir rapidement et efficacement en cas de complications et de recours à des manœuvres. L'absence de douleur chez la patiente va faciliter l'intervention des différents protagonistes. Les dernières recommandations du CNGOF encouragent également à la pose d'une analgésie péridurale(17).

Dans 88% des cas, au moins un toucher vaginal par heure était effectué afin d'apprécier la bonne évolution du travail. En effet, le CNGOF encourage la bonne dilatation (1cm/heure)(1). En Belgique, une stagnation de plus de 2 heures justifie une césarienne en urgence(24).

Dans 79% des dossiers, la rupture de la poche des eaux était spontanée contre 21% de ruptures provoquées. Le protocole du CNGOF indique qu'il est préférable de respecter la poche des eaux le plus possible car elle est un facteur mécanique important(1). En Belgique, la rupture artificielle est indiquée lorsque la dilatation cervicale est supérieure à 5cm dans le but d'une optimisation du travail(24). Les dernières recommandations du CNGOF rendent possible l'amniotomie ainsi que l'administration d'oxytocine en cas d'évolution lente du travail(17). Dans notre étude, les indications de la rupture n'étaient pas toutes clairement tracées dans les dossiers mais les autres éléments du partogramme nous donnaient des indications sur la raison de cette décision. Ainsi, la poche des eaux a été rompue pour cause d'anomalies du rythme dans 6 cas. De plus, il y a eu 5 déclenchements, dans 5 autres cas, le travail était trop lent du fait d'une mauvaise dynamique utérine, et enfin, dans 9 cas, la présentation ne sollicitait pas assez le col utérin. Cette dernière raison est discutable car la rupture de la poche des eaux face à une présentation haute entraîne un risque de procidence du cordon d'autant plus élevée en cas de présentation du siège. Cette crainte est retrouvée dans plusieurs publications à travers le monde(22, 23-26).

Au cours du travail, de l'oxytocine a été administrée à la patiente dans 62% des cas. Au sein de notre étude, nous avons retrouvé diverses indications relatives à son administration, notamment : l'hypocinésie de fréquence des contractions utérines, la stagnation, le déclenchement, les anomalies brèves du rythme cardiaque fœtal, la présentation fœtale haute ne sollicitant pas assez le col utérin et la stagnation. Dans plusieurs situations, plusieurs indications étaient indiquées pour la même patiente. Cependant, nous n'avons pas retrouvé la raison de l'administration d'oxytocine clairement indiquée dans tous les dossiers. Dans la littérature, son utilisation n'est justifiée que dans les situations de déclenchement ou pour pallier l'irrégularité des contractions utérines. Le protocole du CNGOF évoque la pertinence de son utilisation en cas de stagnation de la dilatation associée à une hypocinésie de fréquence ou d'intensité des contractions utérines(1). Il en est de même pour le « Royal College of Obstetricians & Gynecologists » (RCOG) qui exprime les mêmes recommandations(26). Cependant, en plus d'indiquer son utilisation pour cette même raison, la Belgique recommande l'installation d'une perfusion d'oxytocine avant le début de la 2^{ème} phase du travail afin d'obtenir des contractions utérines assez fortes pour les efforts expulsifs. Elle recommande l'augmentation de la dose d'oxytocine au cours de la phase d'expulsion. En parallèle, le Collège belge recommande d'utiliser une

tocométrie interne dès que la poche des eaux est rompue afin d'évaluer les caractéristiques des contractions utérines(24).

Le rythme cardiaque fœtal est important à évaluer en continu au cours de tout le travail et jusqu'à l'accouchement afin de déceler tout risque d'acidose fœtale. Dans la littérature française comme étrangère, le monitoring fœtal continu est recommandé(17, 24-26). Dans notre étude, dans 4% des cas, celui-ci était qualifié de normal, 23% à faible risque d'acidose, 43% à risque d'acidose, 23% à risque d'acidose élevé et 5% à risque d'acidose majeur. Selon une étude publiée en 2015, la présentation podalique du fœtus est significativement associée à une augmentation des anomalies du rythme cardiaque fœtal en comparaison avec la présentation céphalique, et notamment avec un rythme d'expulsion caractérisé par plus de Melchior de type 1 pour le siège(27). Une autre publication de 2008 mettait également en avant une différence significative entre les anomalies du rythme cardiaque fœtal en cas de présentation du siège et celles de la présentation céphalique et indiquait que l'équilibre acido-basique se détériore de manière plus rapide du fait d'une augmentation de la compression du cordon dans cette position. La bradycardie serait également plus fréquente au moment de la phase d'expulsion pour cette même raison(28).

4.1.3 L'accouchement

Comme nous l'avons dit précédemment, il est important que tous les membres de l'équipe de garde soient appelés et présents au moment de l'accouchement. Au sein de notre étude, l'appel n'était pas souvent tracé dans les dossiers mais leur présence était indiquée dans une grande majorité des cas. Cela représente l'une des limites de notre étude. Dans certains pays comme l'Australie, en cas de présentation du siège, une césarienne programmée est recommandée. Mais une formation est tout de même effectuée par les professionnels de santé afin de savoir agir en cas d'accouchement voie basse inopiné du siège car la maîtrise des manœuvres et la gestion d'un tel accouchement sont associées à une diminution de la morbidité et de la mortalité néonatale(29). Des publications de Colombie, du Royal college ainsi que du Canada affirment également l'importance de la bonne formation de la part des intervenants pour limiter les complications liées à l'accouchement par le siège(25, 26, 30). Il semble néanmoins clair qu'un obstétricien en formation qui n'aurait pas appris à réaliser les

manœuvres adaptées durant son cursus, sera probablement moins préparé qu'un professionnel les pratiquant régulièrement.

