

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE -FEMME

Réalisé au sein de l'Université Claude Bernard-Lyon 1

UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de formation Maïeutique de Bourg en Bresse

Prise en charge de l'accouchement du siège au CH de Bourg en Bresse.

Comparaison des modalités d'accouchement sur deux périodes 2009/2010 et 2019/2020.

Mémoire présenté et soutenu par

Charlotte Perrignon

Née le 2 février 1999

Année universitaire 2021-2022

Docteur Clothilde Taquet, gynécologue obstétricien au Centre hospitalier de Bourg en Bresse : Directrice de mémoire

Madame Myriam Michel, sage-femme enseignante, Site de Formation de Bourg en Bresse : Guidante de mémoire

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement,

Mme Taquet Clothilde, gynécologue-obstétricien au centre hospitalier de Bourg en Bresse, directrice de ce mémoire, de m'avoir aidée dans les prémices de mon travail permettant ainsi d'avoir de bases solides pour la suite de l'étude.

Mme Michel Myriam, sage-femme formatrice à l'école de Bourg en Bresse, guidante de ce mémoire, pour ses précieux conseils, sa disponibilité, son écoute et son implication dans ce travail.

Mr Gaucher Laurent, sage-femme et professeur assistant haute école de Genève, pour son aide et sa disponibilité sur l'analyse statistique de mes résultats.

L'équipe du DIM et le personnel des archives du Centre hospitalier de Bourg en Bresse pour leur aide dans mes recherches.

L'équipe de l'école de sage-femmes de Bourg en Bresse, spécifiquement Bérengère, Paola et Myriam, sage-femmes enseignantes, pour leur bienveillance et leur écoute durant ses 4 années.

Ma famille, mes parents et mes sœurs pour leur soutien, leur fierté et leur amour. Dédicace à Camille, pour ses conseils médicaux apportant de la richesse à ce travail.

Mes colocataires, Camille, Chloé et Philippine, pour cette amitié si précieuse.

Merci pour tout.

Sommaire

Abréviations	1
Introduction :	3
1. Matériel et méthodes :	5
1.1. Type et lieu d'étude :	5
1.2. Population étudiée	5
1.3. Recueil et analyse des données :	6
1.4. Critères de jugement :	7
2. Résultats :	9
2.1. Description générale de la population d'étude :	9
2.2. Comparaison des deux populations étudiées	10
2.3. Modalités d'accouchement	12
2.4. Indications des césariennes	14
2.5. Conditions de réussite des voies basses	17
2.6. Synthèse des principaux résultats	18
3. Discussion	21
3.1. Les points forts de l'étude	21
3.2. Les limites et les biais de l'étude	21
3.3. Discussion	22
3.3.1. L'évolution de la décision de la voie d'accouchement sur les deux décennies :	22
3.3.2. L'observation de l'évolution de la voie d'accouchement	26
3.4. Implications pratiques et perspectives	30
Conclusion	33
Bibliographie	34
Index des figures et des tableaux	37

Annexes	39
Annexe 1 : Indications complètes des césariennes réalisées sur les deux périodes.....	39
Annexe 2 : Fiche information siège du réseau Aurore	40
Annexe 3 : Protocole grossesse et présentation du siège- Aurore (2014).....	42
Annexe 4 : Protocole présentation du siège et singleton- Aurore (2021)	45
Annexe 5 : Synopsis.....	48
Annexe 6 : Engagement de confidentialité	50
Annexe 7 : Grille de recueil	52

Abréviations

- ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtale
- BIP : diamètre bipariétal
- BS : bisciatique
- BTR : bassin transversalement rétréci
- CHB : centre hospitalier de Bourg en Bresse
- CI : contre-indication
- CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français
- CP : césarienne prophylactique
- DIM : département d'Information Médicale
- DPD : délégué de la protection des données
- IMG : interruption médicale de grossesse
- MFIU : mort fœtal in utéro
- PFE : poids fœtal estimé
- PME : pôle Mère Enfant
- PRP : promonto-rétro-pubien
- RPM : rupture prématurée des membranes
- SA : semaines d'aménorrhée
- TAVB : tentative accouchement voie basse
- TBT : term breech trial
- TM : transverse médian
- VB : voie basse
- VME : version par manœuvres externes

Introduction :

« La présentation du siège est une présentation longitudinale, théoriquement eutocique, où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première au niveau du détroit supérieur (1). »

La position des membres inférieurs du fœtus peut se décliner en trois modes de présentation : le siège décomplété, complet et semi-décomplété. Ces derniers vont se définir par les parties corporelles que le fœtus va présenter au niveau du détroit supérieur.

Dans le cas du siège décomplété, les fesses du fœtus se présentent en premier. Les hanches sont ainsi en flexion et les jambes du fœtus sont étendues face à son visage. La présentation du siège complet est lorsque le fœtus se trouve assis en tailleur sur le détroit supérieur et que les hanches et les jambes du fœtus sont en flexion sous ses fesses. Enfin le siège semi décomplété est une présentation rarissime. Le fœtus présente un membre inférieur étendu face à son visage et l'autre en flexion ou en extension sous ses fesses.

La présentation du siège concerne environ 40 000 femmes par an en France soit 3 % de l'ensemble des accouchements. Il s'agit de la présentation la plus fréquente après la présentation céphalique. Elle aboutit à un accouchement par césarienne dans près de 80 % des cas mais avec des taux et des indications de césariennes très variables suivant les maternités en France. Ce taux particulièrement élevé de césariennes reflète en particulier la crainte d'un accouchement dystocique plus traumatique et/ou asphyxique en cas de présentation du siège (2).

L'accouchement du siège par la voie vaginale est une situation obstétricale particulière car elle comporte plus de risques maternelles et fœtales qu'une présentation céphalique, du fait du passage dernier de la tête fœtale qui peut être retenue dans le bassin maternel et nécessiter la réalisation de manœuvres de dégagement. La rétention de la tête dernière peut entraîner une asphyxie sévère entraînant des troubles neurologiques voire le décès de l'enfant. Des conséquences moins sévères peuvent survenir lors d'un accouchement du siège par voie naturelle telles que la présence de fractures ou d'hématomes. Du côté maternel, le risque de lésions périnéales sévères et de césarienne réalisée en urgence est plus important. Au vu de ces complications, le mode d'accouchement du siège à terme est source de controverse dans la littérature, depuis plusieurs années. Parmi les plus grands travaux menés sur ce sujet, il y a 20 ans, une large étude randomisée internationale Term Breech Trial (TBT) a montré une augmentation de la morbidité périnatale sévère dans le groupe avec tentative de voie basse sans augmentation de la morbidité maternelle. Préconisant alors la césarienne systématique,

elle a bouleversé la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège, au niveau mondial (3).

En réponse à cette étude très critiquée pour sa méthodologie, un essai franco-belge multicentrique d'envergure quatre fois plus grande, fut publié en 2006 (4). L'étude PREMODA s'appuie sur des critères de sélection et des pratiques obstétricales rigoureux. Elle affirme que l'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège n'augmente pas la morbidité et la mortalité périnatale de façon significative. Cette diminution du risque est avérée sous réserve d'une sélection stricte des patientes, d'une surveillance active pendant le travail et de techniques obstétricales bien maîtrisées. Ces résultats ne parviennent cependant pas à inverser la tendance.

Ainsi, aujourd'hui, en France, si son enfant est en siège, une patiente pourra se voir proposer, selon la maternité qu'elle aura choisie, soit une césarienne prophylactique, soit une tentative d'accouchement voie basse, dans la mesure d'une pelvimétrie normale, d'une absence de déflexion primitive de la tête et d'un fœtus eutrope.

En s'intéressant aux patientes qui accouchent d'un fœtus vivant unique en siège, nous nous questionnons sur l'évolution des voies d'accouchement de cette étude dans nos pratiques obstétricales. Etant donné que les études n'ont pas un impact immédiat, nous étudierons une période proche de cette publication puis une décennie plus tard.

L'objectif principal de ce mémoire est d'observer les modalités d'accouchement du siège à terme au centre hospitalier de Bourg en Bresse (CHB) sur deux périodes différentes 2009/2010 et 2019/2020. Autrement dit quel est le taux de voie basse autorisée et leur issue, sur les deux périodes observées.

Afin de comprendre les variations dans les pratiques, nous chercherons aussi à repérer les indications de césarienne. Cela constituera notre objectif secondaire.

Ainsi nous tenterons de répondre à différentes hypothèses se présentant à nous. La première étant que le taux de voie basse autorisée augmente tandis que le taux de césariennes prophylactiques diminue avec la décennie. La deuxième est que le taux de succès de la voie basse augmente au fil des années.

1. Matériel et méthodes :

1.1. Type et lieu d'étude :

L'étude réalisée est une étude observationnelle, analytique, cas témoin avec collecte rétrospective (inclusion au moment de l'étude) des données. Elle est menée sur le Pôle Mère Enfant (PME) du Centre Hospitalier de Bourg en Bresse (CHB), maternité de type IIb rattachée au réseau Aurore. Cette enquête se base sur le recueil de données dans les dossiers obstétricaux et pédiatriques du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010 et du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020. Les années ont été sélectionnées en fonction de la fiche d'information de l'accouchement du siège du réseau Aurore parue en octobre 2008 et l'archivage des dossiers. Un sondage pour le personnel du CHB travaillant en 2009/2010 a été réalisé. Il a permis de savoir si cette fiche était remise aux patientes concernées par la présentation du siège. Celle-ci étant pas donnée sur cette période et pour une facilité de recueil, nous avons décidé de prendre une période juste après la sortie de la fiche d'information et une décennie plus tard pour vraiment observer l'évolution.

Les données recueillies concernent deux années pour chaque période. Sur chaque année, nous avons une cinquantaine de dossiers. Afin d'assurer un nombre suffisant de dossiers et gagner en puissance, prendre deux années pour chaque période semblait pertinent.

1.2. Population étudiée

Population :

La population étudiée à travers ce travail sont les femmes ayant accouché au CHB d'un fœtus unique en présentation du siège.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude, les fœtus :

- Vivants
- Nés en siège
- De plus de 37 SA

Les risques liés à la prématurité modifient la conduite à tenir concernant les modalités d'accouchement. C'est pourquoi les dossiers présentant une naissance en dessous de 37 SA n'ont pas été inclus dans l'étude.

Critères d'exclusion :

Ont été exclus de cette étude :

- Les dossiers présentant une mort fœtale in utéro ou une interruption médicale de grossesse
- Les grossesses gémellaires
- Les dossiers avec une carence d'informations sur la décision de la voie d'accouchement (pas de voie prévue d'accouchement à 36 SA notifiée)

Les dossiers présentant une mort fœtale in utéro (MFIU) ont été exclus d'emblée de l'étude. En effet, l'objectif est de comparer les modalités d'accouchement d'une présentation du siège. L'inclusion de ce critère fausserait l'analyse de la décision de la voie d'accouchement puisqu'il n'y a plus d'enjeux en termes de morbi-mortalité périnatale.

