Diagnostic clinique des variétés de présentation pendant le travail : existe-il une différence entre les variétés postérieures et antérieures ? Étude de cohorte prospective uni-centrique dans une maternité hospitalo-universitaire de type lll

Juliette Clion

▶ **To cite this version:**

Juliette Clion. Diagnostic clinique des variétés de présentation pendant le travail : existe-il une différence entre les variétés postérieures et antérieures ? Étude de cohorte prospective uni-centrique dans une maternité hospitalo-universitaire de type lll. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03558277

HAL Id: dumas-03558277

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03558277

Submitted on 4 Feb 2022

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.

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE COTE D'AZUR
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES du CHU de NICE

Diagnostic clinique des variétés de présentation pendant le travail

Existe-il une différence entre les variétés postérieures et antérieures ?

Étude de cohorte prospective uni-centrique
dans une maternité hospitalo- universitaire de Type III

Clion Juliette
Née le 25 Septembre 1997
A Aix en Provence, Bouches-du-Rhône

Mémoire présenté et soutenu le 11 Juin 2021
Directeurs de mémoire : Alexandra Musso et Marielle Bourgeois

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME
2021

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE COTE D'AZUR
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES du CHU de NICE

Diagnostic clinique des variétés de présentation pendant le travail

Existe-il une différence entre les variétés postérieures et antérieures ?

Étude de cohorte prospective uni-centrique
dans une maternité hospitalo- universitaire de Type III

Clion Juliette
Née le 25 Septembre 1997
A Aix en Provence, Bouches-du-Rhône

Mémoire présenté et soutenu le 11 Juin 2021
Directeurs de mémoire : Alexandra Musso et Marielle Bourgeois

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME
2021

« Choisis un travail que tu aimes,

et tu n'auras pas à travailler un seul jour dans ta vie » Confucius

Avant-propos et remerciements :

En premier lieu, je tenais à remercier mes maitres de mémoire Madame Musso et Madame Bourgeois pour leur disponibilité, et leur aide si précieuse sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

Je tenais également à remercier le Professeur Jerôme Delotte, d'avoir permis la réalisation de cette étude dans son établissement.

Une pensée particulière pour Madame Pignato, merci pour votre écoute, votre bienveillance et votre soutien au cours de ces quatre années.

Un grand merci, aux secrétaires et tout particulièrement à Madame Chtioui pour sa bonne humeur et sa gentillesse.

A mes parents, sans qui je ne serai jamais arrivée là, merci de m'avoir soutenu depuis le début

A ma mère, qui m'a transmis son amour pour son métier, et sa bienveillance auprès de ses patients, tu es devenue un exemple pour moi

A mon frère, je suis tellement fière de toi, merci d'être là au quotidien

A ma famille et surtout à mes grands-parents maternels, pour leur soutien sans faille

A mes tantes Christine et Jeanine pour leur temps consacré à ce mémoire

A Clara, mon acolyte depuis la première année de médecine, grâce à toi j'ai pu réaliser mon rêve : être Sage-Femme

A Elisa, mon binôme de promo

A Charlotte et Marie, A mes copains du Var, vous êtes des personnes exceptionnelles, je suis reconnaissante de vous avoir dans ma vie.

A mes copines de Sages-Femmes : Carla, Camille, Elisa et Yana, merci d'avoir rendu ces années plus heureuses et bien plus divertissantes. Je suis convaincue que le meilleur reste à venir

A Laurie, une nouvelle vie nous attends dans quelques mois

Table des matières

Avant-propos et remerciements : *6*

Liste des abréviations *8*

Liste des tableaux *8*

Tableau I : Caractéristiques maternelles **8**

Tableau III : Caractéristiques du fœtus et du nouveau-né **8**

Tableau III : Complications néonatales **8**

Tableau IV: Caractéristiques du travail **8**

Tableau V : Complications maternelles **8**

Tableau VI : Diagnostique de la variété de présentation associée à la dilatation et à l'engagement **8**

Introduction *9*

Matériel et méthode *10*

Résultats *12*

Discussion *18*

Conclusion *22*

Bibliographie ..... *I*

Liste des abréviations

APD : Analgésie péridurale

CHU : Centre hospitalier universitaire

EPF : Estimation du poids fœtal

HPP : Hémorragie du post-partum

IMC : Indice de masse Corporel

LA : Liquide amniotique

OR : Odds Ratio

OIDA : Occipito iliaque droite antérieure

OIDP : Occipito iliaque droite postérieure

OIGA : Occipito iliaque gauche antérieure

OIGP : Occipito iliaque gauche postérieure

OP : Occipito pubien

OS : Occipito sacré

RAM : Rupture artificielle des membranes

RSM : Rupture spontanée des Membranes

SA : Semaine aménorrhée

VP : Variété postérieure

VA : Variété antérieure

VPP : variété postérieure persistante

Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques maternelles
Tableau III : Caractéristiques du fœtus et du nouveau-né
Tableau III : Complications néonatales
Tableau IV: Caractéristiques du travail
Tableau V : Complications maternelles
Tableau VI : Diagnostic de la variété de présentation associée à la dilatation et à l'engagement

Introduction

La prévalence des variétés postérieures (VP) au cours du travail varie de 10 à 20 % et persistent à l'accouchement dans 1 à 5% des cas[1,2]. Les facteurs de risque associés à la position VP restent largement non identifiés[3]. Certaines études retrouvent une association entre VP et primiparité[2,3,4], âge maternel ≥35 ans[3], poids maternel élévé[3,5], localisation placentaire antérieure[6], recours à une analgésie péridurale[3] (APD), rupture artificielle des membranes[3] (RAM), grossesses prolongées[3,7] ou déclenchées[7] ; mais aucun ne permet isolément d'expliquer la persistance d'une VP[8]. Elles sont associées à de nombreuses complications maternelles comme un travail prolongé[1,2,4,8,9], un taux plus élevé d'accouchement par césarienne[1,2,4,8,9], d'accouchement instrumental[1,2,4,8,9], d'échec d'accouchement instrumental[4], d'hémorragie du post partum (HPP)[2,4,8], d'infection intra utérine[2,4,8], ou encore de graves lacérations périnéales[1,2,4,8] (troisième et quatrième degrés). Chez le nouveau-né, les données diffèrent selon les études. Cheng et al [10] en 2006, aux USA, montrent un risque accru de score d'Apgar < 7 à 5 minutes (OR 1,5[1,17-1,91], un pH de l'artère ombilicale < 7 (OR 2,92 [1,84-4,62]), un excès de base < 12 (OR 1,96[1,42-2,69]), une présence de liquide amniotique (LA) méconial (OR 1,29[1,17-1,42]), des traumatismes à la naissance (OR 1,77[1,22-2,57]), une admission en soins néonataux plus fréquents (0R 1,57[1,28-1,92]) et une hospitalisation augmentée (OR 2,69[2,22-3,35]) et une morbidité composite. Cheng définit la morbidité composite par un score d'Apgar < 7 à 5 minutes, un ph < 7,00, un déficit de base < 12, la présence d'une inhalation méconiale, de traumatismes obstétricaux et d'admission en soins néonataux à la naissance. Les VP par rapport aux variétés antérieures (VA) avaient près de 1,5[1,17-1,91] fois plus de risques d'avoir un score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 7 et 2 fois plus de risques d'avoir des gazométries cordonales pathologiques[10]. Dahlqvist et al, en Scandinavie en 2017, retrouvent un risque accru de score d'Apgar <7 à 5 minutes, un taux plus élevé d'admission en soins néonataux, mais aucune augmentation du risque d'acidose fœtale. Une incidence plus élevée de pH < 7,10 au niveau de l'artère ombilicale est relevée mais aucune différence dans l'incidence de pH < 7,05 ou < 7,00[7]. Au vu des complications possibles, ces variétés sont à l'origine d'une intensification de la prise en charge médicale périnatale. Les mesures correctives décrites dans la littérature sont le positionnement[11,12,13], le recours à l'ocytocine[1,2,3], la rotation manuelle[14,15,16,17,18] ou instrumentale de la présentation. Dans la littérature, plusieurs essais ont analysé l'effet des postures maternelles pour corriger les VP pendant le travail. Aucune n'a pu mettre en évidence un effet significatif des postures