Le CNGOF recommande la préparation du matériel (c'est-à-dire des forceps ou spatules ainsi que du trinitrate de glycérol) sur la table d'accouchement en amont afin qu'il soit à portée de main en cas de besoin(1, 17). C'est également le cas d'autres publications françaises(22) et belges(24). Nous n'avons pas pu évaluer ce paramètre car nous ne l'avons pas retrouvé tracé dans les dossiers analysés. Là encore, le protocole du service a intégré ces pratiques de longues dates et cela n'est donc pas noté systématiquement.

Concernant nos résultats, dans 31% des cas, l'installation pour le début des efforts expulsifs avait lieu lorsque la présentation fœtale était partie haute, 47% étaient partie moyenne et 22% partie basse. La décision de l'installation était prise pour des raisons comme l'apparition d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ou encore la durée de deux heures à dilatation complète atteinte. La durée de la phase d'expulsion a duré dans 95% des cas moins de 30 minutes. Le moment de l'installation n'était pas associé à une augmentation significative de la durée de cette dernière phase. Sur les 6 situations où les efforts expulsifs ont duré plus de 30 minutes, toutes ont été associées au recours à la manœuvre de Lovset. 4 des pH au cordon étaient inférieurs à 7,20. Il est recommandé par le CNGOF de débiter les efforts expulsifs lorsque la présentation fœtale est la plus basse possible. La durée maximale des ceux-ci est fixée à 30 minutes(1, 17). Il en est de même pour la Belgique qui recommande une extraction par manœuvres ou instrumentale en cas de dépassement de cette durée, d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ou encore de stagnation du mobile fœtal(24). D'un autre côté, les recommandations canadiennes fixent la durée entre la dilatation complète et le début des efforts expulsifs à 1h30 sans apparition d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. De plus, la durée de la phase d'expulsion est limitée à une heure, ce délai dépassé, la réalisation d'une césarienne est indiquée(25). Au sein de notre étude et à l'aide du test de Khi2, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le degré d'engagement du mobile fœtal dans le bassin maternel lors du début des efforts expulsifs et la nécessité de recours à des manœuvres lors de l'accouchement avec un risque d'erreur $\alpha = 0.05$.

Dans 42% des situations, le professionnel de santé réalisant l'accouchement a eu recours à une épisiotomie. Les indications étaient variées : 41% pour des anomalies du rythme cardiaque fœtal, 23% pour un recours à des manœuvres, 10% pour un périnée tonique et 4% du fait d'une rétention de tête dernière. La raison n'a pas été retrouvée dans 22% des cas. La pratique de l'épisiotomie n'a pas démontré son efficacité concernant la prévention des déchirures périnéales du 3^{ème} degré. L'épisiotomie ne doit pas être pratiquée systématiquement en cas de recours à des manœuvres(31). Actuellement et comme dans le protocole présent dans le CNGOF sur lequel nous sommes appuyés, l'épisiotomie n'est pas recommandée en systématique en cas d'accouchement du siège. Sa nécessité est à apprécier par le praticien(1,17). Au contraire, en Belgique, une épisiotomie est recommandée lors d'un tel accouchement(24). Parmi les patientes de notre étude ayant eu une déchirure par la suite de l'accouchement, 95% de celles-ci étaient du 1^{er} degré et aucune déchirure du 3^{ème} degré n'a été répertoriée. D'après notre travail, la présentation du siège n'est donc pas associée à une augmentation significative de déchirures périnéales graves. Par ailleurs, dans notre étude, nous avons mis en évidence, à l'aide du test de Khi2, l'absence de l'amélioration significative du score d'Apgar à une minute de vie lorsqu'une épisiotomie a été réalisée avec un risque d'erreur $\alpha = 0,05$.

Nos résultats retrouvent que le praticien pratique une manœuvre dans 88% des cas. Souvent, plusieurs manœuvres étaient réalisées lors d'un même accouchement. Les deux manœuvres les plus fréquemment utilisées étaient les manœuvres de Bracht utilisée dans 67% des dossiers, et de Lovset dans 83% de ceux-ci. Les manœuvres de Bracht, Mauriceau et de Lovset sont décrites dans la littérature française(1, 11, 14, 17), belge et canadienne(24,25). Au sein de notre étude, les forceps sur tête dernière ont été utilisés dans 7% des cas, les grandes et petites extractions du siège dans 3% des cas. Au cours du congrès de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation qui a eu lieu à Grenoble en 2009, il a été décrit la survenue d'une rétention de tête dernière dans 7,5% des accouchements du siège(31).

Notons que nous n'avons pas retrouvé de situation au cours de laquelle le dos du fœtus tournait en arrière.

Les dernières recommandations du CNGOF ne recommandent pas l'extraction à l'aide d'une ventouse en cas de présentation du siège(17), ce qui a été le cas dans un de nos dossiers.

Comme indiqué précédemment, il existe une augmentation significative des anomalies du rythme cardiaque fœtal en cas de présentation du siège par rapport à la présentation céphalique(27). Par conséquent, il y a plus de risque d'acidose pour le fœtus et le nouveau-né(28).

Même si certaines études ont démontré une plus forte morbidité néonatale en cas d'accouchement voie basse par rapport à la césarienne, d'autres ont prouvé que l'expérience des intervenants était primordiale. Ainsi, lorsque celui-ci est réalisé par une équipe formée et habituée à ce type d'accouchement, la morbidité néonatale n'est pas plus élevée(22).