Les dossiers où il n'est pas notifié la voie prévue d'accouchement à 36 SA ont été retirés de l'étude. Ils ne permettent pas de répondre à notre objectif principal.

1.3. Recueil et analyse des données :

Un registre de traitement de données relatif à l'étude a été réalisé.

Après validation du Dr A. Migliore (responsable du Département d'Information Médical du CHB) et du Dr J.R. Lambert (chef du PME), le registre de traitement de données a été transmis au Délégué à la Protection des Données (DPD) désigné par le centre hospitalier.

Ce registre atteste du respect de l'anonymisation des données et de la destruction des informations recueillies dès la fin de l'étude, conformément à la Loi relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données).

Le département d'information médicale (DIM) du CHB a fourni la liste des dossiers correspondant aux critères d'inclusion. Puis le recueil et l'étude des dossiers ont été réalisés aux archives du CHB.

Au total, 188 dossiers ont pu être retenus pour l'étude.

Les données ont été recueillies de façon anonymisées à partir des dossiers manuscrits obstétricaux et pédiatriques. Nous nous sommes engagés à supprimer ces données à la fin de l'enquête.

L'outil utilisé lors de l'étude est une grille de recueil réalisée sur le logiciel « EXCEL ». Ce dernier ainsi que le logiciel R a permis le traitement des données.

1.4. Critères de jugement :

Le critère de jugement principal est le taux d'accouchements par voie basse et de césarienne sur les deux périodes.

Afin de comprendre le taux de césarienne et de voie basse, ce travail se basera sur la consultation du 9^e mois, permettant de qualifier le taux de tentatives de voie basse et la programmation des césariennes prophylactiques à 36 SA.

Les critères de jugements secondaires dans un premier temps sont les indications des césariennes qu'elles soient prophylactiques ou réalisées en urgence.

Puis dans un deuxième temps, le taux de succès des tentatives de voie basse ainsi que leur condition de réussite (multipare, fœtus eutrophe...) seront étudiés.

Les tests statistiques utilisés sont Fisher et Wilcoxon.

2. Résultats :

2.1. Description générale de la population d'étude :

Sur les 253 dossiers fournis par le DIM, seuls 188 ont été inclus dans l'étude.

Les motifs d'exclusion sont :

- L'accouchement gémellaire
- La MFIU/IMG (interruption médicale de grossesse)
- L'accouchement prématurée avant 37 SA révolues
- Les dossiers avec manque d'informations majeures

Sur les deux périodes, 18 dossiers ont été égarés et n'ont, par conséquent pas pu être exploités.

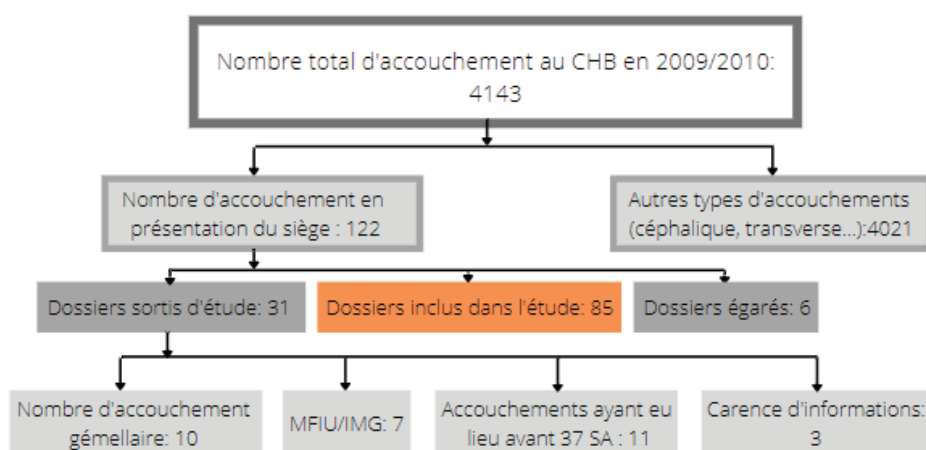


FIGURE 1: REPARTITION DES DOSSIERS SUR LA PERIODE 2009/2010

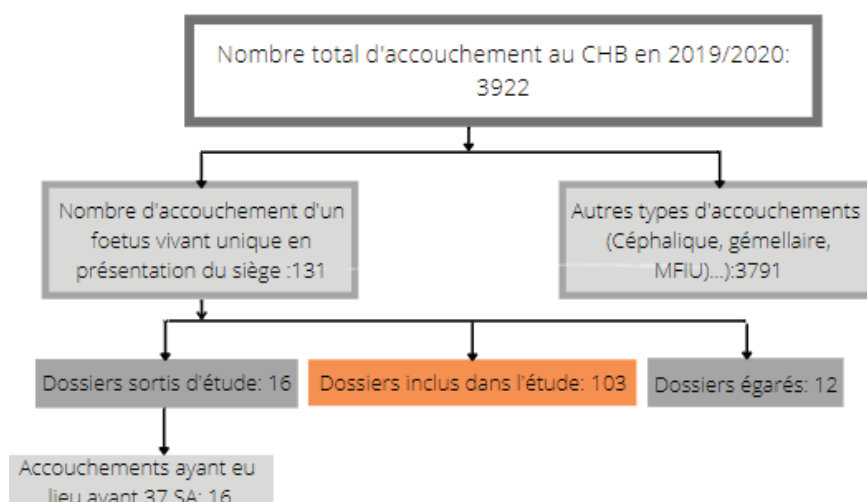


FIGURE 2: REPARTITION DES DOSSIERS SUR LA PERIODE 2019/2020

La sélection réalisée par le DIM a pu se faire avec plus de critères sur les années 2019/2020. En effet, nous avons dû exclure de la liste seulement les accouchements avant 37 SA. Le DIM a pu retirer de la nomenclature les grossesses gémellaires et les MFIU/IMG.

Sur les années 2009/2010, le DIM a utilisé un autre logiciel que celui actuel. C'est pourquoi sur la liste fournie, nous avons retiré plusieurs dossiers correspondant aux critères d'exclusion.

2.2. Comparaison des deux populations étudiées

Avant toute analyse, nous avons voulu savoir si nos deux populations étaient statistiquement comparables.

Plusieurs critères ont été recueillis afin d'identifier les deux populations, tels que :

- L'âge maternel
- L'IMC
- La parité
- Le nombre d'utérus cicatriciel
- Le terme à l'accouchement
- Le sexe de l'enfant
- Le poids de l'enfant à la naissance

Les tests statistiques de Fisher et de Wilcoxon ont permis de définir si la population des deux périodes étudiées étaient significativement identiques ou différentes.

TABEAU 1: COMPARAISON DE LA POPULATION DES 2 PERIODES

	2009/2010 n=85	2019/2020 n=103	P-value
Age moyen de la population (en années)	31,11 (30*)	31,83 (31*)	0,28
IMC	24,56 (22,95*)	24,06 (22,5*)	0,43
Nombre utérus cicatriciel	12 14,12%	12 11,65%	0,82
Terme moyen à l'accouchement	38,66 (38,57*)	39,00 (38,86*)	0,02
Parité	Primipare : 52 61,18% Multipare : 33 38,82%	Primipare : 58 56,30% Multipare : 45 43,70%	0,36
Sexe de l'enfant	Filles : 47 55,29% Garçons : 38 44,71%	Filles : 50 48,54% Garçons : 53 51,46%	0,38
Poids moyen à la naissance (en grammes)	3107,29 (3090*)	3147,96 (3120*)	0,35

**Médiane de l'échantillon*

Le tableau 1 montre que l'âge de la population, l'IMC, le nombre d'utérus cicatriciel, la parité ainsi que le sexe et le poids de naissance des enfants sont significativement identiques donc comparables puisque la p-value est >0,05.

Sur nos deux populations, seul le terme à l'accouchement est statistiquement non comparable puisque la p-value est <0,05.

Par conséquent, nous considérons que nos deux populations sont comparables. Seul le terme ne sera pas à prendre en compte.

2.3. Modalités d'accouchement

L'étude a permis de récupérer les voies prévues à 36 SA et à l'admission ainsi que les voies réalisées sur les deux périodes. Analyser les différentes voies d'accouchement sur 3 périodes distinctes nous amène à voir le taux de succès et d'échec des accords voie basse.

Nous avons ainsi 3 voies possibles qui sont la césarienne prophylactique, la césarienne en urgence et la voie basse.

