



HAL
open science

Accouchement des présentations du siège : quelle évolution au sein de la maternité du CHU de Grenoble ?

Maëva Ubeaud

► To cite this version:

Maëva Ubeaud. Accouchement des présentations du siège : quelle évolution au sein de la maternité du CHU de Grenoble ?. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04190508

HAL Id: dumas-04190508

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04190508>

Submitted on 29 Aug 2023

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**ACCOUCHEMENT DES PRESENTATIONS DU SIÈGE : QUELLE ÉVOLUTION AU SEIN
DE LA MATERNITÉ DU CHU DE GRENOBLE ?**

MÉMOIRE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Par Mme Maëva UBEAUD

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 02/06/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Mme Chrystelle CHAVATTE

Membres :

M. le Dr Emmanuel DECROISSETTE (vice-président)

M. le Dr Pierre-Louis FOREY (directeur de mémoire)

Mme Claire BAUDON (co-directeur de mémoire)

M. Laurent GAUCHER (sage-femme invité)

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ACCOUCHEMENT DES PRESENTATIONS DU SIEGE : QUELLE EVOLUTION AU SEIN DE LA MATERNITE DU CHU DE GRENOBLE ?

Résumé

Objectifs : Comparer le taux d'accouchement par voie basse d'un fœtus singleton en présentation du siège à terme au sein de la maternité de niveau III du CHU de Grenoble-Alpes entre 2017 et 2020. Evaluer secondairement la morbidité et mortalité maternelle et néonatale.

Matériel et méthodes : Etude observationnelle rétrospective, comparative, monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes (CHUGA) sur les années 2017 et 2020 incluant toutes les patientes majeures ayant accouchées à terme (37-42 SA) d'un nouveau-né vivant, singleton en présentation du siège.

Résultats : 146 patientes ont été incluses, 80 pour l'année 2017 et 66 pour l'année 2020. A propos du mode d'accouchement, on retrouve une augmentation significative du taux de tentative d'accouchement par voie basse sans augmentation de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale mais sans différence statistiquement significative au niveau du taux d'accouchement par voie basse réussie.

Conclusion : D'après nos résultats, nous ne retrouvons pas d'augmentation significative du taux d'accouchement par voie basse réussie malgré une augmentation du taux de tentative d'accouchement par voie basse. Une évaluation adéquate des facteurs affectant la probabilité de succès de l'accouchement par voie basse est nécessaire par l'équipe obstétricale.

Mots Clefs : accouchement du siège, morbidité et mortalité maternelle et néonatale, césarienne, tentative de VB

BREECH'S PRESENTATION DELIVERY: WHAT EVOLUTION INSIDE THE MATERNITY WARD OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF GRENOBLE-ALPES?

Abstract

Objectives: Compare the rate of vaginal delivery at full-term for breech's presentation in the level III maternity ward of the University Hospital of Grenoble-Alpes (CHUGA) for the years of 2017 and 2020. Evaluate the maternal and neonatal morbidity and mortality.

Materials and methods: Observational, retrospective, comparative, monocentric study realised at the CHUGA in 2017 and 2020 including all adults patients who delivered a breech singleton alive newborn's at full-term (37-42 weeks).

Results: 146 patients were included, 80 for the year of 2017 and 66 for 2020. Our study as shown a significant increase of the vaginal delivery attempt rate without a significant difference for successful vaginal delivery rate. The maternal and neonatal morbidity and mortality was not impacted.

Conclusion: Regarding our results, we do not find a significant increase of the successful vaginal delivery rate despite a significant increase of the vaginal delivery attempt rate. Factors that may affect the successful delivery rate should be reevaluate by the obstetric team.

Keywords : breech delivery, maternal and neonatal morbidity and mortality, vaginal delivery, caesarean section.

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- Mme Chrystelle Chavatte, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA
- M. le Dr Emmanuel Decroisette, Gynécologue Obstétricien, Chef de Service, Centre Hospitalier Métropole Savoie
- M. le Dr Pierre-Louis Forey, Gynécologue Obstétricien, Praticien Hospitalier, Hôpital Couple-Enfant, La Tronche
- Mme Claire Baudon, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA
- M. Laurent Gaucher, Sage-Femme Enseignant-Chercheur, Haute Ecole de Santé de Genève, HES-SO

Je remercie plus particulièrement :

- Monsieur le Dr Pierre-Louis Forey, Gynécologue Obstétricien, Praticien Hospitalier, Hôpital Couple-Enfant de La Tronche, Directeur de ce mémoire ;
Pour votre temps, vos précieux conseils et votre disponibilité tout au long de ce travail ;
- Madame Claire Baudon, Sage-femme enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Co-directeur de ce mémoire ;
Pour l'aide que vous m'avez apporté tout au long de ce travail, mais aussi pour votre soutien et vos conseils au cours de ces quatre années d'école ;
- L'ensemble des enseignants sages-femmes du Département de Maïeutique de Grenoble ;
Pour votre encadrement tout au long de la formation ;

- Toutes les femmes et sages-femmes croisées au cours de ma formation ;

Pour avoir fait de moi la sage-femme que je suis aujourd'hui ;

- Ma famille, mes parents ;

Pour tous leurs sacrifices, leur soutien sans faille, pour m'avoir épaulé tout au long de ces belles mais dures années d'études ;

- Mes meilleures amies ;

Pour être toujours présentes après tant d'années malgré le fait que je ne sois pas très disponible ;

- Mes copines de promotions ;

Pour tous les moments vécus en tant qu'étudiantes et pour tous ceux que nous continuons de vivre en tant que sages-femmes ;

- Charline et Auriane ;

Pour avoir été des colocs en or et pour toute l'aide que vous m'avez apportée pour ce mémoire, je ne saurais comment vous remercier.

Table des matières

Abréviations.....	1
Introduction.....	2
Méthodes	5
Schéma/Design de l'étude.....	5
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	5
Recueil de données	5
Variables étudiées	6
Critères de jugement principal/secondaire.....	8
Analyse statistique	8
Résultats	9
Discussion	16
Discussion de l'étude.....	16
Discussion des résultats.....	18
Conclusion	25
Références bibliographiques	26
Annexes	28
Annexe 1 :	28
Annexe 2 :	30
Annexe 3 :	33
Annexe 4 :	36
.....	36
.....	37

Abréviations

ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

ATCD : Antécédent

AVB : Accouchement par voie basse

BE : Diamètre bisiatique ou bi-épineux

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

EPF : Estimation du poids fœtal

HTA : Hypertension artérielle

IM : Indice de Magnin

IMC : Indice de masse corporelle

IRM : Imagerie par résonance magnétique

KTVO : Cathéter veineux ombilical

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MAVEU : Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine

MCE : Massage Cardiaque Externe

MFIU : Mort fœtale in-utéro

NPP : Non progression de la présentation

PRP : Diamètre promonto-rétro-pubien

SA : Semaines d'aménorrhées

TDM : Tomodensitométrie

TM : Diamètre transverse médian

VME : Version par manœuvre externe

Introduction

La présentation du siège représente environ 5% des naissances par an en France (1) mais le mode d'accouchement de ces présentations à terme est soumis à de nombreuses controverses et ce, depuis de nombreuses années. Certaines études, seraient en faveur d'une césarienne programmée alors que d'autres, plus récentes, seraient en faveur d'une tentative d'accouchement par voie basse. En octobre 2000, c'est l'étude **Term Breech Trial** d'Hannah et al. (2) qui a relancé le débat en bouleversant les pratiques de l'époque. Les résultats ont montré une mortalité périnatale et néonatale ainsi qu'une morbidité néonatale sévère significativement plus importante en cas d'accouchement par voie vaginale comparativement à une césarienne programmée. (17 pour 1039 [1,6%] vs 52 pour 1039 [5,0%]; RR 0,33 [95% CI 0,19–0,56]; $p < 0,0001$). À la suite de cette publication, le taux d'accouchement par voie vaginale des présentations du siège a mondialement chuté en faveur des césariennes avant travail avec, par exemple en France, un taux de césarienne avant travail pour présentation du siège à 74,5% en 2003 alors qu'il était de 42,6% dans les années 1990 (3). Les résultats de cette étude ont ensuite été remis en cause par la mise en évidence de ses nombreux biais, parmi lesquels des manquements au protocole, un manque de rigueur dans la sélection des patientes, et des pratiques obstétricales non harmonieuses (4 ; 5 ; 6).

L'étude multicentrique franco-belge **PREMODA** (7) publiée en 2004, à l'inverse du Term Breech Trial, a montré que sous réserve d'une sélection stricte des patientes, d'une surveillance attentive pendant le travail et de techniques obstétricales bien maîtrisées, l'accouchement par voie vaginale en cas de présentation du siège n'entraîne pas significativement d'augmentation de la morbidité et de la mortalité périnatale.

Ces résultats ne suffisent pas à inverser totalement la tendance et il persiste en 2016 un taux de césarienne pour siège relativement important au niveau national : 83,2% pour les primipares et 77,8% pour les multipares (1).