Dans notre étude, le score d'Apgar était compris entre 3 et 7 pour 25% à 1 min, 12% à 5 min et 2% à 10 min. Il était inférieur à 3 pour 8% à 1 min et dans seulement 1 cas à 5 min. Une étude de 2008 ne met pas en évidence une différence significative de la diminution du score d'Apgar en cas d'accouchement voie basse du siège par rapport la présentation céphalique. Il n'y avait pas non plus, dans cette recherche, davantage de transferts en néonatalogie(33). Une enquête Africaine met, quant à elle, en évidence une différence significative du score d'Apgar à 1, 5 et 10 min de vie pour ces deux types de présentations fœtales(34). Une expertise finlandaise démontre la même chose, mais aussi que cette diminution n'a pas de conséquences à long terme et n'est pas associée à une morbidité néonatale plus sévère(35).

La valeur du pH au cordon était supérieure à 7,20 dans 65% des cas, comprise entre 7,19 et 7,16 dans 12% des cas et inférieure à 7,26 dans 23% des cas. Selon une étude publiée dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, il n'existe pas de différence significative de la valeur du pH au cordon selon la voie d'accouchement en cas de présentation du siège(36). Cependant, le test de Khi2 a permis de mettre en évidence, dans notre travail, une augmentation significative du nombre de pH inférieur à 7,20 chez les primipares avec un risque d'erreur $\alpha = 0.05$ où $p < 0.025$ avec IC 95% (0.16 ;0.31).

Au sein de notre étude, dans 47% des cas, l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance présentait une ou plusieurs anomalies. 13% de celles-ci n'ont pas été retrouvées dans les dossiers ou n'étaient pas attribuables à la présentation du siège. 34%

des nouveau-nés présentaient des œdèmes des membres inférieurs et/ou des organes génitaux externes (considérés non pathologiques). 15% des examens des hanches étaient anormaux avec une nécessité de contrôle au cours du séjour et 10% des nouveau-nés étaient douloureux au niveau des membres inférieurs. Nous avons choisi de mener notre étude jusqu'aux deux heures du post-partum immédiat et nous n'avons, par conséquent, pas pu évaluer la morbidité à long terme ni le bon rétablissement de ces anomalies. L'augmentation du taux de luxation des hanches ne serait pas imputée à la voie d'accouchement mais plutôt à la position du fœtus in utero au cours de la grossesse(34).

Les lésions néonatales observées dans notre étude ne sont aucunement graves, il ne s'agit pas d'une morbidité sévère. A priori, le pronostic ultérieur de ce type de lésions est favorable et leur régression est rapide. Néanmoins, il reste important de prendre en charge la douleur du nouveau-né. Nous avons observé un cas de plexus brachial et un cas de fracture de la clavicule, ce qui n'est pas significativement élevé.

Si nous comparons à une autre série française(17), dans notre étude, 58 % des sièges sont de type décomplété (vs 2/3), 32 % sont de type complet (vs 1/3) et 10 % sont de type semi-décomplété (considéré comme rare par les auteurs). La plus forte incidence de ce premier mode serait liée à la formation du segment inférieur en fin de grossesse ou encore à une certaine hypotonie utérine surtout présente chez les primipares(34). Le siège complet serait, quant à lui, associé à davantage de procidences du cordon. Par ailleurs, il ne serait pas la cause d'un plus grand nombre de dystocie dynamique(36). Notre travail nous a permis de mettre en évidence une augmentation significative de la morbidité néonatale selon le mode de présentation du siège avec un risque d'erreur $\alpha = 0.05$ où $p < 0.005$ avec IC 95% (0.04 ; 0.14). Ainsi, le siège semi-décomplété serait associé à davantage de lésions néonatales. Cependant, comme nous l'avons précisé précédemment, les anomalies répertoriées lors de l'examen clinique du nouveau-né n'étaient ni graves ni durables.

4.2 Validation des hypothèses

D'après notre étude, la prise en charge de la présentation du siège au CHU semble consensuelle, ce qui nous permet de valider notre première hypothèse qui stipule

qu'en pré et pernatal, la présentation du siège est l'objet d'une prise en charge consensuelle propre au CHU de Rouen.

Globalement, les pratiques au CHU de Rouen correspondent à celles mentionnées dans le livret sur les « Protocoles en Gynécologie Obstétrique » du CNGOF, ce qui valide notre seconde hypothèse qui indique que la prise en charge du CHU de Rouen est semblable à celle proposée dans ce même livret.

4.3 Limites de l'étude

Afin de commander les dossiers dont nous avons besoin, nous avons bénéficié de codes pour accéder au logiciel du CHU CDP2 mais l'accès aux données informatiques ont été bloquées afin de les protéger. De ce fait, nous avons eu accès seulement aux dossiers papiers archivés que nous n'avons pu consulter que sur place au moment des horaires d'ouverture des archives.

Notre travail reprend l'ensemble de la prise en charge des patientes (du diagnostic de la présentation à la fin des 2 heures de post-partum immédiat). De ce fait, nous retrouvons plusieurs acteurs qui peuvent avoir des pratiques différentes les uns des autres, sur un même dossier.

Par ailleurs, nous avons choisi de sélectionner uniquement les grossesses uniques allant à terme et aboutissant à un accouchement voie basse. En effet, il existe des biais de sélection au sein de notre travail du fait des critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons choisis afin de mener notre étude. Or de nombreux accouchements du siège sont effectués par césarienne, avant terme ou encore dans le cas de grossesses gémellaires même si cela n'est pas une pratique systématique dans ce service. Ce même choix de la présentation du siège uniquement à l'accouchement a également faussé nos résultats concernant l'issue de la VME. En effet, les fœtus en présentation céphalique à l'issue d'une VME ayant été exclus de l'étude, nous n'avons retrouvé que 2 réussites qui se sont ensuite retournées (soit 2%), contre un chiffre national de 50 à 60% de réussite selon le CNGOF(15) pour toutes les VME effectuées.