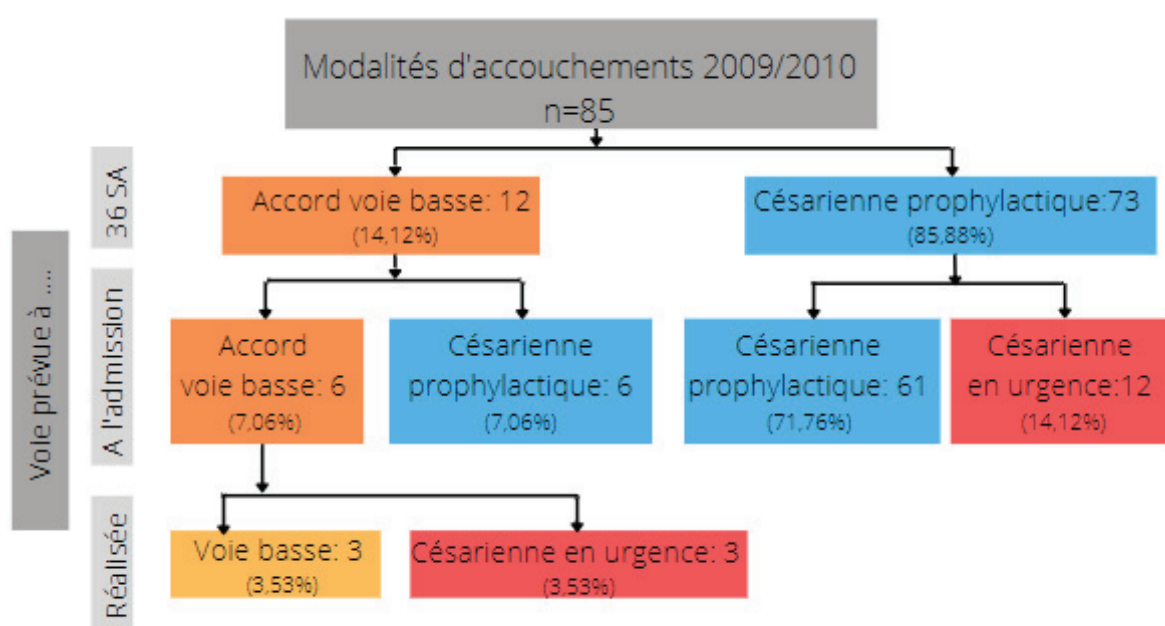


FIGURE 3 : FLOW-CHART DES DECISIONS D'ACCOUCHEMENT 2009/2010

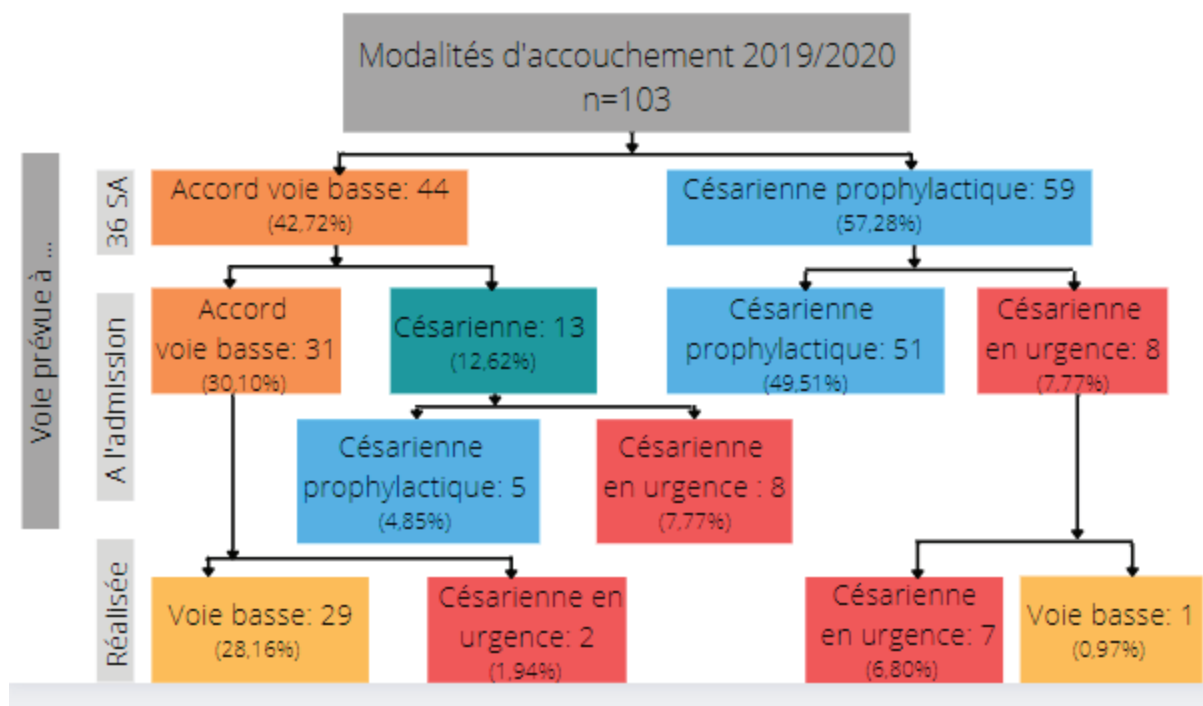


FIGURE 4 : FLOW-CHART DES DECISIONS D'ACCOUCHEMENT 2019/2020

Sur la période 2009/2010, nous avons eu sur le CHB, 3 accouchements par le siège par voie vaginale et 82 césariennes réalisées dont 15 en urgence.

Tandis que sur la période 2019/2020, 30 accouchements par voie basse et 73 césariennes ont été réalisés dont 17 en urgence.

TABEAU 2: COMPARAISON DES DIFFERENTES VOIES D'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DE L'ANNEE

		2009/2010 n=85	2019/2020 n=103	P-value
Voie prévue à 36 SA	VB	12	44	2.4e-05
	VH	73	59	[2.11;10.25]
Voie prévue à l'admission	VB	6	31	7.595e-05
	VH	79	72	[2.15;17.45]
Voie réalisée	VB	3	30	1.728e-06
	VH	82	73	[3.25;59.28]

Par ce tableau, nous constatons qu'il existe bien une différence significative des différentes voies d'accouchement sur la décennie puisque la p-value est toujours $<0,05$. L'intervalle de confiance nous montre que ces résultats sont exploitables.

L'enquête a permis de savoir quelles sont les causes d'abandon de la tentative voie basse.

Pour 2009/2010, nous relevons 6 abandons de VB entre 36 SA et l'admission. Ils font état de trois causes différentes qui sont le siège inopiné ($n=2$), l'accord voie basse jusqu'à terme ($n=3$) et le refus tardif de la voie basse par la patiente ($n=1$). Entre l'admission et la voie réalisée, 3 échecs de VB ont été notifiés. L'ARCF, le siège inopiné et la RPM sans mise en travail sont les 3 motifs qui ont justifié une naissance par voie haute.

Pour 2019/2020, entre 36 SA et l'admission, 13 dossiers sont passés de TAVB à césarienne. Les raisons sont : la découverte de macrosomie ($n=3$), le siège inopiné ($n=5$), l'accord voie basse avant le terme ($n=2$), l'ARCF ($n=1$) et la prééclampsie ($n=2$). Les deux derniers motifs sont indépendants de la présentation du siège, ils seront ainsi exclus de l'étude dans la discussion. Dans les pertes de VB entre l'admission et la réalisation, 2 abandons ont été relevés. L'ARCF et la RPM sans mise en travail en sont les motifs.

En observant les chiffres de VB prévue à l'admission et de VB réalisée, nous remarquons une différence d'un dossier alors que le taux d'échec est de deux. Il est notifié dans le tableau 2 une seule perte entre l'admission et la voie réalisée. En effet, un siège diagnostiqué à l'admission avait abouti à une décision de césarienne code orange par défaut de bilan. Un travail très rapide a finalement amené un accouchement par voie vaginale, ce qui contrebalance le taux d'échec notifié à un au lieu de deux. Ce cas de figure singulier ne rentrera pas dans la discussion.

2.4. Indications des césariennes

Nous avons pu relever les différentes indications des césariennes réalisées sur les deux périodes. Les indications ont été rassemblées en différentes catégories telles que :

- Les causes fœtales (la déflexion primitive de la tête fœtale, la macrosomie, le terme dépassé et l'ARCF)
- Les causes obstétricales (la primiparité, la RPM et non mise en travail)
- La présentation du siège inopinée ou non
- Les contre-indications (CI) de la voie basse (le bassin rétréci, la malformation utérine, l'obstacle prævia...)
- Le refus de la voie basse par la patiente

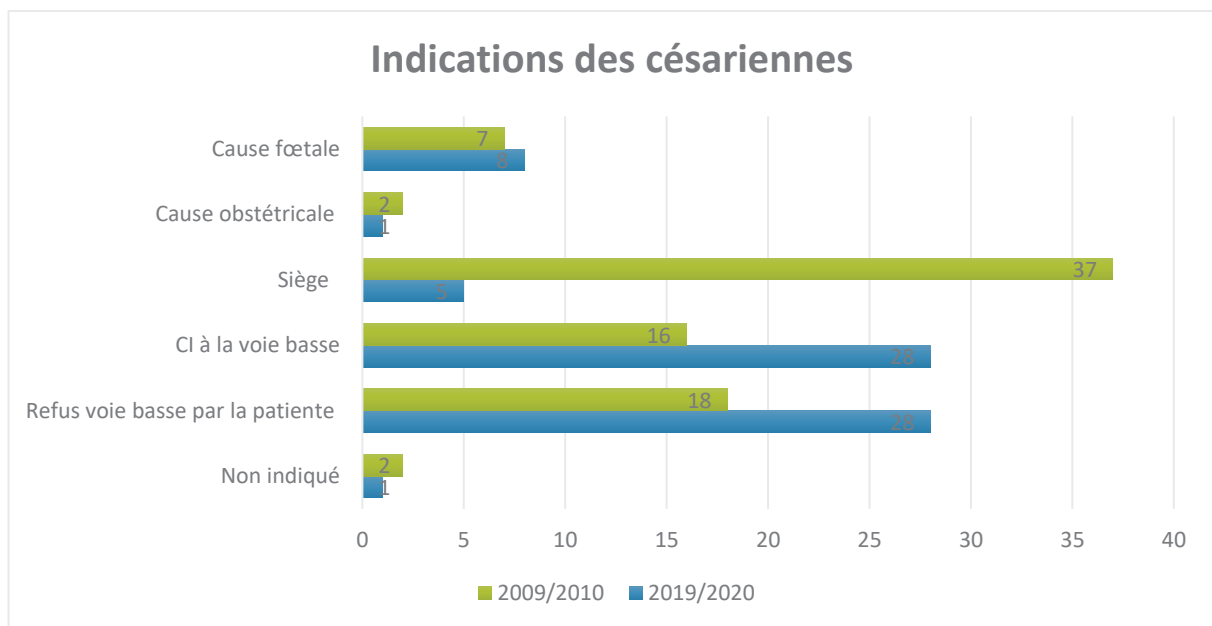


FIGURE 5: INDICATIONS DES CESARIENNES SUR LES DEUX PERIODES

Dans la figure 5, 2 cas de prééclampsie ont été retirés puisque la présentation du siège n'influençait pas la décision de faire une césarienne.

L'indication première de césariennes, retrouvée dans les dossiers 2009/2010 est la présentation du siège. En deuxième position, nous observons le refus de la voie basse par la patiente.

Dans les années 2019/2020, l'indication première est la contre-indication de la voie basse comprenant majoritairement la présence de bassins considérés comme rétrécis et le refus de la patiente d'accoucher voie basse.

Afin d'élargir notre discussion et mieux comprendre les pratiques, les indications des césariennes sur les deux périodes sont sorties de leur catégorie en Annexe 1.

Pour aller plus loin dans la réflexion, nous avons cherché à savoir si dans les indications de césariennes le motif siège était accompagné d'autres indications contraignant la voie basse ou seule la présentation du siège justifiée de la naissance voie haute.

TABEAU 3: DETAILS DU MOTIF SIEGE DANS LES INDICATIONS DE CESARIENNE

	2009/2010	2019/2020
Primiparité +siège	27	0
Bassin rétréci	2	2
Présentation du siège uniquement	8	3
Total	37	5

A travers ce tableau, nous constatons que la primiparité en 2009/2010 jouait sûrement un rôle dans la prise de décision de faire une césarienne, ce qui ne semble plus le cas dix ans plus tard. Ces données sont à exploiter avec prudence dû à la problématique de la traçabilité sur le réel motif de la décision de césarienne.

Avec ces résultats, il nous semblait intéressant de comparer la voie réalisée avec la parité sur les différentes périodes.