Après avoir conduit chacune des études, les instances françaises (7 ; 8), britanniques (9), américaines (10 ; 11) et canadiennes (12) s'accordent globalement pour dire que la voie basse est un mode d'accouchement envisageable pour les présentations du siège même s'il persiste des avis divergents (13).

On observe ainsi un changement des pratiques professionnelles depuis quelques années avec une modification du taux d'accouchement par voie basse. Cependant, des disparités importantes persistent selon les centres hospitaliers (entre moins de 5% et 60%).

Au centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes (CHUGA), un état des lieux a été réalisé en 2019, publié dans l'article de Rostang et al. (14), qui a montré que pour 51% des patientes présentant un fœtus singleton en présentation du siège à terme, une césarienne a été programmée et que dans 23 % des cas l'accouchement s'est déroulé par voie vaginale. Parmi les 45 % des patientes considérées comme éligibles à une tentative de voie basse, seules 44 % de celles-ci ont finalement accouché par voie vaginale. De ce travail de recherche a émergé des pistes d'amélioration comme la proposition d'un document de travail pour la mise en place d'un protocole de service (Annexe I) ainsi qu'une ébauche de fiche d'information des patientes sur l'accouchement du siège (Annexe II) dans le but d'harmoniser le discours médical. Dans son document de travail, l'équipe de Rostang et al. reprend les prises en charges déjà existantes au CHUGA, suivant les recommandations de bonne pratique, comme la réalisation de la consultation du 9^{ème} mois par un obstétricien, l'explication et la proposition systématique d'une version par manœuvres externes et en cas d'échec une discussion des modalités d'accouchement.

Cependant, elle propose une modification des critères d'éligibilité à la voie basse comme le fait de ne pas réaliser de pelvimétrie IRM en cas d'antécédent d'accouchement par voie basse d'un nouveau-né de plus de 3000g ; ou encore, lorsqu'une pelvimétrie IRM est réalisée, d'utiliser de nouvelles normes selon les critères de J-P. Schaal et D. Riethmuller (15) (PRP \geq 105 mm, un TM \geq 115 mm, BE \geq 95 mm, BI \geq 90 mm et un IM \geq 23) (16). Il est également noté dans sa proposition de protocole d'une discussion collégiale de ces dossiers lors d'un staff médical ainsi qu'une formation optimale théorique et pratique des jeunes obstétriciens.

Nous avons ainsi voulu étudier les évolutions des pratiques au sein de la maternité du CHUGA depuis cet état des lieux datant de 2019. Pour se faire, nous avons voulu comparer le taux d'accouchement par voie basse des fœtus singletons, vivants, en présentations du siège (complet, décomplété ou semi décomplété) à terme entre les années 2017 et 2020. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.

Méthodes

Schéma/Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective comparative monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes (CHUGA). L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 et du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Etaient éligibles toutes les patientes majeures ayant accouchées d'un nouveau-né singleton, vivant, en présentation du siège qu'il soit complet, décomplété ou semi-décomplété, à terme (37-42SA), au sein de la maternité de l'Hôpital Couple Enfant du CHUGA sur les années 2017 et 2020.

Nous avons exclu les patientes mineures, les patientes majeures protégées, les grossesses multiples, les morts-fœtales in-utéro, les accouchements prématurés (<37 SA), les patientes présentant une pathologie obstétricale indiquant d'emblée une césarienne ainsi que les fœtus avec une pathologie congénitale sévère.

Recueil de données

Les patientes ayant accouchées à terme d'un fœtus vivant singleton en présentation du siège ont été retrouvées à partir du registre papier des naissances. Les données ont ensuite pu être recueillies, au sein du CHUGA, à partir du logiciel Easily sur lequel se trouve les dossiers médicaux des patientes, et reportées de façon anonymisées dans un fichier Excel (un numéro a été attribué à chaque patiente dans l'ordre du recueil).

Variables étudiées

Les variables étudiées sont listées ci-dessous et sont classées en 3 catégories : les caractéristiques maternelles, et néonatales ainsi que les modalités d'accouchements.

- Caractéristiques maternelles : âge, IMC avant la grossesse, présence de comorbidités (diabète, HTA, pré-éclampsie ou autres pathologies)
 - Antécédents obstétricaux : parité, poids de naissance le plus important dans les antécédents, utérus cicatriciel.
 - Caractéristiques obstétricales : estimation du poids fœtal sur l'échographie de 36 ou 37 SA
 - La prise en charge de la grossesse : la tentative ou non de version par manœuvre externe (VME) et la décision de voie d'accouchement du STAFF.
 - Caractéristiques radiologiques (pelvimétrie par TDM ou IRM) : valeurs des diamètres promonto-rétro-pubien (PRP), transverse médian (TM), bisciatique ou bi-épineux (BE) et calcul de l'Indice de Magnin ($IM = PRP + TM$).

- Caractéristiques néonatales : le poids de naissance, le sexe du nouveau-né, le périmètre crânien, la recherche d'une acidose néonatale définie par un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie et/ou un pH artériel au cordon ombilical inférieur à 7.10, la réanimation en salle de naissance, le transfert en réanimation et sa cause.

- Les modalités d'accouchement :
 - Le terme à l'accouchement

 - Le mode d'accouchement : voie basse, césarienne programmée, césarienne en cours de travail.

 - Indication en cas de césarienne : dystocie dynamique, refus maternel de voie basse, bassin pathologique, absence de mise en travail spontané, siège inopiné, autres.

 - La réalisation de manœuvres lors de l'accouchement par voie basse : grande ou petite extraction en précisant Suzor ou Lovset, Mauriceau ou Bracht.

 - La survenue d'une complication lors de l'accouchement et sa gestion : rétention tête dernière dans les parties molles ou cervicales, relèvement des bras, brèche vaginale, hémorragie de la délivrance et cause de l'hémorragie. Injection de Nitronal, anesthésie générale, instruments spatules ou forceps, incision cervicale, manœuvre de Demelin.

 - La survenue d'une complication néonatale : traumatisme du rachis, fracture de l'humérus, fracture de la clavicule, hématomes.

 - L'état périnéal

Critères de jugement principal/secondaire

Le critère de jugement principal de notre étude est le taux d'accouchement par voie basse des présentations du siège (tentative de voie basse réussie). Le critère de jugement secondaire est la morbidité et mortalité maternelle et néonatale.

Analyse statistique

Dans un premier temps, il a fallu vérifier que nos deux populations étaient comparables. Pour cela nous avons comparé les caractéristiques maternelles et les caractéristiques néonatales entre les deux années 2017 et 2020. Puis, pour chaque année, les patientes ont été séparées en deux groupes « césarienne programmée » et « tentative d'accouchement par voie basse ».

Afin de comparer les données entre 2017 et 2020, nous avons réalisé des tests statistiques sur les données. Pour les données quantitatives, nous avons réalisé un test de Student. Les données qualitatives ont été codées pour réaliser un test de Chi-2.

Une valeur de p-value $< 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Le logiciel Jamovi version 2.2.5 a été utilisé pour réaliser l'analyse statistique.