Lors du recueil des données, 30 dossiers répondants à nos critères n'ont pas été retrouvés si bien que nous n'avons pas pu les inclure dans notre travail. Nous pouvons ajouter à cela le fait que certaines données auxquelles nous nous sommes intéressées n'étaient pas tracées et donc inexploitable, comme nous l'avons expliqué dans la présentation de la méthodologie. Afin de répondre réellement à ces questions d'impact de pratiques au CHU de Rouen, il pourrait être intéressant de réaliser un audit, ou encore une observation des pratiques professionnelles au long cours, voire une étude multicentrique entre différents CHU. Une enquête auprès des praticiens concernant leur ressenti sur leurs capacités à prendre en charge un tel accouchement semblerait également intéressant.

Les dernières RPC du CNGOF n'étaient pas encore publiées lors de notre étude. Nous ne pouvons, par conséquent, analyser de changement et de corrélations des pratiques du CHU de Rouen à celles-ci mais cela pourra donc donner lieu à d'autres évaluations.

Nous avons également eu des difficultés à obtenir les dates des publications des deux protocoles, de la VME et du siège, présents dans le livre sur les « Protocoles en Gynécologie Obstétrique » du CNGOF. Après avoir pris contact avec le CNGOF et les éditeurs d'Elsevier Masson, nous avons réussi à récupérer des informations concernant ces publications. En effet, cela est tiré des différentes mises à jour du CNGOF notamment de la dernière, datant de 2005(45).

4.4 Forces de l'étude

Notre recueil de données est basé sur l'analyse de dossiers papiers correspondants à nos critères d'inclusion. Par conséquent, les éléments étant tracés au moment même de la prise en charge, notre étude ne comporte pas de biais cognitifs, qui, pourraient être présents dans un questionnaire auprès des intervenants.

Initialement, nous avons une liste de patientes répondant à nos critères sur les 5 dernières années. Comme nous l'avons indiqué précédemment, nous avons rencontré des difficultés pour retrouver certains dossiers. Afin d'aboutir à une étude la plus fiable possible, nous avons ajouté les dossiers d'une année afin d'en obtenir un nombre

suffisant pour l'analyse. Elle s'étend donc sur une période de 6 ans, ce qui permet d'apprécier les pratiques récentes au CHU de manière relativement fiable. De plus, nous avons recueilli un nombre de dossiers suffisants pour que nous puissions nous permettre de donner des résultats significatifs.

Cette étude paraît intéressante car il n'existe pas à ce jour de protocole récent concernant la prise en charge de la présentation du siège au sein du CHU. Elle pourrait donc permettre de faire le point sur les pratiques comparées à celles des dernières publications nationales au moment de l'étude datant de 2000 avec mise à jour pour le CNGOF en 2005 (44, 45).

Conclusion

Nous nous étions interrogés sur les pratiques et les prises en charge pré et per-natales des présentations du siège dont l'accouchement se déroule par voie basse. Nous avons pu observer que celles-ci sont homogènes au sein du CHU de Rouen malgré une absence de protocole propre au service de moins de dix ans et de recommandations récentes de la part du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Par ailleurs, le plus souvent, elles étaient en adéquation avec celles émises dans le protocole concernant la version par manœuvre externe et le siège publiées dans le livre de Protocoles en Gynécologie Obstétrique du CNGOF.

Afin de mener à bien notre étude, nous avons réalisé un recueil de données préalablement définies dans 121 dossiers allant des années 2013 à 2019. Nous avons également établi des critères d'inclusion et d'exclusion afin que notre population soit la plus homogène possible pour pouvoir comparer les données et qu'elles ne soient pas faussées par des prises en charges spécifiques à certaines situations. Malgré les limites de notre étude, un nombre suffisant de dossiers pris en compte nous a permis d'obtenir des résultats les plus fiables possibles. Nous avons pu les comparer aux données publiées dans la littérature internationale. Effectivement, nous avons profité de ce travail pour comparer les pratiques françaises et étrangères. Nous nous sommes alors rendu compte de la diversité des prises en charge en fonction, d'une part, des pays, et d'autre part, des professionnels au sein du territoire français. En outre, nous avons constaté que toutes les publications mettent en évidence que la formation et l'expérience

des praticiens est associée à une diminution de la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

Nous avons mis en évidence, dans notre travail une différence significative de la morbidité néonatale en fonction de mode de présentation du siège. Par ailleurs, la primiparité semble associée à une diminution du pH au cordon. En revanche, la pratique de l'épisiotomie n'est pas significativement liée à une amélioration du score d'Apgar à la naissance.

En 2020, le CNGOF recommande de réaliser une IRM pelvienne afin d'apprécier les caractéristiques du bassin maternel et de vérifier l'absence d'hyperextension de la tête fœtale grâce à une échographie avant de donner un accord pour la voie basse. De plus, une césarienne est à privilégier si l'estimation de poids fœtal avant la naissance est supérieure à 3800g. Le consentement éclairé de la patiente reste un élément indispensable dans la décision de la voie d'accouchement(17).

Les avis sont divergents depuis plusieurs années concernant la voie d'accouchement et les critères à prendre en compte pour accepter ou non la voie basse, notamment depuis l'étude épidémiologique de Mary Hannah. Cependant, les dernières recommandations émises par le CNGOF que nous avons intégré dans notre travail vont peut-être modifier certaines façons de faire voire uniformiser les pratiques au niveau national. Cela pourrait également faire l'objet d'une discussion et d'un travail de groupe au sein du CHU de Rouen afin de mettre à jour le protocole de service concernant l'accouchement du siège.