TABEAU 4: COMPARAISON DES VOIES D'ACCOUCHEMENT REALISEES EN FONCTION DE LA PARITE SUR LES DEUX PERIODES

	Voie réalisée	2009/2010	2019/2020	P-Value
Primipare	VB VH	1 51	17 41	0.0003
Multipare	VB VH	2 31	13 32	0.025

Le taux de voie basse chez les primipares a augmenté de manière significative puisque la p-value est <0,05 avec la décennie tandis que le taux de césarienne a diminué. Chez les multipares, la même évolution que chez les primipares a été retrouvé.

Dans la discussion, nous tenterons de répondre à l'impact de la parité sur la prise de décision de la voie d'accouchement.

2.5. Conditions de réussite des voies basses

Il nous semblait important de travailler sur les conditions de réussite des voies basses. Nous avons mis en relation quelques critères principaux tels que :

- La parité de la patiente dans le taux de succès des accords voie basse
- Le poids de naissance de l'enfant dans le taux de succès de la voie basse par rapport à l'accord donné à 36 SA
- L'état néonatal lors d'un accouchement voie basse

Nous avons dans un premier temps calculé le pourcentage de succès de l'accord voie basse donné à 36 SA en fonction de la parité de la patiente.

TABEAU 5: POURCENTAGE DU TAUX DE SUCCES DE LA VOIE BASSE PAR RAPPORT A L'ACCORD DONNE A 36 SA EN FONCTION DE LA PARITE (EXCLUSION DE L'ACCOUCHEMENT INOPINE DU SIEGE)

	2009/2010	2019/2020	P-value
Primipare	8,3%	38,6%	6.036e-05
Multipare	16,7%	27,3%	0.018
Total	25%	65,9%	0.025

Une différence significative est constatée sur les taux de succès de la voie basse en fonction de l'accord à 36 SA que ce soit chez les multipares comme chez les primipares puisque la p-value est <0,05.

En 2009/2010, le taux de succès de la voie basse par rapport à l'accord donné à 36 SA est de 25% tandis qu'en 2019/2020, il est de 65,9% toutes parités confondues. Cette différence est elle aussi significative.

Or ce taux de succès n'est pas uniquement dû à la parité, il est important de noter le caractère multifactoriel du succès de la voie basse. Nous avons donc confronté par la suite ce résultat avec le poids de naissance de l'enfant.

Parmi les 3 voies basses réalisées en 2009/2010, dans 100% des cas, l'enfant né pesait moins de 3500g.

En 2019/2020, en excluant l'accouchement inopiné du siège, 17 patientes ayant accouchées par voie basse étaient primipares et 12 étaient multipares. Dans 23% des cas l'enfant né pesait plus de 3500g à la naissance et dans 100% des cas, le poids ne dépassait pas 3800g.

Dans les conditions de réussite des voies basses, il est nécessaire d'observer l'état néonatal lors d'un accouchement par voie vaginale du siège. En effet, le succès de l'accouchement ne se résume pas qu'à la mécanique obstétricale mais aussi au niveau du bien-être fœtal et néonatal.

Plusieurs critères ont été sélectionnés pour évaluer cet état. Nous nous sommes donc basés sur 5 critères récapitulés dans le tableau ci-dessous.

TABEAU 6: OBSERVATION DE L'ETAT NEONATAL ET FŒTAL EN 2009/2010 ET 2019/2020 SUR L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

	Moyenne	Ecart type	Médiane
pH artériel moyen à la naissance	7,20	0,11	7,22
pH veineux moyen à la naissance	7,29	0,08	7,29
Apgar moyen à 5 min	9,66	0,75	10
Effectif			
Mutation en néonatalogie	2 n=33		
Présence de fractures/hématomes	3 n=33		

La moyenne du pH artériel et veineux à la naissance est tout à fait correcte. L'écart type des pH montre que les valeurs de la série sont proches. Nous pouvons penser qu'il y a eu peu d'acidose néonatale. La médiane de l'Apgar à 5 min de vie indique que plus de la moitié de l'échantillon avait un Apgar supérieur à 10 à 5min de vie. Nous observons 6% de mutation en néonatalogie et 9% de bébés ayant une fracture ou un hématome à la naissance. L'état néonatal et fœtal d'un enfant né par voie basse en siège ne semble pas inquiétant.

2.6. Synthèse des principaux résultats

Les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence la différence significative de la prise en charge de l'accouchement du siège sur les deux périodes.

Le nombre d'accouchement par voie basse a été multiplié par 8 en une décennie, tandis que les césariennes prophylactiques ont diminué de 1,5 fois.

L'indication première de césarienne a elle-même bien évolué puisqu'en 2009/2010 la simple présentation du siège justifiait d'une naissance par voie haute. Cette tendance a été ébranlée étant donné que la majorité

des césariennes réalisées en 2019/2020 correspondait au refus de la patiente sur un accouchement par voie basse. Nous pouvons nous questionner sur l'information donnée aux patientes concernant l'accouchement d'une présentation du siège ainsi que les idées reçues de la population sur l'expulsion de cette présentation.

Le pourcentage de réussite de la voie basse par rapport à l'accord donné à 36 SA a été multiplié par 2,6 avec la décennie. La suite de la discussion nous permettra de comprendre pourquoi ces chiffres ont tant évolué en dix ans.

3. Discussion

3.1. Les points forts de l'étude

Dans cette étude, la période définie sur deux années est un réel atout. Elle permet de renforcer la puissance en apportant un échantillon d'une centaine de dossiers sur chaque décennie. Les effectifs ainsi recueillis sont suffisants pour montrer des différences significatives sur les pratiques réalisées sur les deux périodes. L'analyse effectuée met donc en évidence de réelles évolutions de la prise en charge du siège.

L'échantillon de 2009/2010 est légèrement inférieur par rapport à celui de 2019/2020 pour un nombre d'accouchement plus élevé sur la première période par rapport à la deuxième. Cela n'a pas entravé la comparaison des deux populations car comme nous l'avons vu plus haut, les effectifs étaient statistiquement comparables. Seul le terme de la naissance était significativement différent. Nous pouvons le mettre en lien avec les changements de pratiques sur une décennie.

3.2. Les limites et les biais de l'étude

Dans cette étude, nous retrouvons un biais d'échantillonnage. La façon de coter les dossiers a changé sur la décennie et par conséquent, le DIM a surement sous-estimé les dossiers sur la première période. Nous le remarquons par la sélection des dossiers de 2019/2020 qui est plus pointu que celle de 2009/2010.

Les limites de ce mémoire sont multiples. Les dossiers étudiés sont sous format papier ce qui engendre des problèmes de traçage. Les informations sont dispersées dans des pages différentes en fonction de l'opérateur. Si ces dossiers étaient informatisés les critères les plus importants et obligatoires seraient notifiés au même endroit avec une impossibilité de fermer le dossier tant que ces derniers ne sont pas notifiés. La perte d'informations serait moindre et la collecte plus facile.

De plus, la décision de la voie d'accouchement a un caractère multifactoriel. Nous avons étudié les grands facteurs influençant la décision de la voie d'accouchement mais il est impossible de travailler sur tous les facteurs qui sont entrés en compte dans le choix d'une voie basse ou d'une césarienne d'autant plus que certains peuvent ne pas être notifiés dans les dossiers.

3.3. Discussion

3.3.1. L'évolution de la décision de la voie d'accouchement sur les deux décennies :

Au niveau de notre étude, le taux de voie basse autorisé a augmenté avec le temps. Le pourcentage d'accouchement naturel est passé de 3,5% à 29%. Il a été multiplié par 10 en une décennie. Les critères tels que la pelvimétrie, la flexion normale de la tête fœtale, l'estimation du poids de l'enfant à terme entre 2500g et 3800g, le siège décomplété et l'acceptation de la patiente pour un accord voie basse restent inchangés sur les deux périodes au CHB et plus précisément au niveau du réseau Aurore. (Annexe 2).

Nous allons discuter des principaux critères qui influencent la prise de décision.

■ La pelvimétrie

D'après les recommandations nationales du collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la pelvimétrie est recommandée pour toute tentative d'accouchement par voie basse d'une présentation du siège (5). Bien qu'il n'y ait pas de preuve de haut niveau en faveur d'une pelvimétrie pour sélectionner les femmes éligibles à une tentative voie basse, l'étude PREMODA a instauré des normes au niveau des diamètres :

- Promonto-rétro-pubien (PRP) supérieur ou égal à 105mm
- Transverse médian (TM) supérieur ou égal à 120mm
- Bi sciatique (BS) supérieur ou égal à 100mm (4)

Dans notre étude, le bassin rétréci correspond au deuxième motif d'indication de césariennes en 2019/2020 (Annexe 1). Si nous analysons 10 ans auparavant, ce critère n'existait pas dans les motifs d'une naissance par voie haute. Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'indication de césarienne en 2009/2010 était posée avant même de faire une pelvimétrie. Cette dernière n'étant pas réalisée pour éviter d'irradier l'enfant inutilement. Par conséquent, nous pouvons penser que le taux de pelvimétrie effectué a augmenté avec le temps. En effet, le bassin rétréci est un élément majeur dans le refus de l'accord de la voie basse en 2019/2020. La physiologie du bassin de la population n'ayant pas évoluée sur dix ans, nous supposons que ce motif est seulement dû à l'augmentation de la réalisation de la pelvimétrie.

Afin de pousser notre réflexion plus loin, nous allons développer les indications de césarienne en 2009/2010 qui contre-indiquent la voie basse avant même la réalisation de la pelvimétrie.

■ La parité et le siège

Dans la figure 5, la première indication de césarienne en 2009/2010 est le siège. En poussant l'analyse, nous avons remarqué dans cette indication que 73% des cas sont primipares (tableau 3). Nous supposons donc qu'il existe un lien direct entre l'accord voie basse et la parité.