Résultats

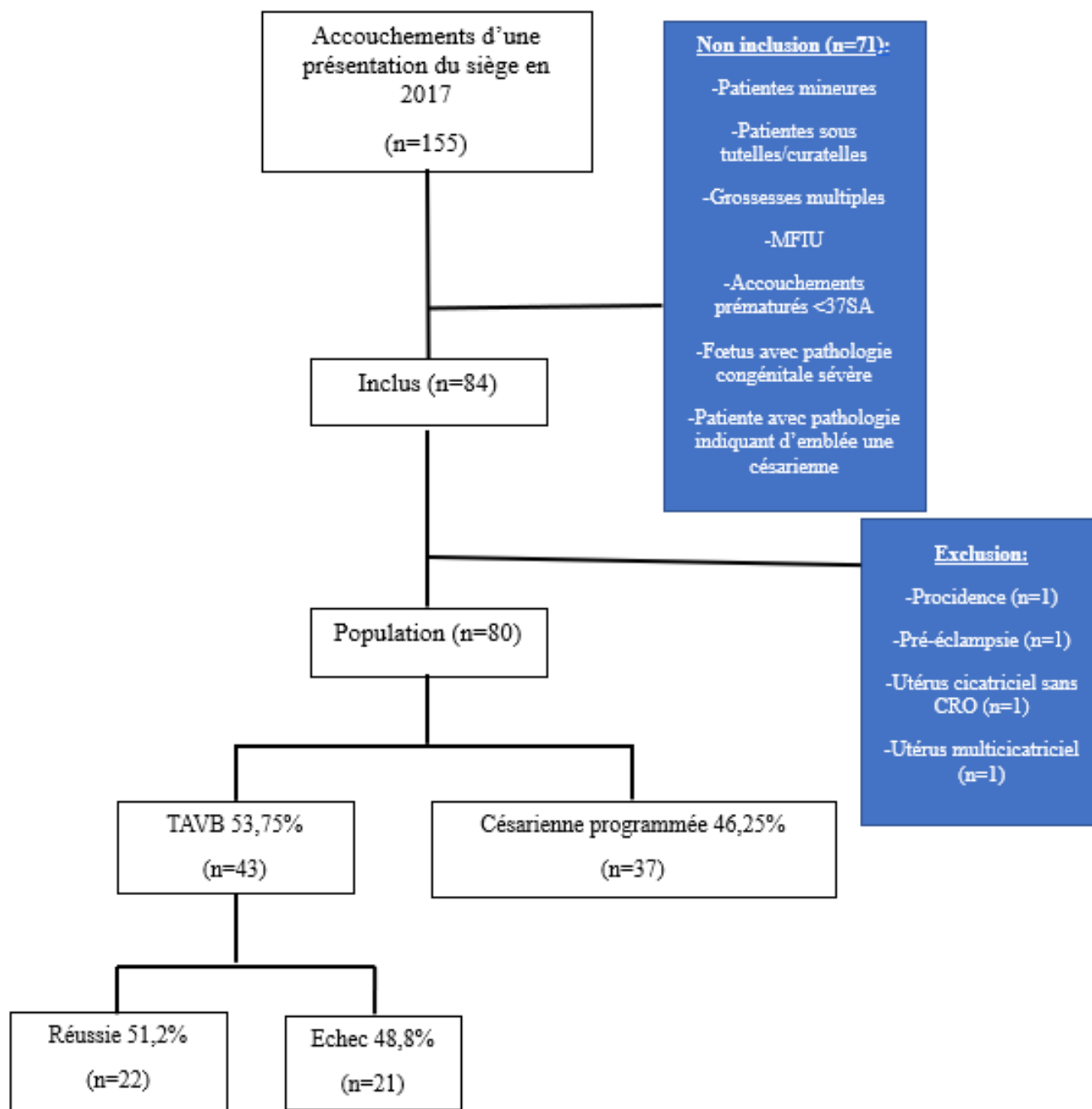


Figure 1 : Flow chart année 2017

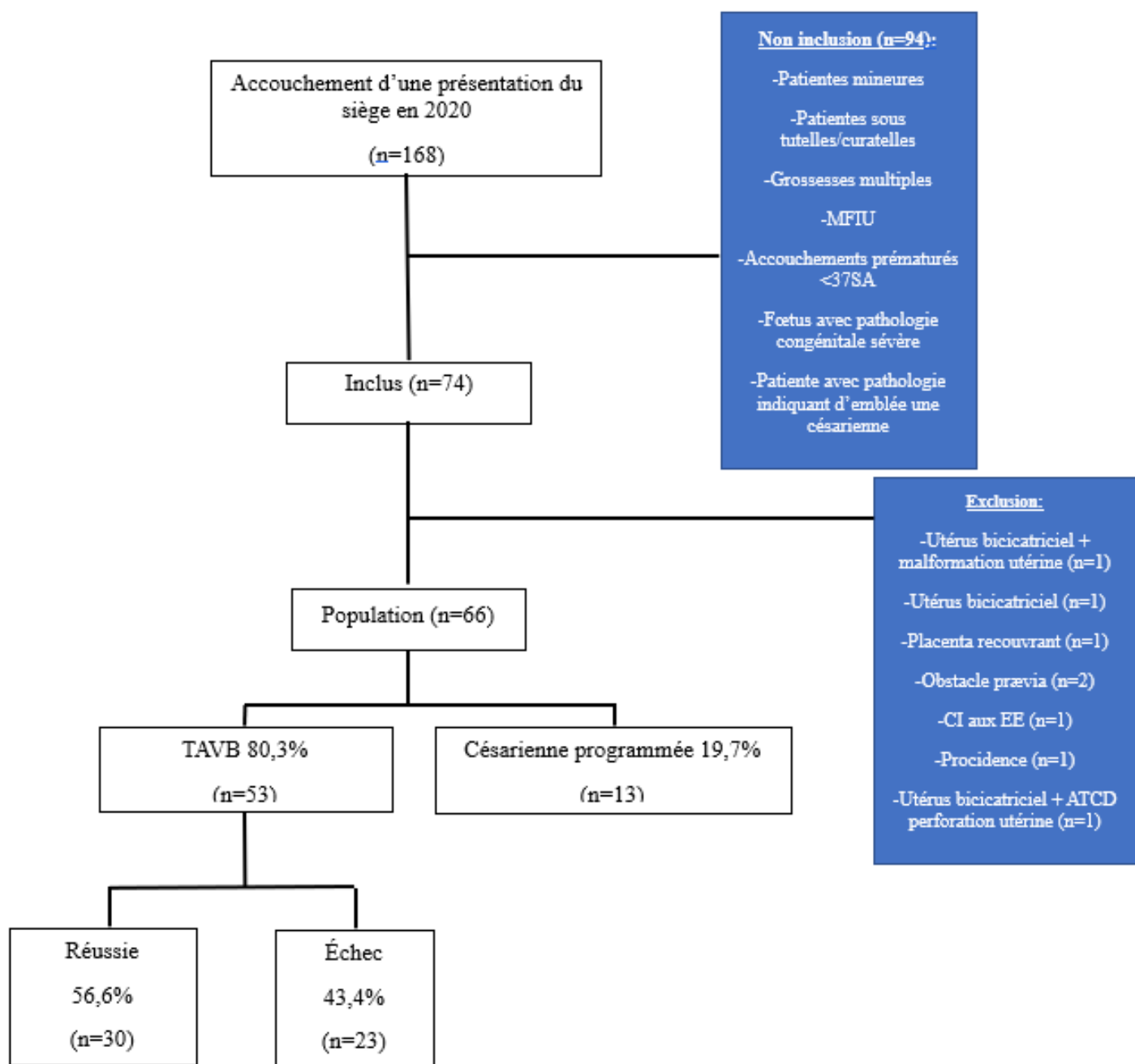


Figure 2 : Flow chat année 2020

Caractéristiques maternelles n (%)	2017 n=80	2020 n=66	p-value
Age (moyenne) en année	30,7 [29,6-31,9]	29,6 [28,5-30,8]	0,323
IMC avant la grossesse (moyenne) en kg/m ²	24,3 [23-25,5]	23,2 [22,2-24,2]	0,078
Comorbidités			0,615
- Malformation utérine	-2 (2,5)	-3 (4,5)	
- Diabète	-15 (18,75)	-10 (15,15)	
- Utérus myomateux	-1 (1,25)	-0	
- HTA	-1 (1,25)	-1 (1,5)	
- Cholestase	-2 (2,5)	-0	
- Autres	-2 (2,50)	-0	
Parité			0,291
- Nullipare	-44 (55)	-42 (63,6)	
- Multipare	-36 (45)	-24 (36,4)	
Poids de naissance le plus important dans ses ATCD (moyenne) en gramme	2975 [2710-3241]	3118 [2732-3504]	0,577
Utérus			0,085
- Sain	-68 (85)	-62 (94)	
- Cicatriciel	-12 (15)	-4 (6)	
EPF à 36-37 SA (moyenne) en gramme	2689 [2615-2763]	2718 [2625-2810]	0,675
Tentative de VME			0,344
- Ehec	-56 (70)	-40 (60,6)	
- Refus	-9 (11,25)	-12 (18,2)	
- Donné manquante	-15 (18,75)	-14 (21,2)	

Tableau I : Comparaison des caractéristiques maternelles

Au total, 146 patientes ont été incluses dans cette étude dont 80 pour l'année 2017 et 66 pour l'année 2020.

Il n'existe aucune différence significative entre nos deux populations sur les critères étudiés qui sont l'âge, l'IMC, les comorbidités, la parité, la présence de cicatrice utérine, le poids de naissance le plus important dans les antécédents, l'EPF à 36-37SA et la tentative de VME.