maternelles étudiées[11,12,13]. L'utilisation de l'ocytocine exogène est entre 1,44 [1,21 ;1,61][7] et 2,38 [1,27 ;4,45] fois plus fréquente en cas de VP au cours du 1er et 2 ième stade du travail[8]. L'effet de ce traitement sur l'évolution de la variété au cours du travail, la variété de dégagement ou les modalités d'accouchement n'a pour l'heure jamais été évalué[8]. Quant à la rotation manuelle, un seul essai contrôlé randomisé a été réalisé portant sur les complications maternelles et fœtales. Il ne retrouvait pas de différence statistiquement significative concernant le pronostic obstétrical et néonatal entre les 2 groupes : rotation manuelle prophylactique et la rotation fictive[19]. Concernant les rotations instrumentales : le CNGOF ne recommande plus l'utilisation de forceps compte tenu des risques maternels et néonataux décrits[20]; la rotation à l'aide de spatule réussirait dans 83% et n'engendrerait pas de déchirures supplémentaires par rapport au groupe voie basse spontanée en VP et voie basse instrumentale[21]. Dans la littérature, le taux de succès de rotation à l'aide de ventouse varie de 80 à 97%[20] mais selon Bahl et al en 2013[22] et Murphy et al en 2011 au Royaume Uni[23], le risque de recours à un deuxième instrument ou à une césarienne était plus élevé en cas de variété non antérieure.

Le diagnostic de la variété de présentation est un pré requis indispensable qui est établi dans la grande majorité des cas par l'examen digital à la recherche des sutures et fontanelles du crâne fœtal. Un diagnostic précoce de la présentation est primordial afin d'anticiper les complications liées aux VP. Selon Souka et al en 2003[24], en Grèce, les VP sont un facteur de risque de difficulté à déterminer la variété par le toucher vaginal (risque d'échec: 3,02 ($p<0,001$). L'objectif principal de cette étude est de comparer le diagnostic de la dilatation et du niveau d'engagement des présentations postérieures aux présentations antérieures. L'objectif secondaire est de déterminer les modalités de prises en charge de rotation des variétés postérieures lorsqu'elles sont diagnostiquées. Aucune des études précitées évoquait la question de la dilatation cervicale ni la hauteur du mobile fœtal dans le bassin maternel au moment du diagnostic des VP.

Matériel et méthode

Une étude prospective observationnelle mono-centrique a été conduite du 1er Juin au 30 novembre 2020 au centre hospitalier universitaire de Nice (Archet 2, type III), comptabilisant 3251 naissances sur l'année 2020. Elle comparait 2 cohortes de patientes présentant une grossesse singleton à terme ≥ 37 Semaines d'aménorrhées (SA) avec un fœtus vivant et viable

en présentation du sommet. Les grossesses avec un fœtus en VP au cours du travail, persistantes (VPP) ou non, ont été comparées à un groupe témoin, composé de VA. Les critères de non inclusion étaient les accouchements rapides inférieurs à deux heures, accouchements à domicile et les morts nés. La position du fœtus a été déterminée grâce à l 'examen digital. Ainsi, une VP est déterminée par la position postérieure de l'occiput sur l'un des 2 diamètres obliques du détroit supérieur : occipito iliaque droite postérieur (OIDP) ou occipito iliaque gauche postérieur (OIGP) et une VA par la position antérieure de l'occiput sur l'un des 2 diamètres obliques du détroit supérieur : occipito iliaque droite antérieur (OIDA) ou occipito iliaque gauche antérieur (OIGA). Seules les présentations obliques ou antéro postérieures ont été prises en compte. La sélection des patientes a été réalisée manuellement à partir du registre d'accouchement conservé en salle de naissance. Afin d'assurer une puissance suffisante et de limiter les biais de l'étude, un tirage au sort aléatoire et un appariement ont été réalisés selon les critères suivants : l'âge gestationnel au moment de l'accouchement ([37,41 SA] ; ≥41 SA), l'âge maternel, la parité et la modalité de mise en travail. Les variables recueillies étaient : les caractéristiques maternelles (âge maternel, terme en SA, parité, taille, indice de masse corporel (IMC) ; obstétricales (présence d'utérus cicatriciel, d'un placenta bas inséré, d'une anomalie de quantité de LA, de la RAM, de la présence d'une APD, la couleur du LA à l'expulsion; et celles liés à l'accouchement (modalité d'accouchement, état du périnée, pertes sanguines). L'estimation de poids fœtal (EPF), le poids de naissance, le score d'Apgar, l'équilibre acido-basique néonatal, la présence d'une réanimation ou la nécessité d'un transfert à l'accouchement et les suites du séjour, ont été également analysés.

Pour les caractéristiques maternelles, fœtales et du travail, l'ensemble des VP au cours du travail et les VPP se dégageant en occipito sacré (OS) ont été pris en compte pour l'étude. Pour les complications maternelles et fœtales, seules les VPP se dégageant en OS ont été analysées, comparées aux présentations se dégageant en occipito pubien (OP).

Le critère de jugement principal était le premier diagnostic de chacune des variétés de présentation associée à la dilatation et au niveau d'engagement. Le second critère de jugement était la mise en évidence des mesures correctives des VP, une fois diagnostiquées. Les analyses univariées et bivariées des variables qualitatives et quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel OpenEpi. Les variables quantitatives ont été exprimées sous la forme moyenne +/- écart type, médiane et 1er et 3 ^{ième} quartile [Q1-Q3] et les variables

qualitatives sous la forme n%. Les analyses bivariées ont été considérées comme étant statistiquement significatives avec un p- value < 0,05 et exprimées avec un Odds Ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% [IC 95%].