Références bibliographiques

1. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Association des gynécologues obstétriciens en formation. Siège. In : Philippe H-J, éditeur. Protocoles en gynécologie obstétrique. 4ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018. p. 188-90.
2. INSPQ. Accouchement du siège | Information périnatale [Internet]. Institut National de Santé Publique Québec. 2014 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/accouchement-du-siege-messages-cles.pdf>
3. C. D'Ercole, K.Bare, JB.Haumonté, R.Shojai, X.Carcopino, C.Chau, et al. Siège : le retour ? 2011 ; 195-215.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 21 oct 2000 ; 356 (9239) : 1375-83.
5. Vendittelli F, Rivière O, Pons J-C, Mamelle N. La présentation du siège à terme : évolution des pratiques en France et analyse des résultats néonataux en fonction des pratiques obstétricales, à partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG. /data/revues/03682315/00310003/261/ [Internet]. Mai 2002 ; 31 (3) : 262-272 [cité 9 déc 2018] ; Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/114465>
6. Tunde-Byass MO, Hannah ME. Breech vaginal delivery at or near term. Seminars in Perinatology. 1 févr 2003 ; 27 (1) : 34-45.
7. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned Caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2001 ; (1) : CD000166.
8. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol. Avr 2006 ; 194 (4) : 1002-11.
9. Fontaine A, Paysant S, Sirven A, Vardon D. La Césarienne Ce que toute femme enceinte devrait savoir... [Internet]. HAS ; 2013 [cité 30 janv 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf
10. HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014 [cité 6 févr 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes
11. Broche D., Maillet R, Curie V, Ramanah. Accouchement en présentation du siège. In : EMC Obstétrique. 2008. p. 5-049-L-40.

12. CNGOF. Version par manoeuvre externe. In : Protocoles en Gynécologie Obstétrique. 4ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018. p.186-7.
13. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Gagnon R, Farine D, Basso M, et al. Accouchement du siège par voie vaginale. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. Juin 2009 ; 31 (6) : 567-78.
14. Comité éditorial de l'UVMaF. Manoeuvres obstétricales [Internet]. Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport. 2013 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/manoeuvres_obstetriques/site/html/1.html
15. A. Agostini. La consultation du 8 ème mois de grossesse [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2016 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/grossesse/195-la-consultation-du-8eme-mois>
16. Millereau M, Branger B, Darcel F. Étude comparative de la version fœtale par acupuncture (moxibustion) versus groupe témoin. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 29 sept 2009 ; 38 (6) : 487.
17. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique La présentation du siège. Janv 2020 ; 48 (1) : 136-47.
18. Hill MG, Reed KL. External Cephalic Version in Cases of Imminent Delivery at Preterm Gestational Ages : A Prospective Series. AJP Rep. Oct 2019 ; 9 (4) : e384-8.
19. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Femmes Rhésus-D négatif : prévention de l'allo-immunisation anti-RhD. 2006.
20. Bret TL, Grangé G, Goffinet F, Cabrol D. Version par manoeuvre externe. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 9 mars 2008 ; 33 (4) : 297-303.
21. Couceiro Naveira E, López Ramón Y Cajal C. Atosiban versus ritodrine as tocolytics in external cephalic version. J Matern Fetal Neonatal Med. 13 janv 2020 ; 1-6.
22. Marc EVEN-SILBERSTEIN. Accouchement par le siège | Gynéco Online [Internet]. 2016 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.gyneco-online.com/obstetrique/accouchement-par-le-siege>
23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Mode of Term Singleton Breech Delivery [Internet]. 2018 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur : [https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical Guidance/Committee Opinion/Articles/2018/08/Mode of Term Singleton Breech Delivery](https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical%20Guidance/Committee%20Opinion/Articles/2018/08/Mode%20of%20Term%20Singleton%20Breech%20Delivery)
24. Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique. Accouchement du siège [Internet]. 2017 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.ggolfb.be/sites/default/files/article/file/19%20%20Sie%CC%80ge%20et%20VME%20-%20protocole%20GGLOFB%202017.pdf>

25. Kotaska A, Menticoglou S. No 384 - Prise en charge de la présentation du siège du fœtus à terme. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 août 2019 ; 41 (8) : 1206-20.
26. Impey, Murphy, Griffiths, Penna. Management of Breech Presentation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017 ; 124 (7) : e151-77.
27. Bourtembourg A, Ramanah R, Martin A, Pugin-Vivot A, Maillet R, Riethmuller D. L'analyse du rythme cardiaque fœtal au cours de l'expulsion des présentations podaliques. Analyse comparative dans une maternité de niveau III. </data/revues/03682315/v44i6/S0368231514002269/>. 19 mai 2015 ; 44 (6) : 577-86.
28. Houfflin-Debarge V, Closset E, Deruelle P. Surveillance du travail dans les situations à risque. </data/revues/03682315/v37i1sS/S0368231507004656/>. Févr 2008 ; 37 (1S) : 81-92.
29. Hardy L, Garratt J-L, Crossley B, Copson S, Nathan E, Calvert K, et al. A retrospective cohort study of the impact of In Time obstetric simulation training on management of vaginal breech deliveries. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 17 févr 2020 ;
30. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diossa-Restrepo M. [BREECH PRESENTATION DELIVERY CARE : A REVIEW OF CHILDBIRTH SEMIOLOGY, MECHANISM AND CARE]. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. Déc 2019 ; 70 (4) : 253-65.
31. 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Urgences vitales. 51e congrès de la Sfar. Prise en charge maternelle. 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation Médecins Urgences vitales [Internet]. 2009 [cité 1 févr 2020] ; Disponible sur : http://jpmis2.free.fr/Divers/SFAR%202009/dossier/2009/med_B978-2-8101-0173-3.c0079.html
32. A.Breton, P.Gueudry, B.Branger. Comparaison du pronostic obstétrical des tentatives d'accouchement par le siège : travail spontané versus déclenchement. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Sept 2018 ; 46 (9) : 632-8.
33. Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Boucoiran I, D'Angelo L, Bongain A. Influence de la voie d'accouchement dans la présentation du siège à terme sur le score d'Apgar et les transferts en néonatalogie : Résultats de la prise en charge de 568 grossesses singleton dans une maternité française de niveau III. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 23 avr 2008 ; 37 (2) : 149-53.
34. Mukuku O, Kimbala J, Kizonde J. Accouchement du siège par voie basse : étude de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. *Pan Afr Med J* [Internet]. 17 janv 2014 [cité 9 avr 2020] ; 17. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048701/>
35. Ulander V-M, Gissler M, Nuutila M, Ylikorkala O. Are health expectations of term breech infants unrealistically high ? *Acta Obstet Gynecol Scand*. févr 2004 ; 83 (2) : 180-6.