Caractéristiques obstétricales n (%)	2017 n=80	2020 n=66	p-value
Décision voie d'accouchement du STAFF			<0,05
- Césarienne programmée	-29 (36,25)	-6 (9,1)	<0,05
- Accord voie basse	-42 (52,5)	-56 (84,8)	<0,05
- Données manquantes	-9 (11,25)	-4 (6,1)	<0,05
Terme d'accouchement (moyenne) en SA	38,9 [38,6-39,2]	39,4 [39,1-39,7]	0,013
Mode d'accouchement			<0,05
- Césarienne programmée	-37 (46,25)	-13 (19,7)	<0,05
- TAVB :	-43 (53,75)	-53 (80,3)	<0,05
o Voie basse réussie	-22 (51,2)	-30 (56,6)	0,595
o Césarienne en cours de travail	-21 (48,8)	-23 (43,4)	>0,05
Indications en cas de césarienne			0,004
- Dystocie dynamique	-8 (13,8)	-16 (44,4)	<0,05
- Refus VB maternel	-14 (24,1)	-1 (2,75)	<0,05
- Bassin pathologique	-21 (36,2)	-6 (16,7)	<0,05
- Absence de mise en travail spontané	-4 (6,9)	-6 (16,7)	<0,05
- Siège inopiné	-4 (6,9)	-1 (2,75)	>0,05
- Autres (déflexion tête fœtale, ARCF, oligoamnios...)	-7 (12,1)	-6 (16,7)	<0,05
Manœuvres lors de l'AVB			0,746
- Petite extraction	-20 (90,9)	-28 (93,3)	
- Grande extraction	-2 (9,1)	-2 (6,7)	
- Suzor / Lovset	-19 (86,4)	-29 (96,66)	0,413
- Mauriceau / Bracht	-19 (86,4)	-26 (86,7)	0,091
- Données manquantes	-3 (13,6)	-5 (16,67)	
Complications obstétricales			0,571
- Rétention tête dernière	-5 (6,25)	-1 (1,5)	
- Relèvement des bras	-2 (2,5)	-1 (1,5)	
Gestion complication			0,360
- Injection de Nitronal	-4 (57,1)	-0	
- AG	-0	-0	
- Instruments spatules/forceps	-0	-0	
- Manœuvre de Demelin	-2 (28,6)	-1 (50)	
- Nitronal + AG + instruments	-1 (14,3)	-1 (50)	
Déchirures périnéales			0,006
- Périnée intact	-10 (45,45)	-7 (23,33)	
- 1 ^{er} degré	-5 (22,7)	-18 (60)	
- 2 ^e degré	-1 (4,55)	-4 (13,33)	
- Episiotomie	-6 (27,3)	-1 (3,33)	
Hémorragie de la délivrance	9 (11,25)	7 (10,6)	0,901
Cause de l'hémorragie			0,150
- Atonie utérine	-4 (44,4)	-2 (50)	
- Plaie artères utérines	-3 (33,3)	-0	
- Rétention partielle	-0	-2 (50)	
- Non indiquée	-2 (22,2)	-0	

Tableau II : Comparaison des modalités d'accouchement

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p < 0,001$) sur les décisions de voie d'accouchement prises au STAFF. Le taux de césarienne programmée a significativement diminué passant de 36,25% en 2017 à 9,1% en 2020 et le taux global de voie basse autorisée a significativement augmenté passant de 52,5% en 2017 à 84,8% en 2020. Le terme moyen d'accouchement a également augmenté significativement ($p < 0,05$) passant de 38,9 SA [38,6-39,2] en 2017 à 39,4 SA [39,1-39,7] en 2020.

A propos du mode d'accouchement, on retrouve une diminution statistiquement significative ($p < 0,05$) entre les deux populations pour le taux de césarienne programmée, une augmentation statistiquement significative pour le taux de tentative d'accouchement par voie basse mais pas de différence significative pour le taux de voie basse réussie. Pour les patientes incluses en 2017, on retrouve un taux de césarienne programmée de 46,25% ($n=37$) et un taux de tentative d'accouchement par voie basse de 53,75% ($n=43$). Parmi les tentatives d'accouchement par voie basse, 51,2% ($n=22$) patientes ont réellement accouchées par voie basse et 48,8% ($n=21$) patientes ont eu une césarienne en cours de travail. Pour les patientes incluses en 2020, on retrouve un taux de césarienne programmée de 19,7% ($n=13$) et un taux de tentative d'accouchement par voie basse de 80,3% ($n=53$). Parmi les tentatives d'accouchement par voie basse, 56,6% ($n=30$) patientes ont réellement accouchées par voie basse et 43,84% ($n=23$) patientes ont eu une césarienne en cours de travail.

Si l'on s'intéresse aux indications en cas de césarienne, on remarque une différence significative entre les deux populations ($p < 0,05$) : on note une diminution significative du taux de césarienne pour « refus VB maternel » (24,1% en 2017 contre 2,75% en 2020, une augmentation significative du taux de césarienne pour « dystocie dynamique » (13,8% en 2017 contre 44,4% en 2020) et une diminution significative du taux de césarienne pour « bassin pathologique » (36,2% en 2017 contre 16,7% en 2020).

Concernant les manœuvres lors de l'accouchement par voie basse, les complications obstétricales, les complications néonatales ainsi que les hémorragies de la délivrance, il n'y a pas de différence significative entre les deux populations. On note une différence significative au niveau des déchirures périnéales ($p < 0,05$) avec un taux de périnée intact de 45,45% en 2017 contre 23,33% en 2020, un taux de déchirure du 1^{er} degré passant de 22,7% en 2017 à 60% en 2020, un taux de déchirure du 2^e degré passant de 4,55% en 2017 à 13,33% en 2020 et enfin un taux d'épisiotomie passant de 27,3% en 2017 à 3,33% en 2020.

Caractéristiques néonatales n (%)	2017 n=80	2020 n=66	p-value
Poids de naissance (moyenne) en gramme	3182 [3091-3273]	3206 [3096-3316]	0,912
Sexe			0,837
- Masculin	-35 (43,75)	-30 (45,45)	
- Féminin	-45 (56,25)	-36 (54,55)	
Périmètre crânien (moyenne) en cm	35,1 [34,7-35,4]	34,9 [34,5-35,3]	0,518
Apgar<7 à 5mins			
-	-3 (3,75)	-2 (3)	0,825
pHa<7,10			0,123
-	-2 (2,5)	-2 (3)	
Réanimation en salle de naissance			
-	-15 (18,75)	-17 (25,75)	0,093
Transfert et cause			
- Détresse respiratoire	-3 (3,75)	-2 (3)	0,439
- Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine et hypothermie	-1 (1,25)	-0	

Tableau III : Comparaison des caractéristiques néonatales

Concernant les caractéristiques néonatales on ne retrouve pas de différence significative entre les deux populations étudiées.

Discussion

Discussion de l'étude

Il existe plusieurs biais au sein de notre étude. Les patientes ont été sélectionnées spécifiquement sur les années 2017 et 2020. Nous avons choisi l'année 2017 car il n'y avait pas encore eu l'état des lieux réalisé par Rostang et al. et le changement de pratique qui en a découlé. En 2018, l'équipe obstétricale s'est réorganisée, entraînant des changements de pratiques. L'année 2020 a été choisie puisque c'était la dernière année civile terminée au moment où nous avons débuté notre étude. Ces deux années nous ont ainsi permis de voir l'évolution et de faire un comparatif entre les anciennes et les nouvelles pratiques au CHUGA.

Cependant, le fait d'avoir limité notre étude à deux années a également limité nos effectifs avec seulement 80 patientes pour l'année 2017 et 66 pour l'année 2020 et a ainsi impacté la puissance de l'étude. De plus, en 2020, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a édité ses nouvelles recommandations pour la pratique clinique relatives aux présentations du siège (8) ce qui a entraîné un changement des pratiques professionnelles non imputable à l'état des lieux réalisé par Rostang et al. et a ainsi pu perturber nos résultats et donc ajouter un biais de confusion à notre étude.

La présentation du siège représente environ 5% des naissances par an en France (1), rapporté à l'échelle de notre établissement (au total 2454 accouchements en 2020) cela ferait environ 120 naissances en présentation du siège par an mais ce chiffre inclus les accouchements prématurés, les grossesses multiples et les MFIU. Notre établissement étant un centre hospitalier universitaire de niveau III, nous avons de ce fait une population plus importante de nouveau-nés prématurés et ainsi plus de naissances susceptibles en présentation du siège. Ceci justifie notre choix d'exclure les

nouveau-nés prématurés de notre étude pour nous focaliser sur les groupes dit à « bas risques » composés des foetus singletons nés à terme. Notre nombre d'inclusion est ainsi cohérent avec les 5% de siège espéré par rapport au nombre d'accouchement annuel.

Il existe également un biais de recueil lié au caractère rétrospectif de notre étude. En effet, les patientes ont été sélectionnées à partir des livrets d'accouchements papiers des années 2017 et 2020. Des erreurs de remplissage ou de recrutement ont pu être commises lors de cette première sélection. D'autres erreurs ont pu être commises lors du recueil des données sur le logiciel Easily. En effet, dans certains dossiers, les informations ne sont pas renseignées au bon endroit voire manquantes et ont ainsi pu être oubliées lors du recueil. De plus, il y a eu un changement de logiciel informatique en septembre 2017 au CHUGA avec l'arrivée d'Easily. Les dossiers médicaux informatisés des patientes ayant accouchés ou ayant débutés leur suivi obstétrical avant septembre 2017 étaient auparavant sur le logiciel CristalNet et ont depuis été transférés sur le logiciel Easily mais il y a pu avoir des pertes d'informations ou des erreurs de recopiage à ce moment-là.

Discussion des résultats

Les résultats ont montré que nos deux populations maternelles et néonatales étaient comparables sur de tous les critères étudiés : l'âge, l'IMC, les comorbidités, la parité, l'état de l'utérus, le poids de naissance le plus important dans les antécédents, l'EPF à 36-37SA et la tentative de VME.