Résultats

1692 naissances ont eu lieu à la maternité de l'Archet II sur la période de l'étude. Au total, 122 patientes présentant un fœtus en VP au cours du travail, persistantes ou non ont été incluses ainsi que 122 VA, constituant le groupe témoin. Le nombre de VP au cours du travail représentait 5% avec 3% persistantes à l'accouchement, se dégageant OS.

Les caractéristiques maternelles et obstétricales sont décrites dans *le tableau I*.

		Total n=244		VP n=122	VA n=122	*p*	OR [IC95%]
		n	(%)	50%	50%		
Caractéristiques maternelles							
Age maternel							
	Moyenne +- écart type	-	-	31+/- 6	30+/- 5	0,16	
	Médiane [Q1- Q3]	-	-	31 [28-35]	30 [27-34]		-
Parité							
	Nullipare	140	(57,4)	68(56)	72(59)	0,60	0,87 [0,53 - 1,45]
	Multipare	104	(42,6)	54(44)	50(41)		
IMC							
10 données manquantes (6VA/ 4VP)	**Moyenne +- écart type**	-	-	24+-5	24+-4	>0,99	-
	Médiane [Q1- Q3]	-	-	23[20- 27]	23[20- 25]		
	IMC ≥ 30 KG/M²	26	(10,7)	16(14)	10(9)	0,21	1,69 [0,73 – 3,98]
	Taille ≤ 1,50 m	7	(2,9)	2(2)	5(4)	0,45	0,39 [0,05 – 2,03]
Caractéristiques obstétricales							
Utérus cicatriciel		18	(7,4)	17(5,7)	11(9)	0,33	0,61 [0,23 - 1,64]
Placenta							
	Placenta bas inséré	2	(0,8)	0(0)	2(2)	0,37	-
Anomalie de quantité de liquide							
	hydramnios	2	(0,8)	1(1)	1(1)	>1,00	-
	Oligoamnios	11	(4,5)	7(6)	4(3)	0,35	1,79 [0,51-7,15]

Tableau I. Caractéristiques maternelles

Elles étaient homogènes et ne présentaient pas de différences statistiquement significatives. La population générale de cette étude présentait un âge moyen de 31 ans, un IMC moyen de 24 Kg/m^2 avec 11% de la population classée en obésité.

Les caractéristiques du fœtus et du nouveau-né sont présentées dans *le tableau II.*

		Total n=244 n	%	VP n=122 50%	VA n=122 50%	*p*	OR [IC95%]
Caractéristiques fœtales/ Néonatale							
Age gestationnel							
	Age gestationnel ≥ 41 sa	55	(22,5)	27(22)	28(23)	0,88	0,95 [0,52-1,74]
Anomalie EPF (écho T3)							
	RCIU/PAG	5	(2)	2(2)	3(2)	>0,99	-
	Macrosomie	34	(14)	24(20)	10(8)	**0,01**	2,74 [1,26-6,25]
Présence d'une bosse séro-sanguine		136	(55,7)	75(61)	61(50)	0,07	1,60[0,96-2,65]
Poids de naissance							
	Moyenne +- écart type	-	-	3363+-464	3313+-449	0,39	-
	Médiane [Q1-Q3]	-	-	3362[3064-3681]	3315[3045-3613]	- -	- -
	>4000g	18	(7,4)	8(7)	10(8)	0,62	0,79 [0,30-2,06]
	< 2500g	10	(4,1)	2(2)	8(7)	0,17	0,27 [0,02-1,49]

Tableau II . Caractéristiques du fœtus/ nouveau-né

L'âge gestationnel était semblable dans les 2 cohortes. Les anomalies de poids telle qu'une EPF >90^{E} percentile étaient plus élevées dans le groupe des VP (OR 2,74[1,26-6,25]). A la naissance, aucune différence entre les VP et le groupe témoin n'était retrouvée concernant les nouveau nés de poids >4000g (OR 0,79[0,30-2,06]). Une tendance non statistiquement significative était relevée chez les VP concernant la présence d'une bosse séro-sanguine (BSS) au cours du travail (OR 1,60[0,96-2,65]).

Les complications néonatales sont décrites dans *le tableau III*.

		Total n=226 n	%	OS n=44 19,5%	OP n=182 80,5%	*p*	OR [IC95%]
Complications néonatale							
Score d'Apgar							
	<7 à 5 minutes	3	(1,3)	2(4,6)	1(0,55)	0,20	8,50[0,43-511,2]
PH							
***2 données manquantes (OP)**	**Moyenne +- écart type**	-	-	7,24+-0,08	7,27+-0,08	>0,99	-
	Médiane [Q1-Q3]	-	-	7,24[7,20-7,3]	7,28[7,22-7,32]	-	-
	< 7,15	18	(8)	7(16)	11(6)	0,08	2,49[1,01-8,10]
***Lactate**	**Moyenne +- écart type**	-	-	4,54+-1,79	4,15+-1,87	-	
***3 données manquantes (OP)**	**Médiane [Q1-Q3]**	-	-	5[2,95-5,53]	3,9[2,7-5,1]	>0,99	-
	≥ 5	73	(32,7)	23(52,3)	50(27,9)	**0,002**	2,89[1,47-5,68]
	≥ 8	12	(5,4)	1(2,3)	11(6,1)	0,55	0,36[0,01-2,88]
Réanimation à la naissance							
	Ventilation	9	(4)	6(13,6)	3(1,7)	**0,004**	9,28[1,85-59,90]
	PPC nasale	21	(9,3)	8(18,2)	13(7,1)	0,06	2,78[0,95-8,14]
	Intubation	0	(0)	0(0)	0(0)	-	-
	Aspiration	46	(20,1)	12(27,3)	34(18,7)	0,20	1,63[0,76-3,49]
	Massage cardiaque	1	(0,4)	1(2,3)	0(0)	0,39	-
	Adrénaline	0	(0)	0(0)	0(0)	-	-
Transfert en soins néonataux :		9	(3,9)	3(6,8)	6(3,3)	0,49	2,14[0,33-10,52]
Séjour du nouveau-née							
***13 données manquantes (8OP/1OS)**	**Moyenne +- écart type**	-	-	3+-1,12	3+-1,25	>0,99	
	Médiane [Q1-Q3]	-	-	3[2,5-3]	3[2-3]		
	>4 jours	17	(7,5)	4(9,1)	13(7,1)	0,86	1,30[0,29-4,50]
Antalgique(s) durant le séjour		13	(5,8)	2(4,6)	11(6)	>0,99	0,74[0,08-3,60]

18 césariennes VP exclues

Tableau III . Complications néonatales

Le score d'Apgar < 7 à 5 minutes était semblable dans les deux cohortes. Un taux de lactate > 5 était retrouvé plus fréquemment dans le groupe des VP (OR 2,89[1,47-5,68]) mais il n'existait aucune différence concernant le taux de lactate> 8. Une tendance statistiquement non significative était retrouvée dans le groupe des VP relatif à un ph <7,15 (OR 2,49[1,01-8,10]). Le recours à la ventilation à la naissance était plus fréquemment retrouvée (OR 9,28[1,85-59,90]) associée à une tendance augmentée concernant le recours à une pression positive continue dans le groupe des VP (2,78[0,95-8,14]). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur le taux d'aspiration à la naissance, de massage cardiaque, de transfert en unité de soins néonataux, de séjour du nouveau-né et des antalgiques donnés au cours du séjour en maternité.