Dans la littérature, certains articles affirment que la primiparité est une indication de césarienne indépendant de tout autre facteur (6), puisque qu'elle est associée à un risque accru de morbidité périnatale sévère. L'article TBT en est l'exemple, il affirme l'aggravation de l'état périnatal lors d'un accouchement du siège par voie naturelle, la primiparité étant un facteur péjoratif de cet état. Malgré cela, l'étude PREMODA (4) nous indique qu'il n'existe pas d'aggravation de la morbidité périnatale sur l'accouchement par voie basse du siège peu importe la parité. Cependant, elle démontre que le taux d'échec de voie basse chez une primipare est augmenté par rapport à une femme ayant déjà accouchée voie basse. Le CNGOF a ainsi conclu en 2020 que la primiparité n'était pas associée à un risque accru de morbidité périnatale sévère mais uniquement à une élévation du taux d'échec des tentatives de voie basse. (5)

Notre étude, montre bien cette différence et le changement des pratiques au niveau de la décision. Sur la figure 5, l'indication de césarienne ayant pour motif le siège, est passée de 37 à 5 en une décennie. En comparant ces chiffres avec la littérature, nous comprenons l'hésitation des gynécologues obstétriciens face au TBT ainsi qu'au risque sur l'état néonatal. Elle explique le taux important de césarienne chez les primipares dans les années 2000. Sur notre étude, le tableau 4 indique que le taux de voie haute chez les primipares en 2009/2010 est de 98% tandis qu'en 2019/2020 il est de 70,7%. Cette diminution est statistiquement significative. La parité jouerait donc un rôle dans l'évolution de la prise de décision de la naissance d'un fœtus en siège. En ce qui concerne le taux de succès des voies basses chez les primipares, le tableau 5 indique que 8,3% des primipares ayant eu un accord voie basse accouchent par les voies naturelles pour 16,7% des multipares en 2009/2010. Ces chiffres correspondent à ce qui est dit dans la littérature. Cependant sur le CHB en 2019/2020, nous observons 38,6% de succès de la voie basse chez les primipares pour 27,3% chez les multipares. Nous pouvons supposer que la pratique de la voie basse devient plus fréquente. Par conséquent, les praticiens sont plus à l'aise sur l'accouchement par voie vaginale et corrigent plus facilement les écueils.

Il est important d'avoir un esprit critique sur ces données puisqu'il existe une limite. Elle est liée sur ce qui est notifié sur le dossier. La réelle indication de la césarienne peut être multifactorielle sans que tous ces facteurs soient tracés.

■ L'estimation du poids fœtal

L'estimation du poids fœtal est faite de manière systématique au cours de la grossesse. Dans notre étude, une des indications de césarienne prophylactique est la macrosomie et le diamètre bipariétal (BIP) >95 mm. Elle concerne 4 dossiers en 2019/2020 et 2 en 2009/2010 (Annexe 1).

Dans la littérature, une étude compare la pratique de 19 centres hospitalo-universitaires en France et montre que pour 15 centres, l'échographie fœtale avant l'entrée en travail est prévue dans le protocole de service pour l'accord voie basse, afin d'estimer le poids fœtal et mesurer le BIP. Dans ces centres, les seuils limites pour accepter une voie basse vont de 3800g à 4000g pour l'estimation du poids fœtal et de 96 à 100mm pour le BIP(6). Au niveau du réseau Aurore, l'estimation du poids fœtal doit être comprise entre 2500g et 3800g (Annexe 2). Le CNGOF indique qu'il n'y a pas de données suffisantes pour recommander la réalisation systématique d'une estimation de poids fœtal pour accepter la voie basse. Pourtant, il affirme que dans la littérature un poids de naissance supérieur à 3800g est associé à un risque augmenté de césarienne en cours de travail et de rétention de tête dernière. Il demande de privilégier une naissance par voie haute si l'estimation du poids fœtal connue avant la naissance est > 3800g (5).

Selon notre analyse, nous remarquons que ce critère a toujours existé sur les deux périodes et fait partie intégrante des indications de césarienne prophylactique. Si nous regardons le poids des enfants à la naissance, 100% des enfants nés par voie basse pesaient moins de 3500g en 2009/2010 et 23% plus de 3500g en 2019/2020. Tous les enfants nés par voie naturelle, toutes périodes confondues ne dépassaient pas les 3800g. Nous pouvons supposer que ce motif est pris en compte sur les deux périodes et que si un PFE (poids fœtal estimé) est proche de 3800g, les gynécologues obstétriciens sauront que le poids réel peut être supérieur.

Ce critère n'est donc pas en faveur de l'évolution de la décision de la voie d'accouchement.

■ Déflexion primitive de la tête fœtale

La déflexion primitive de la tête fœtale est considérée comme une contre-indication à la voie basse au niveau du réseau Aurore (Annexe 2). Cette situation est relativement rare. Sa fréquence est estimée inférieure à 1% (7).

Dans notre annexe 1, la déflexion primitive de la tête fœtale correspond à une indication de césarienne sur les deux décennies. L'hypothèse serait de dire que dans les deux périodes, ce motif était pris en compte malgré l'absence de césarienne réalisée avec cette indication en 2019/2020. En effet, ce critère est difficile à interpréter par son caractère rarissime.

Nous ne pouvons pas considérer ce motif en faveur de l'évolution de la prise de décision.

■ Utérus cicatriciel

Dans notre étude, l'utérus cicatriciel joue un rôle majeur dans la prise de décision de la modalité d'accouchement. Dans l'annexe 1, il correspond à la troisième indication de césarienne prophylactique en 2009/2010 et 2019/2020.

Le protocole du réseau Aurore sur l'accouchement du siège indique en 2014 que l'utérus cicatriciel est une indication très recommandée de césarienne (Annexe 3). Dans la mise à jour du protocole en mars 2021, ce propos a été reformulé renseignant qu'il ne s'agit pas d'une contre-indication de principe (Annexe 4). Dans la littérature, certains indiquent que l'utérus cicatriciel est une contre-indication à la voie basse (6). Cependant les recommandations pour la pratique du CNGOF sur « Accouchement en cas d'utérus cicatriciel » émises en 2012 affirment que la présentation du siège sur un utérus cicatriciel n'est pas une contre-indication absolue (8).

L'utérus cicatriciel sur notre décennie n'a pas fait évoluer la prise de décision sur une naissance voie haute ou voie basse. Il serait intéressant d'observer l'évolution de ce critère dans les 10 ans à suivre.

■ Refus de la voie basse par la patiente

Le refus de voie basse par la patiente est présent dans les deux périodes. En effet, l'adhésion à la décision est essentielle pour le bon déroulement de l'accouchement. Il ne s'agit pas ici que de risque médico-légal, mais aussi du vécu de la mère, de sa capacité à collaborer au moment de la naissance. Il correspond à 21,2% des dossiers en 2009/2010 et 27,2% en 2019/2020 (figure 5). Le taux de refus de voie basse a augmenté avec la décennie. Plusieurs hypothèses peuvent être émises. La possibilité d'accoucher par voie vaginale étant exposée plus facilement en 2019/2020 qu'en 2009/2010, le refus de voie basse est par conséquent plus présent sur la deuxième période. Dans le tableau 2, une différence significative est notifiée concernant l'accord voie basse à 36 SA qui a été multiplié par 3,6 en une décennie. Ce chiffre renforce l'hypothèse que nous venons d'émettre. La supposition suivante est qu'en 2019/2020, en cas de présentation du siège les césariennes sont réalisées de manière moins systématique recherchant de réelles contre-indications à la voie basse. Les motifs de CP seraient ainsi les contre-indications absolues de la voie basse répertoriées sur la fiche information du siège. En effet, sur la figure 5, nous remarquons qu'en 2019/2020, les motifs de césarienne prédominants sont : la CI à la voie basse, les causes fœtales et le refus de la patiente voie basse. La troisième hypothèse que certaines idées reçues influent sur la décision. En France, l'article R.4127-36 du code de la santé publique décrit que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ». Dans cet objectif, le réseau Aurore a réalisé une fiche d'informations à remettre aux patientes afin qu'elles aient une information libre et éclairée sur les risques et les bénéfices de chaque

mode d'accouchement en cas de présentation du siège (Annexe 2). Cependant le TBT (3), a eu énormément d'impact dans les années 2000 sur le mode d'accouchement du siège préconisant les césariennes. Il faut quelques années pour gommer les idées reçues ainsi que les craintes. Continuer de montrer que les bénéfices d'un accouchement par voie vaginale sont supérieurs aux risques permettraient de convaincre les professionnels et les couples. Un personnel soignant réalisant de nombreux accouchements du siège par voie basse sera beaucoup plus convaincant pour la patiente qu'un professionnel réticent sur un accouchement naturel. Le langage infra-verbal pouvant trahir un soignant lui-même pas très convaincu. Il faut aussi admettre que l'histoire de chacun, les peurs ancrées, les informations seront toujours à l'origine de refus. Il est important de distinguer les informations délivrées des informations entendues. Chacun d'entre nous a ses filtres et quel que soit la qualité de l'information délivrée, ce qui est retenu varie beaucoup.

Le refus de la voie basse est ainsi un élément subjectif majeur dans la prise de décision sur la voie d'accouchement. Chaque patient a le droit d'accepter ou de refuser les investigations ou les traitements proposés.

Pour conclure, la parité, la pelvimétrie et le refus de voie basse sont des motifs ayant fait évoluer la prise de décision du mode d'accouchement des présentations du siège. Il est important de penser à l'impact qu'a eu le TBT (3) sur l'accouchement naturel du siège. Notamment sur la réticence des personnels de santé à réaliser des accouchements par voie basse sur ces présentations. Les protocoles de service sont relativement récents et montrent bien cette volonté de faire changer les pratiques. Ils se basent sur des études récentes ne montrant pas de morbidité avérée plus élevée dans un accouchement par voie basse par rapport à une naissance par voie haute.

3.3.2. L'observation de l'évolution de la voie d'accouchement

Notre étude confirme qu'il y a bien un changement de pratiques sur les deux périodes étudiées. Le taux de naissance par voie basse a augmenté avec le temps. Lors de la comparaison des deux populations dans le tableau 1, le terme à la naissance est le seul critère non comparable avec une différence significative entre 2009/2010 et 2019/2020. Il est le miroir de l'évolution de la voie d'accouchement. En effet, nous n'attendons pas la mise en travail spontanée dans le cas d'une césarienne prophylactique. Par conséquent le terme à la naissance est plus bas. Cette différence de terme constatée confirme la différence significative des voies d'accouchement entre 2009/2010 et 2019/2020.

Dans ce paragraphe, nous tenterons d'observer l'évolution de la voie d'accouchement à travers les issues des accords de voie basse à 36 SA et de comprendre à travers la littérature le changement des pratiques sur la décennie.

▪ L'accord voie basse

Le tableau 2 montre qu'il y a une augmentation significative du taux d'accord voie basse à 36 SA. L'effectif est passé de 12 à 44 en 10 ans. Dans le paragraphe ci-dessus, nous avons constaté une évolution de la prise de décision notamment sur la parité, la pelvimétrie ou encore le refus de l'accord voie basse.

Nous allons essayer de comprendre cette évolution à travers la littérature et de comparer les pratiques nationales avec celle du CHB.