A propos du terme moyen d'accouchement, nous avons choisi de l'exprimer en semaines d'aménorrhées révolues pour faciliter l'analyse statistique. Il a augmenté entre 2017 et 2020 ($p < 0,05$). Ce résultat est expliqué par un changement de pratique. En 2017, les césariennes pour absence de mise en travail spontanée, chez des patientes à bas risque obstétrical, étaient programmées à 39 semaines d'aménorrhées alors qu'en 2020 et depuis, elles sont programmées aux alentours de 41 semaines d'aménorrhées. Ces deux semaines de plus de gestation, permettent à un pourcentage non négligeable de patientes une mise en travail spontanée, réduisant ainsi le pourcentage de césariennes avant travail et de recours au déclenchement. Seules les multipares dont la perméabilité du bassin a été prouvée, par un antécédent d'accouchement par voie basse d'un nouveau-né de plus de 3000g, sont autorisées à atteindre 42 SA, sous surveillance rapprochée. Pour les patientes sans autorisation d'accouchement par voie basse, notamment en cas de bassin pathologique, une césarienne sera programmée à 39 semaines d'aménorrhées pour éviter une mise en travail spontanée.

Il existe une différence statistiquement significative sur les décisions de voie d'accouchement prises au STAFF ($p < 0,001$) : nous avons observé une diminution du taux de césarienne programmée (36,25% en 2017 contre 9,1% en 2020) et une augmentation du taux d'accord voie basse en 2020 (52,5% en 2017 contre 84,8% en 2020). En accord avec ces résultats, on retrouve ainsi une diminution du taux de naissance par césarienne programmée et une augmentation du taux de

tentative d'accouchement par voie basse sur l'année 2020. A propos des tentatives d'accouchement par voie basse, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les années pour le taux de voie basse réussie (51,2% en 2017 contre 56,6% en 2020).

Au niveau national, le CNGOF dans ses recommandations de 2020 sur les présentations du siège (8) déclare qu'une tentative de voie basse est réalisée pour un tiers des femmes avec un fœtus en présentation du siège à terme (avec un taux de succès de 70%). Ces résultats sont différents des nôtres car nous avons retrouvé un taux de tentative d'accouchement par voie basse de 80,3% en 2020 avec un taux de succès de 56,6%. Nous avons ainsi dans notre étude un taux de tentative d'accouchement par voie basse pour l'année 2020 quasiment deux fois supérieur à ce qui est énoncé dans les recommandations mais avec cependant un taux de succès inférieur aux recommandations notamment dû aux césariennes réalisées en urgence pour multiples raisons (dystocie dynamique, absence de mise en travail spontané etc..). Malgré ces résultats, il y a quand même intérêt à diminuer le nombre de césarienne programmées pour laisser une chance aux femmes de se mettre en travail spontanément et possiblement d'accoucher par voie basse.

L'Enquête Périnatale de 2016 (1) nous renseigne seulement sur le taux annuel de naissance par siège mais ne donne aucune information sur les modalités d'accouchement de ces femmes. L'enquête de J. Lansac et al. (17) basés sur les données AUDIPOG entre 1994 et 2010 a montré que le taux global de césarienne pour présentation du siège variait en fonction des régions avec par exemple 75,4% dans l'Ouest de la France contre 63,8% en Ile-de-France. Elle montrait également des différences dans ce taux de césarienne pour siège selon le niveau de maternité (augmentation plus importante dans les maternités de niveau I et diminution plus importante dans les maternités de niveau III) mais aussi selon le type de siège (taux plus important de césariennes pour les sièges complets que décomplétés).

On remarque une différence significative au niveau des indications de césarienne ($p < 0,05$) : d'une part, il y a une diminution importante du taux de césarienne pour « refus voie basse maternel ». Nous émettons l'hypothèse qu'une meilleure information des patientes à propos de l'accouchement par voie basse des présentations du siège est à l'origine de cette diminution importante de césarienne d'emblée (24,1% en 2017 contre 2,75% en 2020). L'accouchement voie basse par le siège est souvent vu comme quelque chose d'effrayant par la population générale souvent par fausses croyances. Nous pensons que des patientes bien informées sur l'accouchement par voie basse, sur les conditions nécessaires le jour J (absence de déflexion de la tête fœtale, diamètre bipariétal $< 100\text{mm}$, EPF $< 4000\text{g}$, RCF satisfaisant, travail harmonieux), l'environnement sécuritaire, les complications possibles mais surtout les moyens en notre possession pour gérer ces complications, l'expérience des obstétriciens à réaliser les manœuvres nécessaires etc... seront plus rassurées par cette voie d'accouchement et plus à même d'accepter de tenter l'accouchement par voie basse plutôt que de choisir d'emblée une césarienne programmée. Il aurait ainsi été intéressant d'utiliser la fiche d'information des patientes sur l'accouchement du siège rédigée par le Dr. Rostang. On note également une diminution du taux de césarienne pour « bassin pathologique » passant de 36,2% en 2017 à 16,7% en 2020 et une augmentation du taux de césarienne pour « dystocie dynamique » passant de 13,8% en 2017 à 44,4% en 2020. Lors de notre étude, nous avons remarqué qu'en 2017, la quasi-totalité des patientes à quelques exceptions près (91,25% des patientes) avaient eu une pelvimétrie, même les patientes multipares ou celles refusant l'accouchement par voie basse. En 2020, les pelvimétries n'étaient plus réalisées en systématique mais plutôt en fonction des antécédents de chaque patiente. Par exemple, les patientes ayant déjà accouchées par voie basse d'un nouveau-né de plus de 3000g n'en ont pas bénéficiées alors que les patientes nullipares ou celles ayant accouchées par voie basse d'un enfant de moins de 3000g ont dûes réaliser une pelvimétrie. En effet, pour les patientes dans la première situation, le poids de

naissance supérieur à 3000g lors d'un accouchement par voie basse atteste d'une perméabilité du bassin et permet ainsi de s'abstenir de réaliser une pelvimétrie. A l'inverse, les patientes nullipares ou ayant accouchées voie basse d'un enfant de moins de 3000g n'ont pas justifié la perméabilité de leur bassin et nécessitent la réalisation d'une pelvimétrie pour savoir si un accouchement par voie basse peut être envisageable ou non. Ainsi, certaines patientes multipares qui auraient un bassin qualifié de « pathologique » théorique si une pelvimétrie avait été faite ont quand même une autorisation d'accouchement par voie basse du fait de leur antécédent d'accouchement par voie basse d'une enfant de plus de 3000g. Cela expliquera en partie la diminution du taux de césarienne pour « bassin pathologique ». De plus, les critères de pelvimétrie retenus depuis quelques années étant moins stricts qu'avant, il y a depuis plus d'accord voie basse et moins de césariennes programmées pour motif de « bassin pathologique ».

Les critères de pelvimétrie retenus comme permettant une tentative d'accouchement par voie basse au CHUGA sont : un diamètre promonto-rétro-pubien ≥ 105 mm, un diamètre transverse-médian ≥ 115 mm, un diamètre bi-épineux ≥ 95 mm et un Indice de Magnin ≥ 220 mm (15) (16). L'indice de Magnin est la somme du diamètre transverse-médian et du diamètre promonto-rétro-pubien et détermine le pronostic de l'accouchement par voie basse. Les normes pelvimétriques énoncées dans les recommandations du CNGOF sont un diamètre promonto-rétro-pubien ≥ 105 mm, un diamètre transverse médian ≥ 120 mm et un diamètre bi-épineux ≥ 100 mm. On peut ainsi voir que les normes du CHUGA sont plus souples que celles du CNGOF et permettent ainsi à plus de patientes d'obtenir une autorisation d'accouchement par voie basse.

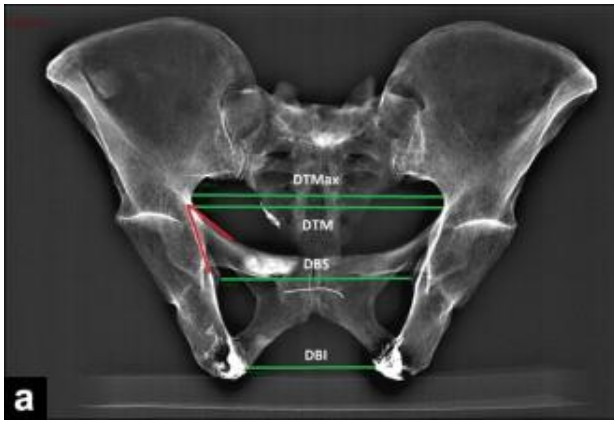


Figure 1 : Coupe coronale du bassin en pelviscan

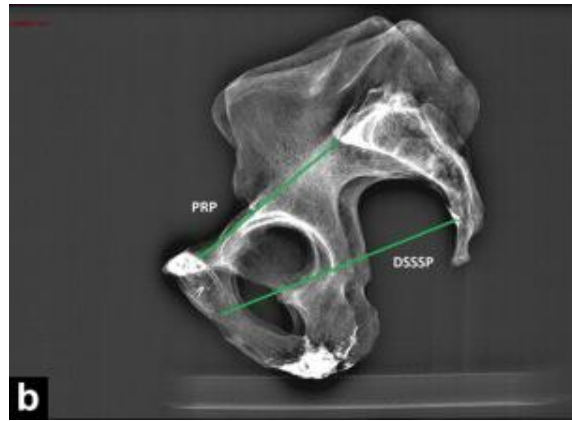


Figure 2 : Coupe sagittale du bassin en pelviscan

L'augmentation du taux de césarienne pour dystocie dynamique peut être expliquée par l'augmentation du nombre de tentatives d'accouchement par voie basse. En effet, lors du travail, une présentation du siège sollicite moins le col de l'utérus qu'une présentation céphalique fœtale ce qui entraîne une moins bonne dilatation. Des stagnations de la dilatation peuvent ainsi avoir lieu plus fréquemment. De plus, il est peu admis de réaliser un accouchement instrumental sur ces présentations en cas de non-progression et / ou non engagement du mobile fœtal à dilatation complète.