Les caractéristiques du travail sont présentées dans *le tableau IV*.

	Total n=244		**VP n=122**	**VA n=122**	***p***	**OR [IC95%]**
	n	**%**	**50%**	**50%**		
Caractéristiques du travail						
Couleur du LA à l'expulsion						
LA teinté	20	(8,2)	8(7)	12(10)	0,35	0,64 [0,25-1,63]
LA méconial	32	(13,1)	22(18)	10(8)	**0,02**	2,46[1,11-5,45]
Modalité de mise en W :						
Induction du travail	85	(34,8)	43(35)	42(34)	0,89	1,04 [0,61-1,76]
Rupture des membranes :						
Dilatation à la rupture :						
RSM :						
Moyenne +- écart type	3	(100)	3+-3	3+-3	>0,99	-
Médiane [Q1-Q3]	-	-	2[1-4]	2[1-5]	-	-
RSM :	157	(64,3)	79(64,8)	78(63,9)	-	-
[0-5]	127	(80,9)	65(53,3)	62(50,8)	-	-
[5-7]	19	(12,1)	12(9,8)	7(5,7)	-	-
[7-10]	26	(16,6)	12(9,8)	14(11,5)	-	-
RAM :						
Moyenne +- écart type	4,5	(100)	4+-3	5+-3	0,12	-
Médiane [Q1-Q3]	-	-	3[3-5]	3[2-7]		
RAM :	87	(35,7)	43(35,3)	44(36,1)	-	-
[0-5]	62	(71,2)	33(27,1)	29(23,8)	-	-
[5-7]	13	(14,9)	4(3,3)	9(7,4)	-	-
[7-10]	22	(25,3)	9(7,4)	13(10,7)	-	-
Présence d'une APD	236	(96,7)	120(98,4)	116(95,1)	0,28	3,09[0,54-31,91]
Dilatation à la pose d'APD	3	(100)	3+-2	3+-1	>0,99	-
Moyenne +- écart type	-	-	3[2-4]	3[2-3]	-	-
Médiane [Q1-Q3]						

Caractéristiques du travail (suite)	Total n=244 n	%	VP n=122 50%	VA n=122 50%	*p*	OR [IC95%]
Durée des Stades du travail						
Primipare : moy+- écart type						
3-5 cm	166min	(100)	179min+- 126 10 données manquantes	153min+- 111 9 données manquantes	0,23	-
5-7 cm	124min	(100)	151min+- 138 8 données manquantes	96min+- 77 9 données manquantes	**0,007**	-
7-10 cm	168min	(100)	186min+-126 10 donnés manquantes	149min+-107 8 donnés manquantes	0,08	-
10 cm – début EE	129min	(100)	131min+-75 8 donnés manquantes	126min+-58 12 donnés manquantes	0,68	-
Durée EE :	37min	(100)	28min+-12 8 donnés manquantes	46min+-0,12 1 donnés manquantes	**<0,05**	-
Multipare :						
3-5 cm	119min	(100)	107min+- 66 15 donnés manquantes	131min+- 106 12 donnés manquantes	0,24	-
5-7 cm	76min	(100)	79min+-63 14 donnés manquantes	72min+-60 9 donnés manquantes	0,61	-
7-10 cm	86min	(100)	95min+-63 12 donnés manquantes	77min+-65 9 donnés manquantes	0,20	-
10 cm – début EE	79min	(100)	81 min+- 64 9 données manquantes	77 min+- 67 3 données manquantes	0,77	-
Durée EE :	11min	(100)	13min+-11 6 données manquantes	8min+-10 8 données manquantes	**0,03**	-
Modalité d'accouchement						
Spontané	100	(41,0)	41(34)	59(48)	**0,02**	0,54 [0,32-0,91]
Autres :						
Instrumentale	126	(51,6)	63(52)	63(52)	-	-
Césarienne	18	(7,4)	18(15)	0(0)	-	-
Présence d'asynclitisme	92	(37,7)	45(37)	47(39)	0,79	0,93 [0,56-1,57]
Mesures correctrices :						
Ocytocine au cours du travail	141	(63)	72(59)	69(57)	0,70	1,11[0,67-1,84]
Débit max administré (mui/min)						
Moyenne +- écart type	7,5	(100)	8+-4	7+-4	0,14	-
Médiane[Q1-Q3]	-	-	8[4-11]	6[4-10]		
Durée totale d'administration (min)						
Moyenne	406	(100)	419+-319	390+-253	0,55	-
Médiane [Q1-Q3]	-	-	383[120-632]	382[165-559]		
Positionnement au cours du travail :						
Au cours du travail	221	(90,6)	107(88)	114(93)	0,13	0,50 [0,20-1,23]
Quatre-patte	13	(10,7)	13(11)	0(0)	-	-
Rotation :						
Rotation manuelle	46	(37,7)	46(38)	-	-	-
Réussite	20	(43,5)	20(43)	-	-	-
Rotation instrumentale	0	(0)	0(0)	-	-	-
Confirmation échographique	50	(20,5)	45(37)	5(4)	**< 0,01**	13,68[5,20-35,99]

Tableau IV . Caractéristiques du travail

Un taux plus élevé de LA méconial à l'expulsion dans le groupe des VP était retrouvé statistiquement significatif (OR 2,46[1,11-5,45]. Le taux d'induction du travail, le recours à une APD, la RAM, la présence d'asynclitisme fœtal était semblable dans les 2 cohortes. Chez les primipares, la durée de la phase active du travail ([5-10cm]) entre les deux cohortes était

différente. La phase [5-7 cm] de dilatation était allongée chez les VP (p< 0,05) et une tendance statistiquement non significative était observée de [7-10 cm] (p=0,08), également dans le groupe des VP. Une différence était observée quant à la durée des efforts expulsifs en faveur du groupe témoin avec *p* <0,05. Chez les multipares, seule la durée des efforts expulsifs présentait une différence avec *p* <0,05 dans le groupe des VP.

Concernant les modalités d'accouchement, une incidence plus élevée d'accouchement spontané a été relevée dans le groupe témoin (OR 0,54[0,32-0,91]). 9% des césariennes au cours du travail ont été réalisées, associée à une présentation postérieure au dernier diagnostic du toucher vaginal.