En 1998, une enquête nationale périnatale évaluait le taux d'intention de voie basse en France à 51,2% avec 61,5% de succès (9). Comme nous l'avons dit plus haut, le TBT dans les années 2000 (3) a relancé le débat concernant la voie d'accouchement à privilégier sur la présentation du siège. Elle indique que le taux de morbi-mortalité périnatale est plus élevé de manière significative en cas d'accouchement par les voies naturelles que lors d'une césarienne programmée. Suite à cet article, l'essai franco-belge PREMODA (4) a eu pour objectif de comparer la morbidité et la mortalité néonatale en fonction de la voie d'accouchement chez un fœtus à terme en présentation du siège. Au total, 139 maternités françaises et 36 maternités belges ont été incluses dans cette étude entre 2001 et 2002 soit 8108 femmes. Le taux d'intention de voie basse fut de 31,2% avec 22,5% de réussite. En 2015, une analyse des taux de césariennes des différentes enquêtes périnatales de 1995, 2003 et 2010 selon la classification de Robson montre que pour 2 groupes (primipare et multipare) en présentation du siège, une nette augmentation du taux de voie haute est observée entre 1995 et 2003. Cette aggravation du taux de césarienne est beaucoup plus franche dans le groupe des primipares que les multipares en présentation du siège avec une recrudescence de 0,9% (IC95% : 0,6%-1,2%). Entre 2003 et 2010, le taux de césarienne reste stable pour ces deux groupes malgré un taux élevé persistant (10). Cette évolution de 1995 à 2003 peut être attribuable à l'impact qu'a eu le TBT (3) sur la prise en charge du siège dans les années 2000. A ce jour, un tiers des femmes avec un fœtus en présentation du siège aura un accord voie basse. Le taux de succès est de 70% (1). Ce taux tend à croître avec le temps.

Dans notre étude, nous constatons 14,12% d'intention de voie basse en 2009/2010 avec 25% de succès (tableau 5) et 42,7% d'accord voie basse avec 65,9% de réussite en 2019/2020. En comparaison avec ce qui se faisait nationalement en 2009/2010, le CHB était en retard dans ses pratiques. Cette différence est explicable par l'entrée en vigueur en 2014 du protocole Aurore. La fiche information sur le siège (annexe 2) étant parue juste avant notre étude, elle n'a pu avoir un impact que sur notre deuxième période. En effet, après un sondage des personnels soignants travaillant au CHB en 2009/2010, l'annexe 2 n'était pas remise

aux patientes en 2009/2010. Ce retard a été rattrapé dans la décennie puisque le pourcentage des accords voie basse en 2019/2020 est plus élevé sur le CHB qu'au niveau national.

Le taux de succès des accords voie basse est plus élevé sur le CHB qu'au niveau national en 2009/2010 et légèrement plus bas en 2019/2020. Nous allons approfondir ces résultats.

■ Le succès de l'accord voie basse

Les 6 échecs de l'accord voie basse en 2009/2010 sont dus à 5 motifs : le siège inopiné, l'accord voie basse jusqu'à terme, le refus tardif de la patiente, l'ARCF et la RPM sans mise en travail. En 2019/2020, les motifs ayant entraînés une césarienne sur un accord voie basse sont : la découverte de macrosomie, le siège inopiné, l'accord voie basse avant le terme, l'ARCF, la prééclampsie et la RPM sans mise en travail.

L'ARCF, la prééclampsie sont des motifs qui justifient à eux seuls la naissance par voie haute. La découverte de macrosomie chez un fœtus en présentation du siège et le refus de la voie basse ont déjà été discutés plus haut.

Nous cherchons à savoir si parmi les motifs restants ayant entraîné un échec de l'accord voie basse, certains auraient pu conduire à une naissance par voie naturelle.

Le siège inopiné est lorsque la femme se présente en travail alors que la présentation du siège n'était préalablement pas connue de l'équipe obstétricale. Il arrive que le temps pour réunir les informations sur la prise de décision de la voie d'accouchement et pour informer la patiente soit restreint. Il est donc pas impossible de ne pas pouvoir s'appuyer sur les données de la pelvimétrie pour décider de la voie d'accouchement par incapacité de la réaliser. Or la pelvimétrie est recommandée dans le cas d'un accouchement par voie basse en présentation du siège. L'échographie obstétricale est quant à elle souvent réalisable en cas d'urgence permettant d'éliminer la macrosomie, la déflexion primitive de la tête fœtale. Dans ce contexte, l'alternative à la voie basse est la césarienne d'urgence et non la césarienne programmée. Selon la littérature, la césarienne réalisée en cours de travail a une morbidité maternelle plus élevée que la césarienne programmée faite avant le travail (11). Cette morbidité est plus importante quand la césarienne est réalisée à un stade avancé du travail (12). Il est donc primordial de réaliser une balance bénéfique/risque d'une césarienne en urgence ou d'un accouchement voie basse et d'évaluer le degré d'urgence si l'accouchement est imminent. Nous ne pouvons donc pas considérer que cette cause est évitable dans nos taux d'échecs de la TAVB.

La RPM et non mise en travail est une cause qui revient dans les deux périodes. Pour certains praticiens, la rupture des membranes avant le travail est une indication de césarienne (13). Elle reflète un défaut d'accommodation foeto-pelvienne qui représente un élément péjoratif au niveau pronostic. Une étude rétrospective puissante monocentrique française type cas témoin a été réalisée dans un centre où la

césarienne n'est pas réalisée de manière systématique en cas de rupture des membranes à terme avant le travail (14). Elle indique que la rupture des membranes à terme avant travail n'augmente pas de manière significative le risque de césarienne. Sur l'annexe 4, le protocole 2021 du réseau Aurore indique même que le déclenchement par prostaglandine ou oxytocine est possible. Sur notre étude, la RPM et non mise en travail pourraient être évitables. Cependant, le déclenchement du siège commence seulement maintenant à être réalisé et au moment de notre étude ce protocole n'était pas encore mis à jour. Ce motif pourrait tendre à disparaître dans la décennie suivante.

L'accord de la voie basse initial est remis en question lorsque la femme n'a pas accouché à terme aboutissant à une césarienne. En France, la grossesse prolongée (>41 SA) correspond à 15-20% des femmes enceintes. Le terme dépassé (>42 SA) concerne 1% des femmes enceintes. Lorsque la grossesse se prolonge, il existe un risque augmenté de complications maternelles et fœtales. Le taux de césarienne réalisé en urgence est multiplié par 1,5. Des lésions périnéales de 3^e et 4^e degré, d'hémorragies du post partum, d'endométrite et de chorioamniotite sont plus à risque de survenir. Au niveau fœtal, la grossesse prolongée entraîne un risque augmenté d'oligoamnios, d'ARCF et d'émission méconiale in utéro. Sur le plan néonatal, les enfants nés post terme ont un risque 5 fois plus élevés d'être macrosomes que les autres nouveau-nés, entraînant une augmentation d'hypoglycémie, de dystocie des épaules et de fractures osseuses (15). C'est avec tous ces éléments-là, que le réseau Aurore a instauré un protocole sur la surveillance des grossesses prolongées recommandant une naissance avant 42 SA (16). Les données de la littérature ne sont pas suffisantes pour apprécier la morbi mortalité du siège en comparaison à une présentation céphalique en cas de grossesse prolongée (1). L'accouchement en siège à terme dépassé est compromis car il cumule les risques du terme dépassé et du siège. Par conséquent, il est compréhensible d'hésiter à rajouter les risques liés au déclenchement. Il faudrait vraiment que tous les « feux soient au vert » pour envisager un déclenchement sur un siège à terme. De plus, le suivi au cours du travail du bien-être fœtal en terme dépassé peut nécessiter l'usage de moyens de seconde ligne, tels que le pH au scalp ou le STAN. Ces moyens sont impossibles à réaliser sur une présentation du siège au cours du travail. Nous comprenons ainsi ce motif de césarienne qui donne un accord de voie basse jusqu'à terme. Cependant, le déclenchement du siège est protocolisé par le réseau Aurore depuis mars 2021 (Annexe 4). Ce motif pourrait diminuer avec la décennie.

Pour conclure, le taux de succès de l'accord voie basse sur le CHB pourrait tendre à augmenter dans la décennie à suivre. En effet, le réseau Aurore étant mis à jour en 2021 et autorisant le déclenchement du siège, plusieurs motifs d'échec de la voie basse pourraient être éliminés tel que la RPM et non mise en travail et le terme dépassé. Par l'augmentation du taux de voie basse des sièges, le personnel soignant serait plus compétent dans ce domaine entraînant un taux de refus inférieur des voies basses chez les patientes.

■ L'état néonatal lors d'un accouchement par voie basse

Il nous semblait tout de même intéressant de parler de l'état néonatal d'un enfant né par les voies naturelles en présentation du siège.

Certains auteurs se sont intéressés à comparer les issues néonatales avant et après le TBT (3). Une étude néerlandaise importante a rapporté une augmentation du taux de césarienne programmée en cas de présentation du siège aux Pays-Bas. Le taux de voie basse est passé de 76% avant 2000 à 40%. La mortalité périnatale ainsi que le risque d'Apgar <7 à 5 min et de traumatismes néonataux des nouveau-nés en présentation du siège ont diminué avec le temps (17). Une conclusion hâtive serait de dire que la diminution de la morbi-mortalité périnatale serait due au changement des pratiques de l'accouchement du siège notamment sur une naissance par césarienne programmée plutôt que par voie naturelle. Or il existe une limite de causalité puisque des progrès de la médecine ont eu lieu sur la période. Si l'augmentation des césariennes s'est accompagnée d'une diminution de la morbi-mortalité néonatale aucun lien de causalité n'a été démontré. Pour donner suite à la littérature, le CNGOF lui indique qu'en cas de tentative de voie basse sur une présentation du siège à terme, le risque de mortalité périnatale est aux alentours de 1%, il est légèrement inférieur en cas de césarienne programmée. Cependant les risques de complications sévères pour l'enfant sont faibles en cas de tentative de voie basse (18).

Dans notre étude, le tableau 6 indique l'état néonatal de tous les enfants nés par le siège en voie basse au CHB sur l'année 2009/2010/2019/2020. Le pH artériel et veineux moyen ainsi que l'Apgar moyen à 5 min restent tout à fait corrects. Seuls 6% des enfants ont été mutés en néonatalogie et 9% ont eu une fracture ou un hématome. Ces cas sont marquants pour les soignants qui ont un sentiment d'insatisfaction, voire d'échec pouvant influencer d'autres prises en charge. Il est primordial de rassurer le personnel sur l'état de nouveau-né à la naissance ainsi que sur le long terme.

L'état néonatal d'un enfant né en présentation du siège par voie basse semble tout à fait rassurant.

3.4. Implications pratiques et perspectives

Nos résultats ont mis en évidence de nombreuses évolutions concernant les modalités d'accouchement de la présentation du siège à terme au CHB. De multiples aspects ont pu être abordés afin de comprendre l'évolution des pratiques. La littérature critiquant le TBT est récente et il faut encore du temps pour que la crainte de l'accouchement du siège par voie basse s'efface de la population générale et soignante. Des efforts sont à fournir au niveau du refus de la voie basse par les patientes. Ce motif est trop important dans la pratique.