36. Broche D-E, Riethmuller D, Vidal C, Sautière J-L, Schaal J-P, Maillet R. Pronostic obstétrical et néonatal d'une présentation podalique de mauvaise réputation : le siège complet. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Déc 2005 ; 34 (8) : 781-8.
37. Ewies A, Olah K. Moxibustion in breech version--a descriptive review. *Acupunct Med*. Mars 2002 ; 20 (1) : 26-9.
38. Neri I, Fazzino M, Menghini S, Volpe A, Facchinetti F. Non-stress test changes during acupuncture plus moxibustion on BL67 point in breech presentation. *J Soc Gynecol Investig*. Juin 2002 ; 9 (3) : 158-62.
39. Marianne Hudry, Juristes SHAM. Le consentement éclairé du patient : quelle traçabilité ? [Internet]. SHAM. 2017 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur : <http://prevention.sham.fr/Droit-Pratiques/Le-point-sur/Le-consentement-eclairé-du-patient-quelle-tracabilite>
40. F. Perrotin, S.Sauget, M.Laffont, J.Lansac, G.Body. Version par manœuvres externes : nouveaux apports techniques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Sept 2005 ; 34 (5) : 513.
41. Fernandez CO, Bloom SL, Smulian JC, Ananth CV, Wendel GD. A randomized placebo-controlled evaluation of terbutaline for external cephalic version. *Obstet Gynecol*. Nov 1997 ; 90 (5) : 775-9.
42. Robertson AW, Kopelman JN, Read JA, Duff P, Magelssen DJ, Dashow EE. External cephalic version at term: is a tocolytic necessary? *Obstet Gynecol*. Déc 1987 ; 70 (6) : 896-9.
43. Broche D-E, Ramanah R, Collin A, Mangin M, Vidal C, Maillet R, et al. Présentation du siège à terme : facteurs prédictifs de césarienne en cours de travail. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 25 août 2008 ; 37 (5) : 483-92.
44. L.Marpeau. Faut-il laisser accoucher les sièges par voie basse ? *CNGOF*. 30 nov 2000 ; Tome XXIV : 127-42.
45. F.Goffinet, M.Carayol. L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable en cas de présentation du siège ? *CNGOF*. 30 nov 2005 ; Tome XXIX : 49-62.

Bibliographie

Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. *Obstet Gynecol.* Mars 2004 ; 103 (3) : 407-12.

Alouini S, Mesnard L, Megier P, Lemaire B, Coly S, Desroches A. Procidence du cordon : prise en charge obstétricale et conséquences néonatales. /data/revues/03682315/v39i6/S0368231510001766/ [Internet]. 11 oct 2010 [cité 9 déc 2018] ; 39 (6) : 471-7. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/268390>

Bautista-Charry AA, Grillo-Ardila CF. VAGINAL TERM BREECH DELIVERY, A FOOLHARDY OPTION OR AN OPPORTUNITY ? *Rev Colomb Obstet Ginecol.* Déc 2019 ; 70 (4) : 215-8.

Bjellmo S, Andersen GL, Martinussen MP, Romundstad PR, Hjelle S, Moster D, et al. Is vaginal breech delivery associated with higher risk for perinatal death and cerebral palsy compared with vaginal cephalic birth? Registry-based cohort study in Norway. *BMJ Open* [Internet]. 4 mai 2017 [cité 27 déc 2018] ; 7 (4). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5566597/>

Bleu G, Demetz J, Michel S, Drain A, Houfflin-Debarge V, Deruelle P, et al. Effectiveness and safety of induction of labor for term breech presentations. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* [Internet]. janv 2017 [cité 9 déc 2018];46(1):29-34. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231515003786?via%3Dihub>

Bleu G, Deruelle P, Demetz J, Michel S, Dufour P, Depret S, et al. Peut-on réaliser une extraction par ventouse obstétricale en cas de fœtus en présentation du siège décomplété ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* [Internet]. févr 2015 [cité 9 déc 2018] ; 43 (2) : 123-7. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958914003725?via%3Dihub>

Boog G. Les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. Avr 2004 [cité 11 janv 2019] ; 33 (2) : 94-8. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/114945>

Bret TL, Grangé G, Goffinet F, Cabrol D. Version par manoeuvre externe Expérience à la maternité Port-Royal à partir de 237 versions. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. Juin 2004 [cité 10 janv 2019] ; 33 (4) : 297-303. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/114997>

Carbonne B, Goffinet F, Bréart G, Frydman R, Maria B, Uzan S. Voie d'accouchement en cas de présentation du siège : la position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). /data/revues/03682315/00300002/191/ [Internet]. Mars 2001 [cité 9 déc 2018] ; 30 (2) : 191. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/114170>

Celine Mahieu. La présentation du siège. Diaporama PDF présenté à Rouen ; 2018 sept.

Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term : a critical review of the literature. *Obstet Gynecol.* Oct 1993 ; 82 (4 Pt 1) : 605-18.

Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – TOME XXIV. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. 2000 [cité 27 déc 2018] ; 34 (5) : 513. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>

Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Boucoiran I, D'Angelo L, Bongain A. Influence de la voie d'accouchement dans la présentation du siège à terme sur le score d'Apgar et les transferts en néonatalogie : Résultats de la prise en charge de 568 grossesses singleton dans une maternité française de niveau III. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. Avr 2008 [cité 25 janv 2019] ; 37 (2) : 149-53. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/150730>

F. Goffinet. Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA (PREsentation et MODe d'Accouchement). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. Janv 2004 [cité 26 déc 2018] ; 33 (SUP1) : 37-44. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/115191>

Faron G, Vokaer A. Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. [/data/revues/03682315/00370005/07005017/](http://www.em-consulte.com/en/article/181235) [Internet]. Sept 2008 [cité 9 déc 2018] ; 37 (5) : 493-8. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/181235>

Gannard-Pechin E, Ramanah R, Desmarets M, Maillet R, Riethmuller D. La présentation du siège singleton à terme. À propos d'une série continue de 418 cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. Nov 2013 [cité 25 janv 2019] ; 42 (7) : 685-92. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/846051>

Glezerman M. Five years to the term breech trial : the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Janv 2006 [cité 22 janv 2019] ; 194 (1) : 20-5. Disponible sur : [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(05\)01362-1/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(05)01362-1/fulltext)

Hejl L, Perdriolle-Galet E, Gauchotte E, Callec R, Morel O. Accouchement par voie basse des fœtus en présentation du siège : impact d'une politique incitative de service. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* Nov 2017 ; 45 (11) : 596-603.

Kalogiannidis I, Masouridou N, Dagklis T, Masoura S, Goutzioulis M, Prapas Y, et al. Previous cesarean section increases the risk for breech presentation at term pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2010 ; 37 (1) : 29-32.

Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, MATERNAL FETAL MEDICINE COMMITTEE. Vaginal delivery of breech presentation. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. Juin 2009 [cité 11 janv 2019] ; 31 (6) : 557-66. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316342219?via%3Dihub>

Lagrange E, Ab der Halden M, Ughetto S, Boda C, Accoceberry M, Neyrat C, et al. Accouchement du siège par voie vaginale : évolution de l'acceptabilité par les obstétriciens et les patientes. Gynécologie Obstétrique & Fertilité [Internet]. 1 sept 2007 [cité 9 déc 2018] ; 35 (9) : 757-63. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S129795890700361X>

Laros RK, Flanagan TA, Kilpatrick SJ. Management of term breech presentation: a protocol of external cephalic version and selective trial of labor. Am J Obstet Gynecol [Internet]. Juin 1995 [cité 26 déc 2018] ; 172 (6) : 1916-23 ; discussion 1923-1925. Disponible sur : [https://www.ajog.org/article/0002-9378\(95\)91432-3/pdf](https://www.ajog.org/article/0002-9378(95)91432-3/pdf)

Le Coz P. Information médicale et relation de soin. In : Traité de bioéthique II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques [Internet]. Emmanuel Hirsch. Toulouse : ERES ; 2010 [cité 2 déc 2018]. p.243-54. Disponible sur : <https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-2--9782749213064-page-243.htm>

Lindqvist A, Nordén-Lindeberg S, Hanson U. Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations. British Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 1997 [cité 27 déc 2018] ; 104 (11) : 1288-91. Disponible sur : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.1997.tb10976.x>

Mazars M-F. L'information au patient et le consentement éclairé : l'état du droit. In : Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie [Internet]. Sylvie Séguret. Toulouse : ERES ; 2004 [cité 2 déc 2018]. p.57-68. Disponible sur : <https://www.cairn.info/le-consentement-eclairé-en-perinatalite-et-en-pedi--978274920314-page-57.htm>

Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D. Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. Sept 2009 [cité 10 janv 2019] ; 38 (5) : 411-20. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/224503>

Rozenberg P. À la question du mode d'accouchement du siège, la réponse est au-dessus de la ceinture. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. Mars 2001 [cité 26 déc 2018] ; 30 (2) : 196. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/114172>

Rozenberg P. Quelle place pour la radiopelvimétrie au XXI e siècle ? Gynécologie, obstétrique & fertilité [Internet]. Janv 2007 [cité 18 févr 2019] ; 35 (1) : 6-12. Disponible sur : <https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/17188014>

Samouëlian V, Subtil D. Accouchement par le siège en 2008 : le choix de la voie basse s'impose. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* [Internet]. Janv 2008 [cité 11 janv 2019] ; 36 (1) : 3-5. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S129795890700584X>

Vinkenvleugel DAM, Slutter TJ, van Rheenen-Flach LE, de Sonnaville CMW, Hermsen BB, Velzel J, et al. Breech deliveries in OLVG, the Netherlands : A retrospective cohort study of seven years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 22 févr 2020 ; 248 : 37-43.



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 environnement 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 redevennent 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