On remarque une différence entre les deux groupes concernant les déchirures périnéales ($p < 0,05$) : on note une diminution du nombre de périnée intact (45,45% en 2017 contre 23,33% en 2020), une augmentation importante des déchirures dites du 1^{er} degré (22,7% en 2017 contre 60% en 2020), une augmentation des déchirures du 2^{ème} degré (4,55% en 2017 contre 13,33% en 2020) et une franche diminution du taux d'épisiotomie (27,3% en 2017 contre 3,33% en 2020). Pour faciliter l'analyse statistique, nous avons fait le choix de regrouper les éraillures avec les déchirures du 1^{er} degré. Pour les déchirures du 2nd degré, une augmentation du taux d'accouchement par voie basse des présentations du siège pourrait expliquer cette augmentation tout comme la diminution importante de la pratique de l'épisiotomie.

En effet, depuis quelques années, on assiste à une réduction drastique de la pratique de l'épisiotomie tant au niveau local que national. Au début des années 2000, on retrouvait des taux importants d'épisiotomie au niveau national comme le montrent les résultats de l'enquête de J. Lansac et al. (17) basés sur les données AUDIPOG entre 1994 et 2010 avec un taux moyen d'épisiotomie de 67,3% pour les présentations du siège et un taux de 37,2% pour les naissances par le sommet. Depuis les recommandations du CNGOF en 2005 (18) montrant l'absence de bénéfice de l'épisiotomie dans la prévention des lésions sévères du périnée, on observe une diminution au niveau national du taux d'épisiotomie (20% des accouchements par voie basse en 2016 contre 27% en 2010) (1) mais avec une répartition inégale entre les régions (en 2016 20,2% pour la région Auvergne-Rhône-Alpes ; le taux le plus faible étant de 8,8% pour la région Bourgogne-Franche-Comté et le plus important étant de 24,2% pour la région parisienne) (1). Le taux d'épisiotomie au sein de la maternité du CHUGA étant de 1,32% en 2020, on voit donc que le CHUGA est parmi les centres hospitaliers avec les taux d'épisiotomie les plus faibles de France.

A propos des complications au moment de l'accouchement, nous avons retrouvées six cas de relèvement des bras (cinq en 2017 et un en 2020) et deux cas de rétention tête dernière (un en 2017 et un en 2020). Leurs gestions étaient comparables entre les années 2017 et 2020 car les rétentions tête dernière étaient à chaque fois solutionnées par une injection de Nitronal (sauf une fois par année où une anesthésie générale et l'utilisation d'instruments à type de spatules ou forceps a été nécessaire) et les relèvements des bras étaient résolus par des manœuvres de Demelin.

Au niveau des caractéristiques néonatales, l'analyse n'a retrouvé aucune différence statistique entre les deux populations concernant notamment le score d'Apgar <7 à 5 minutes, le pHa<7.10, la réanimation en salle de naissance ou le transfert en néonatalogie et sa cause. Nous n'avons ainsi pas constaté de différence statistiquement significative entre nos deux années concernant la morbidité et la mortalité néonatale malgré l'augmentation du taux de tentative d'accouchement par voie basse. Notre étude semble donc montrer que l'état néonatal est indépendant de la voie d'accouchement. Ces résultats encouragent ainsi à poursuivre la volonté du CHUGA de vouloir augmenter le taux d'accouchement par voie basse des présentations du siège à terme et ainsi diminuer le taux de césarienne pour présentation du siège et par conséquent le nombre d'utérus cicatriciel.

Conclusion

A travers cette étude, nous constatons ainsi une augmentation du taux de tentative d'accouchement par voie basse mais sans augmentation significative du taux d'accouchement par voie basse réussie (51,2% contre 56,6%). Cela est dû aux césariennes réalisées en urgence pour multiples raisons (dystocie dynamique, absence de mise en travail spontané etc..). Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée au niveau de la morbidité et mortalité néonatale et maternelle. Il y a ainsi intérêt à réduire les indications de césariennes programmées aux seules raisons obstétricalement admises (bassin pathologique, utérus multicatriciel) puisque les tentatives d'accouchement par voie basse et les voies basses réussies n'augmentent pas la morbi-mortalité maternelle et néonatale. De plus, cela permettra également de réduire le nombre d'utérus cicatriciel futur.

Il serait intéressant de faire une étude à plus grande échelle pour pouvoir comparer les pratiques au sein de différents établissements de différents niveaux. Il semblerait aussi intéressant de comparer le taux de tentatives d'accouchements par voie basse des présentations du siège à terme ainsi que le taux d'accouchement par voie basse réussie entre les patientes nullipares et multipares.

Références bibliographiques

1. INSERM, DRESS. Enquête Nationale Périnatale. 2016.
2. Hannah ME, H. W. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicenter trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Term Breech Trial Collaborative Group. 2000.
3. Caravol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France : 1972-2003. ScienceDirect. 2006.
4. Glezerman M. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial . American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006.
5. P Hehir M, D Malone F. The dilemma of vaginal breech delivery worldwide. Lancet. 2014.
6. Carbonne B. Hannah's term breech trial: for whom the bell tolls? Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2006.
7. M. Carayol, S. Alexander, F. Goffinet . Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA (PREsentation et MODE d'Accouchement). La Revue Sage-femme. 2004.
8. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : La présentation du siège. 2020.
9. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. BJOG: Int J Obstet Gy. 2016;123(1):49-57. DOI: 10.1111/1471-0528.13524
10. ACOG Committee Opinion No. 745 Summary: Mode of Term Singleton Breech Delivery. Obstetrics & Gynecology. 2018;132(2):531-2. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002756
11. Recommendations of the FIGO committee on perinatal health on guidelines for the management of breech delivery. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1995;58(1):89-92. DOI: 10.1016/0028-2243(95)90002-0
12. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, directeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;2019(5). DOI: 10.1002/14651858.CD000166.pub2

13. Kotaska A, Menticoglou S. No. 384-Management of Breech Presentation at Term. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2019;41(8):1193-205. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.018
14. Rostang C. Mode d'accouchement des présentations du siège à terme. Etude rétrospective dans une maternité de niveau III. 2019.
15. Schaal J-P, Riethmuller D. Dystocies Osseuses. EMC - Obstétrique. 2009.
16. Broche D-E, Maillet R, Curie V, Ramanah R, Riethmuller D, Schaal J-P. Accouchement en présentation du siège. EMC - Obstétrique. 2008.
17. J. Lansac J, Crenn-Hebert C, Rivière O, Vendittelli F. Comment naissent en France les enfants uniques à terme en présentation du siège ? Une enquête d'après les données AUDIPOG. 2014.
18. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Episiotomie. 2005.

Annexes

Annexe 1 :

Annexe 1 : Document de travail de protocole

Protocole de prise en charge d'une présentation du siège à terme

Consultation du 9^{ème} mois avec un obstétricien sénior ou CCA :

- explications systématiques de la VME en cas de présentation podalique persistante en 38^{ème} SA,
- remise de la fiche d'information sur la VME,
- programmation sans délai d'une VME en cas d'accord de la patiente.

En cas d'échec ou de refus de la VME, patiente sera revue par un obstétricien quelques jours après pour des explications sur l'accouchement du siège et la remise de la fiche d'informations sur le siège (pas de choix de stratégie immédiatement après l'échec de VME).

Les critères d'éligibilité à la voie basse :

- en cas d'ATCD d'accouchement par VB, bassin considéré comme perméable si l'enfant était de poids ≥ 3000 g (pas de pelvimétrie IRM)
- pour un bassin n'ayant pas fait la preuve de sa perméabilité : pelvimétrie IRM
 - o radiopelvimétrie normale selon les critères de Schaal JP avec :
PRP ≥ 105 mm, TM ≥ 115 mm, BE ≥ 95 mm, BI ≥ 90 mm et IM ≥ 23 .
Tous ces critères doivent être validés.
- absence de macrosomie fœtale avérée à l'échographie du troisième trimestre (ensemble de la biométrie supérieur $> 90^{\text{ème}}$ percentile) ;
- absence de déflexion primitive de la tête fœtale à l'échographie du 3^{ème} trimestre.