Pour faire évoluer les mentalités, il serait intéressant de réaliser une étude sur les différentes craintes du soignant quant à l'accouchement par voie basse et de confronter ces peurs avec la littérature d'aujourd'hui. Modifier le protocole de service du CHB par rapport aux nouvelles recommandations du réseau Aurore pourrait rassurer les soignants sur cette pratique.

Nous pouvons essayer de travailler aussi au niveau de la population en proposant une étude qualitative interrogeant les patientes sur leur refus de la voie basse.

Afin de mieux comprendre l'évolution des pratiques, il pourrait être intéressant de prolonger cette étude une décennie plus tard et de comparer les taux d'accouchements par voie basse et de césarienne.

Conclusion

La prise en charge de l'accouchement du siège est un sujet avec de nombreuses controverses. Elle a été fortement influencée à la sortie du TBT de Hannah dans les années 2000 où une recrudescence du nombre de césariennes a pu être observée. Depuis, plusieurs études ont été publiées critiquant la méthodologie du TBT.

Aujourd'hui, la tendance semble s'inverser. Une augmentation des tentatives de voie basse et de leur succès sont observés.

L'hypothèse principale de ce travail était que le taux de voie basse augmente avec la décennie. Notre étude l'a confirmée en mettant en évidence une augmentation significative du nombre d'accouchement par voie vaginale du siège.

Afin de comprendre ce taux, une évaluation de l'évolution de la prise de décision du mode d'accouchement a été réalisée. De nombreux facteurs influençant la prise de décision ont été étudiés et mis en lien avec la littérature. Nous avons ainsi élaboré quelques pistes d'amélioration sur les décisions autour du mode d'accouchement du siège sur le CHB. Ainsi, la littérature a contribué à nous éclairer et à critiquer les différentes indications d'une césarienne.

Malgré la confrontation de nos résultats avec la littérature, il est important de noter le caractère multifactoriel de la prise de décision de la voie d'accouchement d'une présentation du siège. La balance bénéfice/risque n'est pas une évidence pour le médecin ou la patiente. En effet, quel que soit le choix, il présente des inconvénients. Le soignant doit se sentir en sécurité dans la méthode d'accouchement qu'il propose. Une mise à jour des protocoles de service permettrait d'optimiser au mieux nos pratiques et d'améliorer la prise en charge de l'accouchement du siège.

Nous projetons de proposer à l'équipe une synthèse des résultats de cette étude. En effet, c'est l'occasion de porter un regard, que nous espérons objectif sur les pratiques du service.

Bibliographie

1. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Épidémiologie, facteurs de risque et complications. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. 2020 ;48 ;70-80
2. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF — Introduction. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. 2020 ;48 ;59-60
3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. THE LANCET. 2000;356:9.
4. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol. 1 avr 2006 ;194;1002-11.
5. Azria É. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF — Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse. Breech Present CNGOF Guidel Clin Pract — Case Sel Trial Labour Engl. 1 janv 2020;48;120-31.
6. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D. Evaluation of decisional elements of vaginal delivery in case of breech presentation in 19 university hospitals in France. J Gynecol Obstet Biol Reprod. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2009;411-20.
7. Ballas S, Toaff R, Jaffa AJ. Deflexion of the fetal head in breech presentation. Incidence, management, and outcome. 1978 ;653-5.
8. Sentilhes L, Vayssiere C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). 2013 ;25-32.
9. Blondel B, Norton J, Du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale. INSERM,1999. 1998
10. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? 2010;179-94.
11. Korb D, Goffinet F, Seco A, Chevret S, Deneux-Tharaux C. Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population-based propensity score analysis. 2019; 352-60.
12. Alexander JM, Leveno KJ, Rouse DJ, Landon MB, Gilbert S, Spong CY, et al. Comparison of maternal and infant outcomes from primary cesarean delivery during the second compared with first stage of labor. 2007; 917-21.
13. Vendittelli F, Pons JC, Lemery D, Mamelle N, Obstetricians of the AUDIPOG. The term breech presentation: neonatal results and obstetric practices in France. 2006 ; 176-84.
14. Cattin J, Roesch M, Bourtembourg A, Maillet R, Ramanah R, Riethmuller D. Pronostic obstétrical des présentations podaliques à terme en cas de rupture des membranes avant travail. 2016 ; 366-71.

15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34; 513.
16. Réseau Aurore. Grossesse Prolongée et terme dépassé: Surveillance et Prise en charge. 2019.
17. Floortje Vlemmix, Lester Bergenhenegouwen, Jelle M. Schaaf, Sabine Ensing, Ageeth N. Rosman, Anita C.J. Ravelli, Joris A.M. van der Post, Arno Verhoeven, Gerard H. Visser, Ben W.J. Mol, Marjolein Kok. Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. 2014;93:888-96.
18. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. 2020 ;48;95-108

Index des figures et des tableaux

FIGURES :

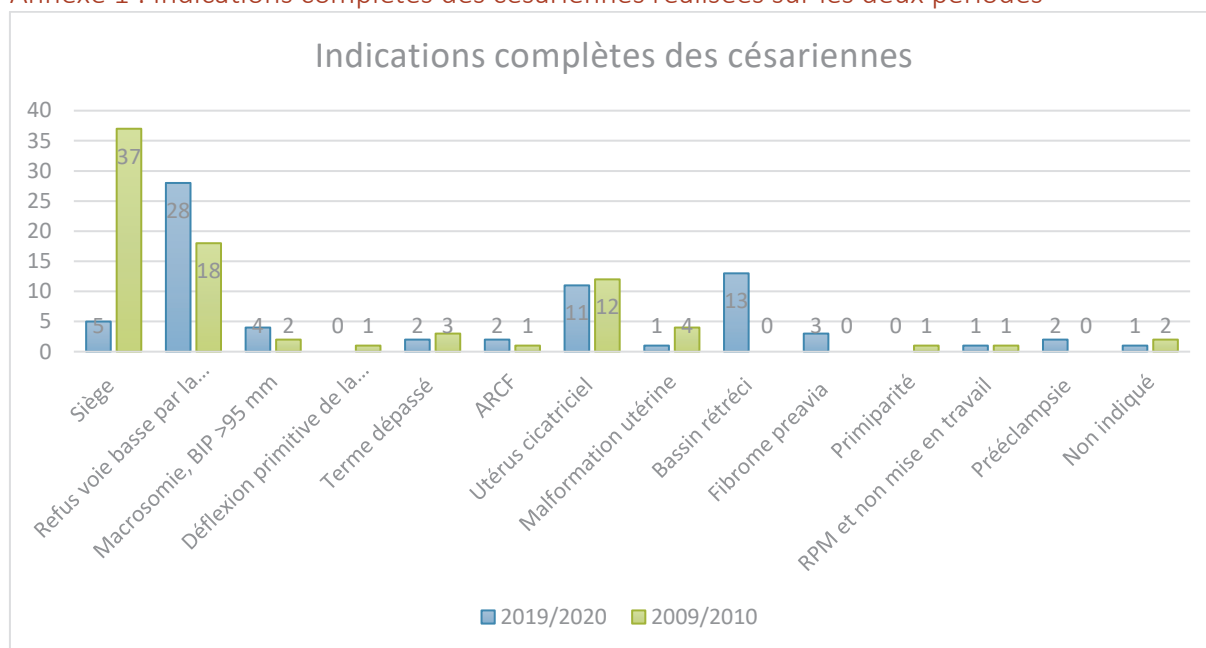
FIGURE 1: REPARTITION DES DOSSIERS SUR LA PERIODE 2009/2010.....	9
FIGURE 2: REPARTITION DES DOSSIERS SUR LA PERIODE 2019/2020	9
FIGURE 3 : FLOW-CHART DES DECISIONS D'ACCOUCHEMENT 2009/2010.....	12
FIGURE 4 : FLOW-CHART DES DECISIONS D'ACCOUCHEMENT 2019/2020.....	13
FIGURE 5: INDICATIONS DES CESARIENNES SUR LES DEUX PERIODES.....	15

TABLEAUX :

TABLEAU 1: COMPARAISON DE LA POPULATION DES 2 PERIODES.....	11
TABLEAU 2: COMPARAISON DES DIFFERENTES VOIES D'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DE L'ANNEE	13
TABLEAU 3: DETAILS DU MOTIF SIEGE DANS LES INDICATIONS DE CESARIENNE	16
TABLEAU 4: COMPARAISON DES VOIES D'ACCOUCHEMENT REALISEES EN FONCTION DE LA PARITE SUR LES DEUX PERIODES	16
TABLEAU 5: POURCENTAGE DU TAUX DE SUCCES DE LA VOIE BASSE PAR RAPPORT A L'ACCORD DONNE A 36 SA EN FONCTION DE LA PARITE (EXCLUSION DE L'ACCOUCHEMENT INOPINE DU SIEGE)	17
TABLEAU 6: OBSERVATION DE L'ETAT NEONATAL ET FŒTAL EN 2009/2010 ET 2019/2020 SUR L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	18

Annexes

Annexe 1 : Indications complètes des césariennes réalisées sur les deux périodes





SIÈGE

Fiche d'information *



*** Cette fiche présente des informations générales et ne se substitue en aucun cas à la décision du médecin qui aura en charge votre grossesse et votre accouchement.**

Qu'est ce que la présentation du siège ?

Au 9^{ème} mois, près de 4% des fœtus sont en présentation du siège, cela signifie que la tête de votre enfant est en haut, et le siège en bas. On distingue :

la présentation du siège "mode des pieds"
(siège complet fig A)



A. siège complet (en tailleur)

et la présentation du siège "mode des fesses"
(fig B)



B. siège décompleté mode des fesses

Quelle surveillance PENDANT LA GROSSESSE ?

La surveillance est la même que si la présentation est céphalique (tête en bas).

Une version par manœuvre externe destinée à orienter en douceur la tête du fœtus vers le bas peut vous être proposée en fin de grossesse, si aucune contre indication n'existe.

Quel mode d'accouchement en cas de présentation du siège ?

Si votre enfant se présente en siège, rien ne s'oppose formellement à un accouchement par les voies naturelles mais certaines conditions doivent être respectées. Les conditions les plus favorables pour un accouchement par les voies naturelles ont été définies par un comité d'experts (Collège national des Gynécologues obstétriciens Français) :

- Radiopelvimétrie normale,
- Flexion normale de la tête foetale,
- Estimation du poids de votre enfant à terme entre 2500 et 3800 grammes,
- Siège décompleté mode des fesses,
- Votre accord, car il est indispensable de pouvoir compter sur votre coopération lors de la phase d'expulsion

Comment va se dérouler l'accouchement si je choisis d'accoucher par les voies naturelles?