Les mesures correctrices comme le recours à l'oxytocine (débit maximum (mui/min), durée totale administrée (min)) et le positionnement au cours du travail n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative. Concernant les rotations de la tête fœtale, aucune rotation instrumentale n'a été effectuée et 38% des VP ont été tournées manuellement. 44% ont été tournées avec succès. Une confirmation échographique a été effectuée plus fréquemment chez les VP (OR 13,68[5,20-35,99].

Les complications maternelles sont présentées dans *le tableau V*.

		Total n=226		**OS n=44**	**OP n=182**	***p***	**OR [IC95%]**
		n	**%**	**19,5%**	**80,5%**		
Complications maternelles							
Hémorragie du post partum > 500 ml		11	(4,9)	4(9,1)	7(3,9)	0,29	2,5[0,70-8,95]
État du périnée							
*18 Césarienne ont été exclues	**Déchirure simple**	149	(65,9)	25(56,8)	124(68,1)	0,16	0,62[0,31-1,21]
	Déchirure du 3ième/ 4ième degrés	6	(2,7)	3(6,8)	3(1,7)	0,18	4,33[0,56-33,49]
	Épisiotomie	21	(9,3)	7(15,9)	14(7,7)	0,17	2,26[0,72-6,50]

18 Césariennes VP exclues

Tableau V. Complications maternelles

Il n'existait aucune différence sur le versant maternel concernant le taux d'HPP, de déchirure simple, de déchirure du 3ième et 4ième degrés ainsi que sur le taux d'épisiotomie.

Le tableau VI présente le diagnostic de la variété de présentation associée à la dilatation et à l'engagement

	Total n=244 n	%	VP n=122 50%	VA n=122 50%	*p*	OR [IC95%]
Dilatation au diagnostic de présentation						
Moyenne +- écart type	-	-	8+-2,1	7,9+-2,2	0,72	-
Médiane[Q1-Q3]	-	-	8[6-10]	9[6-10]	-	
[0-5]	44	(18,0)	22	22	>0,99	1,00[0,52-1,92]
[5-7]	63	(25,8)	34	29	0,46	1,24[0,70-2,20]
[7-10]	180	(73,8)	89	91	0,77	0,92[0,52-1,63]
Hauteur de la présentation						
Haut-mobile + Appliquée	72	(29,5)	43(35)	29(24)	0,05	1,75[1,00-3,05]
Fixée	101	(41,4)	43(35)	58(48)	0,05	0,60[0,36-1,00]
Engagée	48	(19,7)	27(22)	21(17)	0,34	1,37[0,72-2,58]
Non diagnostiquée (à l'accouchement)	23	(9,4)	9(7)	14(12)	0,27	0,61 [0,26-1,48]
Variété de présentation						
Variété d'engagement						
OIGA	72	(29,5)	0(0)	72(59)	-	-
OIDA	31	(12,7)	0(0)	31(25)	-	-
OIGP	46	(18,9)	46(38)	0(0)	-	-
OIDP	58	(23,8)	58(48)	0(0)	-	-
Présentation antéro postérieure	37	(15,2)	18(15)	19(16)	-	-
Variété de dégagement						
OP	200	(82,0)	78(63,9)	122(100)	-	-
OS	44	(18,0)	44(36,1)	-	-	-

Tableau VI. Diagnostic de la variété de présentation associée à la dilatation et à l'engagement

Le diagnostic de la variété de présentation est réalisé en moyenne à 8 cm de dilatation dans les 2 cohortes. Il existe néanmoins une différence concernant la hauteur de la présentation au moment du diagnostic. Les VP sont majoritairement diagnostiquées soit avec un mobile fœtal en présentation haut-mobile/appliquée soit en présentation fixée, de manière identique. Quant au groupe témoin, le diagnostic est réalisé en moyenne avec un fœtus en présentation fixée. Une tendance statistiquement non significative est notée, concernant la présentation haut-mobile/ appliquée, avec une surreprésentation des VP par rapport au groupe témoin (*p*=0,05). A l'inverse, une surreprésentation dans le groupe des VA est relevée, relatif à la présentation fixée (*p*=0,05). Dans cette étude, 23 % des présentations fœtales ne sont pas diagnostiquées durant le travail, 7 % pour les VP et 12% pour les VA

Discussion

Les VP sont sujettes à débat depuis de nombreuses années afin de diminuer leurs conséquences, bien établies dans la littérature. Ainsi, le diagnostic précoce des variétés de présentation est capital. Dans cette étude, la répartition de la population étudiée était semblable à la population générale[25]. La prévalence de la position VP au cours du travail était de 5% et diffère des données de la littérature avec un taux largement inférieur[1,2]. Un biais de recrutement existe dans cette étude par la difficulté liée au recueil des données : le manque d'information sur le registre d'accouchement et la difficulté d'ouvrir l'ensemble des dossiers des naissances sur la période choisie. Ainsi, une période plus courte aurait été préférable afin d'analyser l'ensemble des naissances sur la période de l'étude. Concernant la prévalence des VPP se dégageant en OS de 3%, le taux est légèrement inférieur[1,2]. Cette observation peut être due à la politique du centre d'étude qui encourage la rotation du fœtus en VA.

Concernant l'objectif principal, le diagnostic des variétés de présentations postérieures et antérieures est réalisé tardivement à 8 cm de dilatation, avec une hauteur de présentation différente dans les 2 cohortes. Ces résultats sont à confirmer avec d'autres études, étant donné l'absence de comparaison possible. Ainsi, malgré la difficulté diagnostic des VP énoncée par Souka et al[24], il n'existe aucune différence entre les VP et les VA concernant la dilatation au moment du diagnostic. Un diagnostic si tardif aurait pu être expliqué par la présence de la poche des eaux jusqu'à une dilatation tardive, identifiée comme étant un biais au diagnostic de la variété de présentation. Cependant elle est rompue de manière spontanée ou artificielle, de manière prépondérante entre 0 et 5 cm de dilatation dans les 2 cohortes. La difficulté de diagnostic rencontrée lors de l'évaluation précoce de la présentation pourrait expliquer ces résultats. Selon Akmal et al, la fréquence d'examens non concluants était importante en début de travail et diminuait avec l'avancement de la dilatation[26]. La différence au niveau de la hauteur du mobile fœtal pourrait être expliquée par la difficulté d'accommodation et de flexion associée à la présentation postérieure par rapport au bassin maternel, entrainant ainsi une progression plus lente de la présentation dans l'excavation pelvienne. Une confirmation échographique du diagnostic reste néanmoins plus fréquente chez les VP (OR 13,68[5,20-35,99]). Plusieurs études retrouvaient une discordance entre le toucher vaginal et l'échographie de variété entre 33 et 80% en tolérant une marge d'erreur de plus ou moins 45°[27]. La position VP est diagnostiquée correctement par le toucher vaginal dans 71,6% des

cas comparés à l'échographie qui la diagnostique dans 92% des cas (p=0,18)[28]. La présence de BSS, fréquente chez les VP diminuait également les chances de concordance [26].