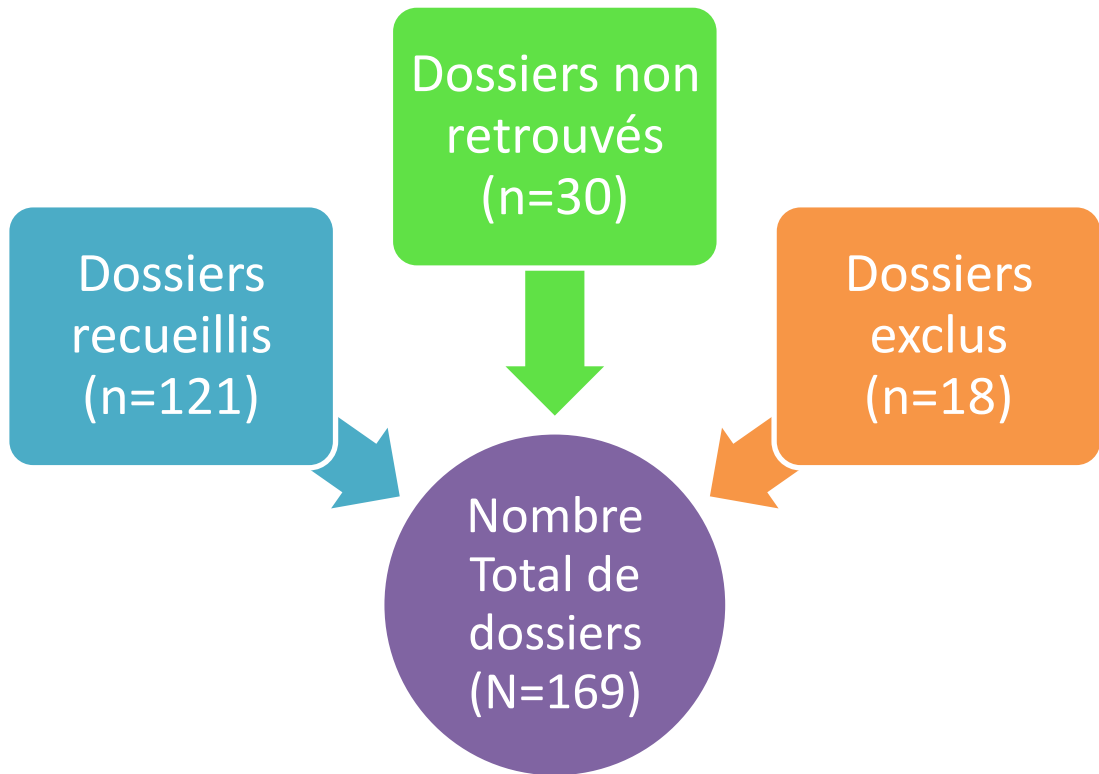
- un rendez-vous est pris à la maternité pour une hospitalisation de quelques heures, à jeun ;
- la version est précédée du contrôle de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal ;
- un traitement pour faciliter le relâchement de l'utérus est parfois nécessaire ;
- le geste consistant 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 facilite 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 II : Eléments présents dans la grille de recueil de données

<p><u>Informations générales :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Age- Taille, poids, IMC- Parité- Antécédents Obstétricaux (voie d'accouchement, périnée), poids des précédents enfants	<p><u>Grossesse :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- VME proposée et expliquée- Consentement éclairé VME- Terme de réalisation VME- Absence de contre-indications- Injection de Rhophylac- Vérification critères échographiques- RCF pré et post VME- Test de kleihauer pré et post VME- Perfusion posée, Vessie vide- Tocolytiques administrés- Issue de la VME- Vérification échographique de la présentation post VME- Vérification de la présentation à la consultation du 9eme mois, dans les 10 jours- Echec : biométries fœtales évaluées, BIP, EPF- Echec : radiopelvimétrie- Acupuncture proposée/effectuée- Accord voie basse donné- Type de présentation du siège- Absence de contre-indications à la voie basse- Diamètres du bassin maternel (PRP, Bi épineux, TM)- Examen du bassin
<p><u>Travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Terme lors de la mise en travail- Motif d'admission (CU, RPM)- Délai entre RPM et mise en travail- Déclenchement du travail (méthode)- Critères échographiques vérifiés à l'arrivée- Equipe prévenue- Accord voie basse redonné- APD pendant le travail- PDE (rupture spontanée ou artificielle, indication, couleur du LA)- Ocytocine utilisée pendant le travail (indication)- Qualification du RCF pendant le travail- Durée du travail	<p><u>Accouchement :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Equipe appelée/présente- Moment de l'installation pour début des EE- Durée des EE- Etat du périnée- Manœuvres effectuées- Prévention HPP effectuée- Type de délivrance- Survenue d'une HPP (modérée, sévère)- Score d'Apgar à 1, 5 et 10min- pH, lactates au cordon- Examen clinique du NN, poids de naissance

Annexe III : Dossiers analysés pour notre étude



Résumé

Sujet : Notre travail fait l'objet d'un état des lieux des pratiques de la prise en charge de la présentation du siège allant de la grossesse à l'accouchement au CHU de Rouen.

Méthodologie : Nous avons mené une étude rétrospective comparative unicentrique au CHU de Rouen, de janvier 2013 à octobre 2019. Nous avons recueilli les prises en charge de 121 patientes répondant à nos critères d'inclusion, à savoir, ayant accouché voie basse, à terme et n'ayant pas de pathologie gravidique. Les données recueillies ont été comparées aux prises en charge conseillées dans le livret du CNGOF sur les protocoles « Siège » et « Version par manœuvre externe ».

Résultats et discussion : L'analyse des résultats a démontré une prise en charge consensuelle assez uniforme de cette équipe ainsi qu'une similarité des conseils de prises en charge publiés par le CNGOF (antérieurement aux dernières RPC) et de celles du CHU de Rouen. Il a été mis en évidence une diminution de la valeur du pH au cordon lorsque la patiente est primipare ou lorsque la pelvimétrie présente une anomalie. Cependant, aucun lien n'a été retrouvé entre la pratique d'une épisiotomie et le score d'Apgar à une minute de vie ou entre le poids de naissance du nouveau-né et la valeur du pH au cordon.

Conclusion : Les pratiques concernant la prise en charge de la présentation du siège sont divergentes au sein du territoire français ainsi que partout dans le monde. La mise à jour d'un protocole au CHU de Rouen s'appuyant sur les dernières recommandations du CNGOF récemment publiées pourrait être discutée.

Mots clés : Siège. Protocole. Grossesse. Accord voie basse. Accouchement voie basse.

Auteur : Chloé SAINTAUBIN

Diplôme d'Etat de sage-femme, Rouen, 2020.