Contre-indications : sont les contre-indications classiques à la voie basse de tout accouchement, tant sur le versant maternel que fœtal

Après cette démarche de 1 à 2 consultations ± VME, le dossier doit être présenté en staff médical pour validation de la stratégie obstétricale :

1. si tentative de VB validée en staff médical = gestion du terme :
 - pour la nullipare : césarienne programmée à 41 SA et honnête épreuve du travail avant 41 SA
 - prolongation jusqu'à 42 SA autorisé chez la multipare au cas par cas et possibilité de déclenchement au cas par cas

NB : En cas de refus de la patiente à une tentative de VB : consultation sans délai de 2^e avis avec un PH expérimenté ou PU-PH.

2. si césarienne programmée validée en staff médical : programmation de la césarienne à 39 SA révolues

CE DOCUMENT N'EST PAS UN PROTOCOLE VALIDÉ MAIS UNE BASE DE TRAVAIL POUR UNE VALIDATION SECONDAIRE COLLÉGIALE
--

Annexe 2 :

Annexe 2 : Fiche d'information des patientes

Accouchement par le siège à terme

Vous avez fait l'objet d'une information préalable sur la version par manœuvre externe et soit celle-ci a échoué soit vous l'avez refusée.

Votre futur enfant se présente donc par le siège comme environ 5 % de l'ensemble des fœtus.

Pour vous et votre futur enfant, toutes les conditions pour tenter, sans sur-risque, une naissance par voie vaginale devront être analysées. Une évaluation radiologique du bassin sera réalisée si vous n'avez jamais accouché au préalable et l'ensemble des données médicales de votre dossier seront prises en compte. Les données médico-obstétricales conditionnant l'accouchement par voie vaginale seront évaluées par notre équipe d'obstétriciens qui, le cas échéant, validera collégalement l'option de l'épreuve du travail. Dans le cas contraire, une césarienne sera programmée à 39 semaines d'aménorrhées révolues.

Cette information a pour but, non pas de vous faire peur, mais de renforcer les explications qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous donner les principes, les avantages et les inconvénients potentiels d'une naissance par voie vaginale.

Qu'est-ce qu'une présentation du siège ?

La présentation du siège correspond une position particulière du fœtus, fesses ou pieds en bas. Elle est moins habituelle que la présentation tête en bas mais reste une présentation normale dite longitudinale.

Comment se déroule un accouchement naturel par le siège ?

L'accouchement du siège nécessite un environnement médical.

La présence de l'obstétricien, de l'anesthésiste et du pédiatre est nécessaire au moment des efforts de poussée pour garantir la sécurité. L'obstétricien réalisera des manœuvres d'accompagnement au moment de l'expulsion pour faciliter la naissance. Les obstétriciens de notre service ont tous eu une solide formation à ces pratiques et ont une expérience certaine.

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

L'accouchement par voie vaginale d'une présentation du siège est un acte courant dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.

L'anesthésie péridurale est fortement conseillée car le travail est classiquement un peu plus long et pour permettre la réalisation de manœuvres obstétricales au moment de l'accouchement.

Le travail doit être progressif et régulier. La tolérance fœtale aux contractions et le bien-être du fœtus sont surveillés (par un enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal) pendant toute la durée de l'accouchement.

Le recours à la césarienne en cours de travail sera un peu plus fréquent par rapport à une présentation tête en bas. Une césarienne peut être réalisée même à dilatation complète et après tentative d'efforts expulsifs, si l'enfant ne descend pas convenablement dans le bassin.

Rarement, des incidents peuvent survenir : la tête peut être retenue dans la filière génitale. Des manœuvres immédiates sont alors prodiguées pour permettre son dégagement. Un traitement pour faciliter le relâchement de l'utérus est souvent utilisé dans ce contexte.

Parfois l'obstétricien s'aide d'instruments comme les spatules.

L'anesthésiste peut être rarement amené à réaliser une anesthésie générale. Les lésions traumatiques sévères sont exceptionnelles.

Quel est l'intérêt d'un accouchement par voie vaginale par rapport à une césarienne ?

Pour l'enfant, les risques de traumatisme liés à la naissance existent quelque soit le mode d'accouchement, voie vaginale ou césarienne. Il semble également que le futur enfant né par césarienne soit plus exposé à des problèmes d'allergie, d'asthme, d'obésité et de diabète.

Bien que la césarienne soit une opération très courante aux suites simples la plupart du temps, il s'agit d'une intervention chirurgicale qui expose à des risques spécifiques pour la mère :

- pendant l'opération : plaie des organes de voisinage (vessie, voies urinaires, l'intestin, vaisseaux sanguins) nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique ;
- hémorragie de l'utérus pouvant menacer la vie, nécessitant une transfusion sanguine et de façon exceptionnelle l'ablation de l'utérus pour arrêter le saignement.

- dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont souvent douloureuses. Un hématome ou une infection de la cicatrice peuvent survenir. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine) ou d'une embolie pulmonaire.

- exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter des traitements spécifiques, voire une ré-intervention. Comme toute chirurgie, la césarienne peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Les suites d'une césarienne et la durée d'hospitalisation sont un peu plus longues que celles d'un accouchement par les voies naturelles. La cicatrice utérine fragilise ce qui expose, lors des autres grossesses au risque de rupture utérine.

Nous restons à votre disposition pour toute information supplémentaire. En cas de difficultés, une nouvelle consultation médicale pourra vous être proposée.

L'équipe obstétricale.

Le risque de césarienne répétée pour les grossesses suivantes sera majoré, même si un accouchement par les voies naturelles peut le plus souvent être envisagé par la suite.

En pratique !

Vous devez dans tous les cas vous présenter à la maternité en cas de contractions utérines régulières et douloureuses, de perte de liquide amniotique ou de sang.

En cas de mise en travail spontané, votre situation sera réévaluée en salle des naissances.

Si vous avez été programmée pour une césarienne, celle-ci sera réalisée à 39 SA révolues sauf cas particulier.

Si vous n'avez jamais accouché et que vous êtes éligible à un accouchement par voie basse, une césarienne sera réalisée à 41 SA si vous n'avez pas accouché avant.

Si vous avez déjà accouché, une prolongation de la grossesse au-delà de 41 SA sera discutée au cas par cas.

CE DOCUMENT N'EST PAS UNE FICHE D'INFORMATION VALIDÉE MAIS UNE
BASE DE TRAVAIL POUR UNE VALIDATION SECONDAIRE COLLÉGIALE

Annexe 3 :



NOTICE D'INFORMATION SUR UN PROJET DE RECHERCHE

Accouchement des présentations du siège : quelle évolution au sein de la maternité du CHU de Grenoble ? Etude de type « avant-après » implantation d'un protocole.

Madame, Monsieur,

Cette fiche vous informe d'un projet de recherche, planifié ou en cours, organisé par le service de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U. Grenoble Alpes. Nous vous remercions d'avance d'en prendre connaissance.

DESCRIPTIF DE L'ETUDE

Cette recherche consiste à comparer le taux d'accouchement par voie basse des présentations du siège à terme à l'Hôpital Couple-Enfant à la suite de l'instauration d'un nouveau protocole en 2019. L'objectif secondaire de cette étude est d'étudier l'évolution des complications maternelles et néonatales. Cette étude devrait débuter en novembre 2021 et il est prévu qu'elle s'achève en mai 2022.

BENEFICES, CONTRAINTES ET RISQUES

Ce projet utilisera les données du dossier médical de patients pris en charge dans ce service, pour faire progresser les connaissances et les pratiques médicales. Seules des données normalement acquises dans le cadre d'une prise en charge seront utilisées.

La prise en charge d'un patient n'est aucunement modifiée par l'utilisation de ses données médicales ou par son opposition à cette recherche.

CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de données personnelles va être mis en œuvre.

Les données que nous prévoyons de collecter sont les suivantes :

- Date de naissance, sexe, poids si mentionné
- Comorbidités, parité, antécédent d'accouchement par voie basse d'un enfant de plus de 3000g, antécédent de césarienne
- Estimation du poids fœtal sur la dernière échographie, tentative ou non de version par manœuvre externe
- Terme à l'accouchement, mode d'accouchement, indication en cas de césarienne, réalisation ou non de manœuvres
- Survenue d'une complication et sa gestion, complications néonatales
- Déchirures périnéales, survenue ou non d'une hémorragie et sa cause
- Valeurs de la ~~scano~~ pelvimétrie
- Poids de naissance de l'enfant, sexe, périmètre crânien, score d'APGAR, réalisation ou non d'une réanimation en salle de naissance, transfert ou non en réanimation et cause du transfert.

Pour les années 2017 et 2020 uniquement.

VOS DROITS

Vous disposez de droits d'accès et de rectification, d'opposition et d'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL).