Concernant les mesures correctrices effectuées une fois le diagnostic réalisé : les résultats relatifs à l'utilisation de l'oxytocine sont en discordance avec ceux de la littérature qui retrouvent une utilisation des ocytociques entre 1,44[1,29-1,60][3] et 2,38[1,27-4,45] fois plus fréquentes en cas de VP au cours des 1er et 2ième stade du travail, sans montrer l'effet de ce traitement sur la variété au cours du travail, la variété de dégagement ou les modalités d'accouchements[8]. L'utilisation des ocytociques n'est pas propre à la présentation postérieure, elle est utilisée de manière courante pour traiter une dystocie dynamique au cours du travail, retrouvée plus fréquemment chez VP. Ce qui explique l'utilisation d'ocytocique plus fréquente lors de VP, dans la littérature.

A propos du positionnement des patientes, il a été réalisé dans 91% des cas dans chacun des groupes. D'usage courant, la position décubitus latéral, droite ou gauche en fonction de la position du dos fœtal et la position quatre-pattes sont habituellement utilisées chez les VP pour amorcer la rotation de la présentation. Seule la position quatre-pattes a été relevée dans l'étude compte tenu de l'utilisation fréquente de la position décubitus latéral dans le groupe témoin. La position quatre-pattes a été réalisée chez 11% des VP de cette étude. Néanmoins, selon un essai récent, contrôlé, randomisé, incluant 439 patientes, cette position n'a pas démontré son efficacité pour corriger cette malposition[11]. A propos des rotations de la tête fœtale, aucune rotation instrumentale n'a été réalisée au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, jugée traumatique par l'équipe obstétricale. La rotation manuelle a été réalisée dans 38% des cas avec une réussite de 44%, ce qui est inférieure aux données de la littérature. Selon la littérature, le taux de réussite de la rotation manuelle variait de 47 à 90%. Il y avait plus de réussite en cas d'indication systématique, de multiparité, de présentation engagée et de travail spontané, chez des patientes de moins de 35 ans[29]. Le biais de recrutement peut expliquer ces résultats, ainsi de nombreuses VP tournées manuellement avec réussite et accouchant en position OP, ont pu échapper au recrutement. Aucun protocole de service n'existait concernant la technique utilisée pour la rotation manuelle. Il apparaît important d'uniformiser les pratiques des professionnels en proposant un protocole de prise en charge basé sur les données scientifiques actuelles afin d'avoir une technique reproductible.

Concernant les facteurs de risques prédictifs liés aux VP, aucune association n'a été mise en évidence. Les données de la littérature divergent à ce sujet, mais aucune ne permettraient

isolément d'expliquer la persistance d'une VP[8]. Au sujet du recours à l'APD par exemple, pour Dalhqvist en 2017 en Suède[7], les accouchements avec une VP nécessitaient plus souvent le recours à une APD, 48% contre 32,8% (p<0,001). Ces résultats sont à nuancer car le taux de recours à la péridurale en Suède est plus bas (66,1%) par rapport à la France (82,2%)[25]; ainsi ce facteur est peu interprétable. La primiparité, l'âge maternel > 35 ans ou encore les grossesses prolongées ou déclenchées n'ont pas pu être analysés comme étant des facteurs prédictifs de VP, faisant partis des critères d'appariements.

Concernant les caractéristiques du travail, Cheng et al, retrouvaient également un LA méconial à l'expulsion (OR 1,29 [1,17-1,42])[10]. Les données concernant la durée des stades du travail présentaient une discordance avec la littérature quelle que soit la parité. Les VP sont responsables d'un allongement de la durée de travail à tous les stades[2,8,9]. Selon Cheng[3], en présence d'une VP, la probabilité d'avoir un premier stade du travail ≥ 18 heures était 1,9 fois plus élevée par rapport à celle d'une position VA (OR 1,93[1,73-2,15]) et un second stade ≥ 3 heures, 2,32 fois plus élevée (OR 2,32 [2,06-2,61]). Lorsque la cohorte de l'étude a été stratifiée par parité, des résultats similaires ont été observés. Dans notre étude, seule la phase [5-7] cm de la 1ere phase du travail chez les primipares était statistiquement significative dans le groupe des VP (p<0,05). Dans cette étude, la phase de latence était plus courte et commençait seulement à partir de 3 cm, les résultats étaient donc peu interprétables. Les efforts expulsifs (EE) dans le groupe de primipares étaient significatifs dans le groupe témoin (p<0,05). Chez les multipares, la durée des EE était prolongée par rapport au groupe témoin (p=0,03). Dalqvist et al[7], ont montré que la phase de poussée, indépendamment de la parité était plus longue en VP, par rapport à la VA (moyenne de 51 contre 39 min, (p 0,003), et durait plus de 45 min dans 35 % des cas en VP, contre 21 % en VA (p <0,001). Ces résultats peuvent être expliqués d'une part par la proportion plus grande d'extraction instrumentale dans notre étude (55,8% vs 12,2%[25]) en raison du biais de recrutement et d'autre part par les anomalies de rythme cardiaque fœtal (ARCF) plus fréquente chez les VP[30] conduisant à une extraction instrumentale plus rapide. La différence de résultats entre le groupe de primipares et de multipares peut être expliquée par la progression plus rapide du mobile fœtal chez les multipares et une tolérance plus grande des ARCF sur une courte période. Une stratification en fonction de la modalité d'accouchement aurait été préférable.

Un taux plus élevé d'accouchement spontané est retrouvé chez le groupe témoin (OR 0,54 [0,32-0,91], confirmé par plusieurs études[1,2,4,8,9]. Ces résultats sont à nuancer dans cette étude

par rapport au biais de recrutement : 18 césariennes ont été incluses chez les VP et aucunes incluses dans le groupe témoin.

Les résultats relatifs aux complications maternelles (taux d'HPP, déchirure simple, déchirure du 3ième et 4ième degrés, taux d'épisiotomie) ne relevaient pas de différence entre le groupe OS et OP. Le taux d'HPP semblable dans notre étude et marqué statistiquement significatif dans la littérature[2,4,8], peut être expliqué par la prise en charge rapide en amont des saignements. Selon Salameh et al[31] en France en 2011, la présentation OS ne constituait pas, seule, un facteur de risque de déchirure périnéale sévère mais devait être considérée comme un facteur de risque surajouté, notamment en cas d'extraction instrumentale. Ainsi, l'association de facteurs de risque associée doit conduire à la plus grande vigilance[31]. Aucune étude ne comparait les variétés de dégagement OS et OP et le recours à l'épisiotomie, associé à tout mode d'accouchement confondu (naturel et instrumental). En 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) concluait qu'il n'existait pas de preuves suffisantes pour indiquer la pratique systématique de l'épisiotomie en cas de VPP[32].

Concernant les caractéristiques fœtales, l'âge gestationnel était semblable dans les deux cohortes, faisant partie des critères d'appariement.