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

- Si vous ne vous opposez pas à l'utilisation des données de votre dossier médical, vous n'avez rien à faire.
- Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données pour ce projet, vous pouvez :
 - En parler directement au personnel du service que vous rencontrez aujourd'hui.
 - Contacter le responsable de l'étude ou le délégué à la protection des données (voir ci-dessous).

VOS CONTACTS

Pour exercer vos droits, ou pour toute question à ce sujet :

VOS DROITS

Vous disposez de droits d'accès et de rectification, d'opposition et d'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL).

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

- Si vous ne vous opposez pas à l'utilisation des données de votre dossier médical, vous n'avez rien à faire.
- Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données pour ce projet, vous pouvez :
 - En parler directement au personnel du service que vous rencontrez aujourd'hui.
 - Contacter le responsable de l'étude ou le délégué à la protection des données (voir ci-dessous).

VOS CONTACTS

Pour exercer vos droits, ou pour toute question à ce sujet :



- Vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du CHU Grenoble Alpes par mail (protection-donnees@chu-grenoble.fr) ou par téléphone au 04.76.76.82.02
- Une demande peut aussi être envoyée par courrier à CHU Grenoble Alpes, Délégué à la Protection des Données, CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 09.
- Vous pouvez demander un formulaire d'opposition à l'accueil du service Gynécologie-Obstétrique



Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le responsable ci-dessous :

Investigateur responsable de l'étude : Dr. Pierre-Louis FOREY Coordonnées : CHU Grenoble Alpes, Pôle Gynécologie - Obstétrique CS10217 CHU, 38043 GRENOBLE Cedex 09 Mail : plforey@chu-grenoble.fr Tel : 04 76 76 66 77	Organisme responsable du traitement des données : CHU Grenoble Alpes Coordonnées : CHU Grenoble Alpes - DRCI Pavillon Dauphiné – Rez-de-chaussée CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9 Tel : 04 76 76 59 57
--	---



FORMULAIRE D'OPPOSITION

<Nom projet>

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Je soussigné(e) Madame/Monsieur (nom et prénom) demande à faire valoir mon droit d'opposition à l'utilisation des données à caractère personnel de mon dossier médical (ou du dossier de mon enfant) dans le cadre de cette recherche.

Date : ___/___/___

Signature :


Formulaire à renvoyer à :

**CHU Grenoble Alpes, Délégué à la Protection des Données
CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 09**

Ou à remettre au secrétariat du service médical qui transmettra

Ou en version scannée par  à protection-donnees@chu-grenoble.fr

Annexe 4 :

	ENGAGEMENT DE L'INVESTIGATEUR
---	-------------------------------

ENGAGEMENT DE L'INVESTIGATEUR RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

Titre de la recherche : « »	
Nom de l'investigateur : Dr Pierre-Louis FOREY	
Service Gynécologie-obstétrique du CHU Grenoble Alpes – CS 10217-38043 Grenoble Cedex 09	
☎ 04 76 76 66 77, ✉ p.lforey @chu-grenoble.fr	
Nom du contact projet :	
Service du CHU Grenoble Alpes – CS 10217-38043 Grenoble Cedex 09	
☎ 04 76 76 @chu-grenoble.fr	
Responsable du traitement des données : CHU Grenoble Alpes	

L'investigateur est tenu de conduire la recherche conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et dans le respect de la déclaration d'Helsinki. Le promoteur est tenu de s'assurer que ces principes sont respectés.

Avant le démarrage de l'étude

- L'investigateur s'engage à transmettre le protocole complet au promoteur avec l'ensemble des pièces requises pour la validation de la mise en œuvre du projet. Il veille à transmettre chaque modification ou version nouvelle du protocole au promoteur.
- L'investigateur s'engage à suivre la méthodologie de référence pour le traitement des données personnelles opérés dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine (MR-004) ou le cas échéant à effectuer une demande d'autorisation auprès de la CNIL.
- Dans le cas où l'investigateur serait amené à utiliser les données obtenues dans les locaux d'une autre structure que le CHUGA, celui-ci s'engage à le faire pour le compte du CHUGA et sans en autoriser l'accès à un tiers.
- L'investigateur s'engage à ne pas commencer la recherche ni inclure avant obtention de l'autorisation de la DRCI.
- L'investigateur s'engage à former et à informer tout le personnel concerné par l'étude.
- L'investigateur s'engage à accepter les entretiens périodiques avec les ARCs de la DRCI pour permettre le suivi administratif de l'étude.
- L'investigateur s'engage à fournir des rapports intermédiaires (inclusions...).



Pendant l'étude

- L'investigateur s'engage à respecter scrupuleusement le protocole et ses annexes.
- L'investigateur s'engage à stocker les données dans un sous-répertoire de son pôle clinique de rattachement et à le partager avec le responsable de son service.
- L'investigateur s'engage à soumettre par écrit à la DRCI toute modification apportée au protocole (prolongation de la durée, changement du ou des critère(s) d'inclusion(s) et/ou non-inclusion(s), nouvel intervenant...). La DRCI étudie et qualifie chaque modification apportée (substantielle, non substantielle, pour information). L'investigateur s'engage donc à attendre l'aval de la DRCI avant de procéder à d'éventuelles modifications.
- L'investigateur s'engage à informer la DRCI de l'arrêt anticipé ou de la fin de l'essai.

Après l'étude

- L'investigateur s'engage à transmettre à la DRCI un rapport final établi dans un délai d'un an suivant la fin de l'essai.
- L'investigateur s'engage à ne conserver les données qu'au maximum deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche et au maximum 10 ans ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles font ensuite l'objet d'un archivage (papier ou électronique) pour une durée maximale de 20 ans. Passé ce délai, l'investigateur s'engage à effacer les données.
- L'investigateur s'engage à archiver pendant au moins 15 ans les documents sources et tous les documents de l'étude (déclaration de non-opposition, protocole...).
- L'investigateur s'engage à mentionner dans les publications l'identité du responsable du traitement des données.

<p>Date et Signature de l'investigateur précédées de la mention « lu et approuvé »</p> <p>Le <i>Lu et approuvé</i></p> <p>Pr <i>[Signature]</i></p> <p>Dr Pierre-Louis FOREY <small>Chef de Clinique des Universités Assistant des Hôpitaux Pôle de Gynécologie - Obstétrique CHU Grenoble Alpes</small></p>	<p>Date et Signature du promoteur</p> <p>Le</p> <p>Mme Monique SORRENTINO La directrice générale</p>
---	---

Engagement fait en un exemplaire conservé par le CHU Grenoble Alpes. Une copie sera transmise après signature à l'investigateur ou au contact du projet (le cas échéant).

Résumé

Objectifs : Comparer le taux d'accouchement par voie basse d'un fœtus singleton en présentation du siège à terme au sein de la maternité de niveau III du CHU de Grenoble-Alpes entre 2017 et 2020. Evaluer secondairement la morbidité et mortalité maternelle et néonatale.

Matériel et méthodes : Etude observationnelle rétrospective, comparative, monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes (CHUGA) sur les années 2017 et 2020 incluant toutes les patientes majeures ayant accouchées à terme (37-42 SA) d'un nouveau-né vivant, singleton en présentation du siège.

Résultats : 146 patientes ont été incluses, 80 pour l'année 2017 et 66 pour l'année 2020. A propos du mode d'accouchement, on retrouve une augmentation significative du taux de tentative d'accouchement par voie basse sans augmentation de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale mais sans différence statistiquement significative au niveau du taux d'accouchement par voie basse réussie.

Conclusion : D'après nos résultats, nous ne retrouvons pas d'augmentation significative du taux d'accouchement par voie basse réussie malgré une augmentation du taux de tentative d'accouchement par voie basse. Une évaluation adéquate des facteurs affectant la probabilité de succès de l'accouchement par voie basse est nécessaire par l'équipe obstétricale.

Mots Clefs : accouchement du siège, morbidité et mortalité maternelle et néonatale, césarienne, tentative de VB

Abstract

Objectives: Compare the rate of vaginal delivery at full-term for breech's presentation in the level III maternity ward of the University Hospital of Grenoble-Alpes (CHUGA) for the years of 2017 and 2020. Evaluate the maternal and neonatal morbidity and mortality.

Materials and methods: Observational, retrospective, comparative, monocentric study realised at the CHUGA in 2017 and 2020 including all adults patients who delivered a breech singleton alive newborns at full-term (37-42 weeks).

Results: 146 patients were included, 80 for the year of 2017 and 66 for 2020. Our study as shown a significant increase of the vaginal delivery attempt rate without a significant difference for successful vaginal delivery rate. The maternal and neonatal morbidity and mortality was not impacted.

Conclusion: Regarding our results, we do not find a significant increase of the successful vaginal delivery rate despite a significant increase of the vaginal delivery attempt rate. Factors that may affect the successful delivery rate should be reevaluate by the obstetric team.

Keywords : breech delivery, maternal and neonatal morbidity and mortality, vaginal delivery, caesarean section.