Une anomalie de poids avec une EPF >90 ième percentile était retrouvée plus fréquemment chez les VP, mais non confirmée par le poids de naissance (*p*=0,62). Les résultats sont en discordance avec ceux de Sizer et al[33], qui retrouvent une association entre l'augmentation du poids de naissance et la position VP (OR 1,18[1,09-1,28]). La présence d'une BSS, présentant une tendance sans significativité était fréquente chez les VP, traduisant le degré plus ou moins important de la dystocie[34]. Le score d'Apgar <7 à 5 minutes était semblable dans les deux cohortes, en accord avec certaines études[2,9]. Les données de la littérature restent discordantes : selon Cheng[10], aux USA en 2006, comparativement aux nouveau-nés nés en position OP, ceux nés en position OS avaient près de 1,5 fois plus de chances d'avoir un score d'Apgar <7 à 5 minutes (OR 1,5[1,17-1,91]). Dalqvist et al[7], en 2017 en Scandinavie ne retrouvaient pas d'association avec un pH <7,10 ou un risque d'acidémie métabolique à la naissance (OR 1,48[1,12-1,96]), en accord avec nos résultats malgré une incidence plus élevée de ph< 7,15. La littérature[7,10] ne comparait pas le taux de lactate ni le recours à une réanimation à la naissance ni la nécessité d'antalgique au cours du séjour. Cheng[10] retrouvait une durée moyenne du séjour à l'hôpital plus élevée dans le groupe de VP avec un transfert en soins intensif plus fréquent (OR 1,57[1,28-1,92]), non retrouvée dans notre étude.

Conclusion

Cette étude n'a pas pu démontrer de différence de diagnostic concernant la dilatation cervicale avec une moyenne à 8cm de dilatation. Néanmoins, elle met en évidence une différence relative à la hauteur de la présentation au moment du diagnostic : avec des pourcentages identiques concernant la présentation haut/mobile et appliquée chez les VP et une présentation fixée chez les VA. D'autres études doivent être réalisées afin de confirmer ces résultats et ainsi changer les pratiques obstétricales. Ces diagnostics tardifs de la variété de présentation entrainent un retard de prise en charge et par la suite des complications maternelles et fœtales évitables par ailleurs. L'expérience du praticien pourrait jouer sur la réalisation du diagnostic de présentation.

Les mesures correctrices réalisées au cours du travail, ont été le positionnement, avec notamment la position quatre-pattes ou la rotation manuelle. Aucune différence concernant l'utilisation des ocytociques n'a été relevée. Étant donné les conséquences de la persistance de la position VP pendant le travail, une évaluation plus approfondie de l'effet de ces prises en charge doit être réalisée.

Bibliographie

[1] Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. Obstet Gynecol 2001;98(6):1027-31

[2] Ponkey .S, Cohen. A, Heffner.L. Persistent fetal occiput posterior position: Obstetric Outcomes. Obstetric and Gynecologie 2003;101(5):915-920

[3] Cheng YW, Shaffer BL, Caughey AB Associated factors and outcomes of persistent occiput posterior position: A retrospective cohort study from 1976 to 2001. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, September 2006;19(9):563-568

[4] Barth.W, Jr. Persistent occiput posterior. Obstetrics & Gynecology 2015;125(3): 695-709

[5] Vitner D, Paltieli Y, Haberman.S, Gonen.R, Ville.Y, Nizard.J. Prospective multicenter study of ultrasound-based measurements of fetal head station and position throughout labor. Ultrasound Obstet gynecol 2015;46:611-615

[6] Gardberg.M, Tuppurainen.M. Anterior placental location predisposes for occiput posterior presentation near term. Acta Obstetrica Gynecolgica Scandinavia 1994;73:151-152

[7] Dahlqvist.K, Jonsson.M Neonatal outcomes of deliveries in occiput posterior position when delayed pushing is practiced: a cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2017;17:377-

[8] Castel.P, Bretelle.F, D'Ercole.C, Blanc.J Variétés postérieures au cours du travail : mécanique obstétricale, diagnostic et prise en charge. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 2019 ;49:370-377

[9] Gardberg.M, Tuppuraine.M. Persistent Occiput posterior presentation- a clinical problem. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1994;73:45-47

[10]Cheng.YW, MD, Shaffer.BL The association between Persistent Occiput Posterior Position and Neonatal Outcomes. Obstetrics & Gynecology. 2006; 107(4):837-844

[11] Guittier.MJ, Othenin-Girard.V, De Gasquet.B, Orion.O. Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labor: a randomized controlled trial. An International Journal of Obstetrics and Gynecology 2016;2199-2207

[12] Desbriere.R, MD, Blanc.J. Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2013;60:e1-e8

[13] Le Ray.C, MD, PhD. Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA. American Journal of Obstetrics & Gyneclogy 2016;511:e1-e7

[14] Verhaeghe.C, Parot-Schinkel.E, Bouet.PE. The impact of manual rotation of the occiput posterior on spontaneous vaginal delivery rate: study protocol for a randomized clinical trial (RMOS) Trials Journal biomed central 2018;19:109

[15] Le Ray.C, Goffinet.F. Technique et intérêt de la rotation manuelle en cas de variété postérieure. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2011;29:575-578

[16] Shaffer BL, Cheng YW. Manual rotation of the foetal occiput: predictors of success and delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006;194:e7-e9

[17] Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Caughey AB. Manual rotation to reduce caesarean delivery in persistent occiput posterior or transverse position. The journal of Maternal- Fetal Neonatal Medicine 2011;24(1):65–72.

[18] Marguier Blanchard.J, Metz.J-P, Eckman Lacroix.A. Rotation manuelle des variétés postérieures : état des lieux de la littérature en 2019.Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 2019;47:672-679

[19]Graham K, Phipps H, Hyett JA, Ludlow JP, Mackie A, Marren A, et al. Persistent Occiput Posterior: OUTcomes following digital rotation: a pilot randomised controlled trial. Austrial and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2014;54(3):268–74.

[20] Le Ray.C Tu me fais tourner la tête ? Rotation des variétés postérieures. Collège National Des Gynécologues Et Obstétriciens Français 2014:23-62

[21] Vidal.F, Simon.C, Christini.C Instrumental Rotation for Persistent Fetal Occiput Posterior Position: A Way to Decrease Maternal and Neonatal Injury?. Public Library of Science one. 2013;8(10):e78124

[22] Bahl.R, Van de Venne.M, Macleod.M, Strachan.B, Murphy.D. Maternal and neonatal morbidity in relation to the instrument used for mid-cavity rotational operative vaginal delivery: a prospective cohort study. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2013;120(12):1526–33

[23] Murphy.DJ, Macleod.M, Bahl.R, Strachan.B. A cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of sequential instruments at operative vaginal delivery. European Journal of Obstetrics and Gynecology and reproductive Biology 2011;156(1):41-45

[24] Souka A.P, Haritos.T, Besayiannis.K Intrapartum ultrasound for the examination of the fetal head position in normal and obstructed labor. The journal of Maternal- Fetal and Neonatal Medicine 2003;13:59-63

[25]Enquête Nationales Périnéales (ENP) Inserm 2016

[26]Akmal.S, Tsoi.E, Kametas.N, Howard.R, Nicolaides.KH Intrapartum sonography to determine fetal head position. The journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2002 ;12(3):172-7

[27]Sentilhes.L, Guillard.P, Descamps.P, Fournié.A Indications et prérequis à la réalisation d'une extraction instrumentale : quand, comment et où ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008;37:S188-S201

[28]Chou.MR, Doron Kreiser, Taslimi.MM, Druzin.ML, El- Sayed.YY Vaginal versus ultrasound examination of fetal occiput position during the second stage of labor. American Journal Of Obstetrics and Gynecology 2004;191:521-4

[29]Marguier-Blanchard.J, Metz.J-P, Eckman Lacroix.A Rotation manuelle des variétés postérieures : état des lieux de la littérature en 2019. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie 2019;47:672-679

[30] Ingemarsson.E, Solum.T, Westgren.M Influence of Occiput Posterior Position on the Fetal Heart Rate Pattern Obstetrics and gynecology 1980;55(3):301-304

[31]Salameh.C,Canoui-Poitrine.F,Cortet.M, Lafon.A Les présentations postérieures augmentent-elles le risque de déchirures périnéales sévères ?. Gynécologie Obstétrique and Fertilité 2011;39:545-548

[31]Recommandations pour la pratique clinique- texte court. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français 2005

[32]Sizer.AR, MB, BCh, PhD, Nirmal.DM Occipitoposterior Position: Associated Factors and Obstetric Outcome in Nulliparas. Obstetrics and Gynecology2000;96(5):749-752

[33]Lansac.J, Descamps.P, Oury.JF Pratique de l'accouchement 5e édition. Elsevier Masson 2011

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS – FACULTÉ DE MÉDECINE

École de Sages-Femmes de Nice- Année 2021

Titre : Diagnostic clinique des variétés de présentations postérieures et antérieures pendant le travail. Existe-il une différence entre les variétés postérieures et antérieures ? Étude de cohorte prospective uni-centrique dans une maternité hospitalo-universitaire de Type III

Résumé :

Objectif : Comparer le diagnostic de la dilatation et du niveau d'engagement des présentations postérieures aux présentations antérieures et déterminer les modalités de prises en charge de rotation des variétés postérieures.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle monocentrique, constituée de 2 cohortes : les grossesses avec un fœtus en variété postérieure persistante ou non et un groupe témoin constitué de variétés antérieures. Elle incluait les grossesses singleton à terme ≥ 37 semaines d'aménorrhées, avec un fœtus vivant et viable en présentation du sommet. Les caractéristiques maternelles, fœtales, du travail associées aux variétés postérieures ont été relevées, comparées au groupe témoin. Pour les complications maternelles néonatales, seules les variétés postérieures persistantes ont été prise en compte.

Résultats :

Au total, 122 patientes présentant un fœtus en VP au cours du travail dont 44 se dégageant en OS ont été incluses et comparées à un groupe témoin, constitués de 122 VA. La variété de présentation a été diagnostiquée à 8cm de dilatation dans les 2 cohortes. A propos de la hauteur de la présentation, les VP étaient diagnostiquées à pourcentage égal, avec une présentation haut-mobile/appliquée(35%) ou une présentation fixée(35%) et les VA diagnostiquées avec une présentation fixée(48%). Concernant les mesures correctrices, le positionnement a été réalisée dans 91% dans les 2 cohortes avec une incidence de 11% pour la position 4 pattes pour VP. La rotation manuelle a été réalisée dans 38% des cas avec 48% de réussite. Le recours à l'oxytocine n'a pas montré de différences entre les 2 cohortes(*p*=0,70) (OR 1,11[0,67-1,84]).

Conclusion : Cette étude n'a pas pu démontrer de différence de diagnostic concernant la dilatation cervicale entre les VP et les VA, diagnostiquées à 8 cm en moyenne. Il existait une différence relative à la hauteur de la présentation avec des pourcentages identiques concernant la présentation haut/mobile et appliquée chez les VP et une présentation fixée chez les VA. Ces diagnostics tardifs entrainent un retard de prise en charge et par la suite des complications maternelles et fœtales évitables par ailleurs. Les mesures correctrices réalisées au cours du travail étaient le positionnement avec notamment la position quatre pattes ou la rotation manuelle. Aucune différence concernant l'utilisation des ocytociques n'a été relevée Des études plus approfondies sont nécessaires afin de confirmer nos résultats et mettre en lumière les effets réels des mesures correctrices sur la variété de présentation postérieure.

Mots clés: Variété postérieure, Diagnostic, complications

Title: Clinical Diagnosis of occiput posterior and anterior position during le labor. Is there a difference between posterior and anterior varieties? A single-centric prospective cohort study in a type III hospital-university maternity unit

Abstract:

*Objective***:** Compare the variety of presentation associated with cervical dilation and the level of engagement of posterior and anterior presentations and determine how to manage the rotation of posterior varieties.

Material and method: This was a single site trial, prospective observational study consisting of 2 cohorts: pregnancies with a foetus in a persistent or non-persistent variety and a control group consisting of occiput anterior position. It included full-term singleton pregnancies ≥ 37 weeks of amenorrhea, with a live and viable foetus with cephalic presentation. Maternal, foetal, labour characteristics associated with occiput posterior varieties were identified and compared to the control group. For neonatal maternal complications, only persistent occiput posterior varieties were considered.

Results: A total of 122 patients with a fetus in occiput posterior variety during labor, including 44 of whom were persistent presentations, compared with a control group constituted of 122 previous varieties. The presentation variety was diagnosed at 8 cm of presentation of cervical dilation, in both cohorts. Concerning the level of engagement, the OP were diagnosed with equal percentages with a floating above the brim/ applied presentation (35%), or a fixed presentation (35%), and the OA group, diagnosed with a fixed presentation (48%). Regarding to corrective measurements, positioning was achieved in 91% in the 2 cohorts with an 11% incidence for the 4-legged position for the posterior varieties. Manual rotation was carried out in 38% of cases with 48% success. The use of oxytocin did not show any differences between the two cohorts.

Conclusion: This study could not demonstrate a difference in the diagnosis of the presentation variety associated with dilation between occiput posterior position and occiput anterior position. There was a difference regarding the level of engagement with equal percentages as regards floating above the brim/ applied presentation in OP group and in the OA groupe, diagnosed with fixing presentation. This late diagnosis leads to a delay in patient care conducting of preventable fetal and maternal complications. The corrective measures taken during the work were positioning or manual rotation. No differences were observed about the installation of oxytocin. Further studies are needed to confirm our results and to highlight the actual effects of corrective measures on the occiput posterior position.

Key-words: Occiput posterior position, diagnosis, complications