- ▶ Le travail sera surveillé attentivement comme pour toute autre patiente.
- ▶ Une analgésie péridurale est tout à fait possible et même recommandée.
- ▶ La dilatation du col devra être régulière et harmonieuse.
- ▶ Au cours de l'accouchement, une césarienne sera pratiquée si les circonstances l'exigent.



Avantages et inconvénients de l'accouchement par césarienne systématique ?

► Avantages :

La césarienne systématique évite la réalisation d'une césarienne imprévue pendant le travail, et diminue considérablement, sans les faire disparaître totalement, les risques de lésions traumatiques pouvant survenir lors d'un accouchement par les voies naturelles.

► Inconvénients :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui comporte pour vous des risques supérieurs à ceux d'un accouchement normal (infection, hémorragie, phlébite...).

Les douleurs post opératoires peuvent persister plusieurs semaines.

Lors de votre prochaine grossesse, l'existence d'une cicatrice sur votre utérus expose à un risque de rupture de la cicatrice utérine (1% des cas), ce qui peut entraîner une hémorragie maternelle et beaucoup plus rarement un risque vital pour le bébé (1 cas sur 1 000).

Ce choix du mode d'accouchement par les voies naturelles ou par césarienne peut être discuté jusqu'au terme, date à laquelle la situation obstétricale sera de nouveau analysée, surtout s'il existe d'autres facteurs de risque.

De toute façon, le choix du mode d'accouchement est déterminé conjointement par la patiente et par son médecin accoucheur. C'est pourquoi nous conseillons aux patientes dont l'enfant se présente en siège de consulter assez vite leur médecin accoucheur pour aborder ce type de discussion.

Où puis-je obtenir plus de renseignements ?

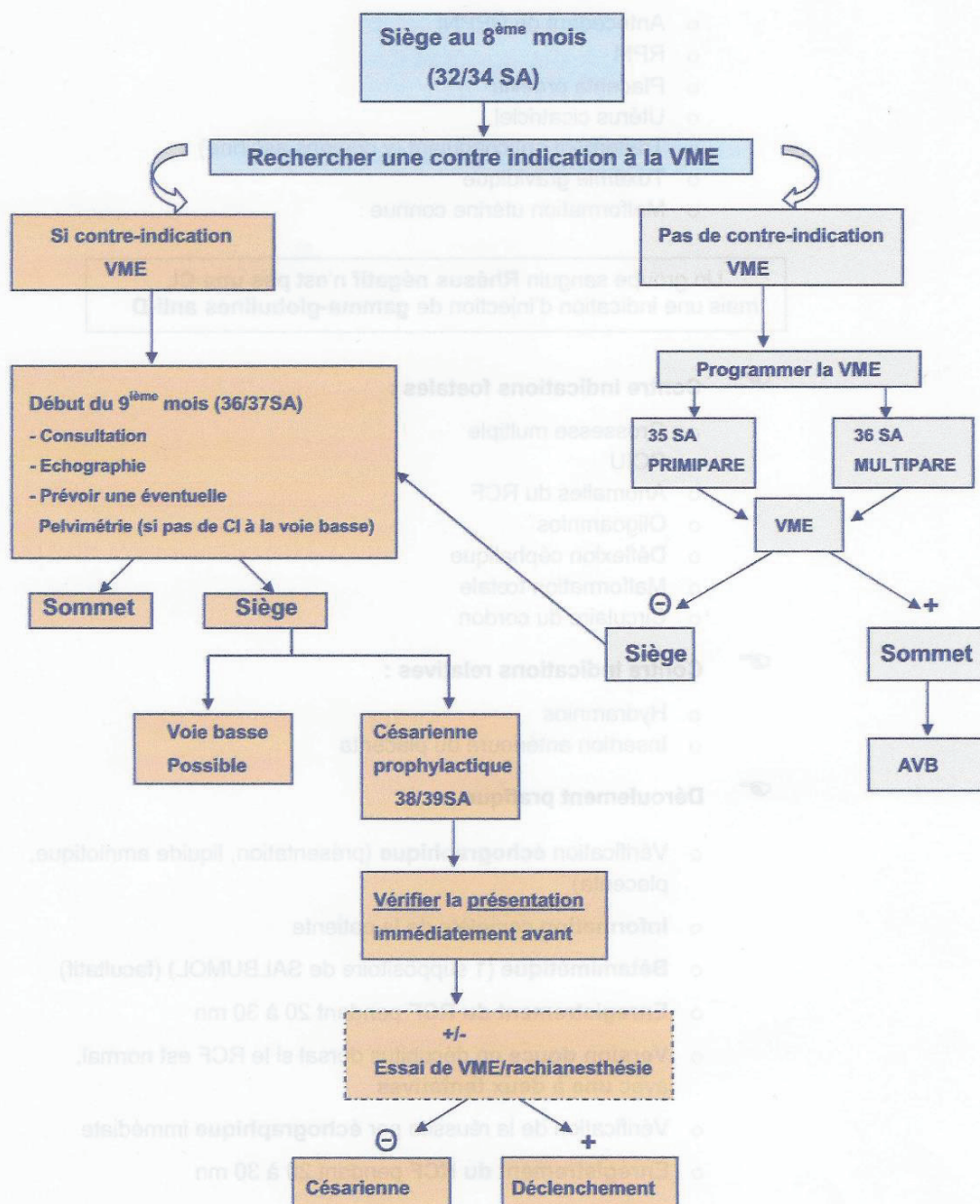
Votre médecin représente le meilleur interlocuteur
et la meilleure source d'information par rapport à votre cas particulier.

Faites lui part de votre désir ou de vos questions.

GROSSESSE ET PRÉSENTATION DU SIÈGE



1. CAT devant un siège au 8^{ème} mois :



GROSSESSE ET PRÉSENTATION DU SIÈGE

2. Protocole VME :



Contre indications maternelles :

- Antécédent de DPPNI
- RPM
- Placenta praevia
- Utérus cicatriciel
- Traitement anticoagulant (y compris aspirine)
- Toxémie gravidique
- Malformation utérine connue

Un groupe sanguin **Rhésus négatif** n'est pas une CI, mais une indication d'injection de **gamma-globulines anti-D**



Contre indications fœtales :

- Grossesse multiple
- RCIU
- Anomalies du RCF
- Oligoamnios
- Déflexion céphalique
- Malformation fœtale
- Circulaire du cordon



Contre indications relatives :

- Hydramnios
- Insertion antérieure du placenta



Déroulement pratique :

- Vérification **échographique** (présentation, liquide amniotique, placenta)
- **Information** complète de la patiente
- **Bétamimétique** (1 suppositoire de SALBUMOL) (facultatif)
- **Enregistrement du RCF** pendant 20 à 30 mn
- **Version douce** en décubitus dorsal si le RCF est normal, avec **une à deux tentatives**
- Vérification de la réussite par **échographique** immédiate
- **Enregistrement du RCF** pendant 20 à 30 mn

GROSSESSE ET PRÉSENTATION DU SIÈGE

3. Indication de la césarienne prophylactique en cas de présentation du siège :



Indications très recommandées :

- **Primiparité**
(sauf cas très particulier après discussion du dossier et information complète de la patiente)
- **Siège complet** : mode des pieds
- **Utérus cicatriciel**
- **Bipariétal ≥ 98 mm**
 - A l'échographie de **38 S** ou
 - A l'échographie pratiquée à l'**entrée** en salle d'accouchement
- **Déflexion céphalique**
 - A l'échographie de **38 S** ou
 - A l'échographie pratiquée à l'**entrée** en salle d'accouchement
- **Siège et bassin anormal chez une multipare**
 - **Bassin anormal** dans l'une quelconque de ses dimensions au **détroit supérieur**
(AP < 10.5 cm ou TM < 12.5 cm)
 - Ou **Bi-sciatique** < 9.5 mm
- **Terme entre 26 et 32 SA** sauf si accouchement imminent
(dilatation complète et siège décomplété bas)
- **Poids estimé < 1 500g ou > 3 800g**
- **RPM de plus de 24 heures** en l'absence de travail spontané et conditions locales peu favorables
- **Utérus bicorne bicervical ou cloisonné bicervical**
- **RCIU – Enfant fragile**
- **Refus** de la patiente après information



Conditions de la césarienne :

- Césarienne à **programmer vers 38 S½ - 39 S (pas avant)**
- Réalisation systématique d'une **échographie immédiatement avant la césarienne**

PRÉSENTATION DU SIÈGE singleton

Epidémiologie – Facteurs de Risque – Contre-indications

- La présentation du siège constitue de 3% à 5% des présentations dans la zone du terme.
- Les facteurs de risque les plus notables sont :
 - Malformation utérine congénitale
 - Myome
 - Oligoamnios
 - Prématurité
 - Restriction de croissance fœtale
 - Certaines malformations fœtales
- La morbi-mortalité périnatale semble plus importante pour la présentation du siège par rapport à la présentation céphalique. Les morbidités les plus fréquemment argumentées sont les hématomes, les fractures de clavicule et les lésions du plexus brachial, et sont estimées aux alentours de 1%.
- La morbi-mortalité périnatale de l'accouchement par voie basse du siège n'est pas augmentée en comparaison de la césarienne dans les études en population avec des équipes entraînées. De même, le développement neurologique à 2 ans, le développement psychomoteur et cognitif, entre 5 et 8 ans, et le niveau intellectuel adulte sont identiques entre voie basse et voie haute.
- La césarienne augmente le risque d'asthme jusqu'à 12 ans, ainsi que l'obésité jusqu'à l'âge adulte.
- La césarienne augmente le risque de MFIU et de prématurité pour la grossesse suivante.
- Concernant la morbi-mortalité maternelle, elle est identique entre voie basse et voie haute en l'absence de grossesse ultérieure mais le risque immédiat d'hémorragie > 500 mL est très augmenté en cas de césarienne.
- Lors d'une grossesse ultérieure, la césarienne expose la femme à des complications sévères (placenta prævia, placenta accreta, rupture utérine).

Version par manœuvres externes (VME)

Elle doit être **systématiquement proposée** quand la tentative d'accouchement par voie basse en présentation céphalique est envisagée.

La tentative de VME est recommandée à **partir de 35 SA, idéalement à 36 SA et avant 37 SA**. Son taux de **réussite est < 50%**. Le taux de succès des VME après 37 SA augmente avec une tocolyse IV.

La survenue d'un décollement placentaire est rarissime (de l'ordre de 1/1000) et la césarienne en urgence est peu fréquente (< 1 %) au décours d'une tentative de VME.

L'utérus cicatriciel n'est pas une contre-indication à la tentative de VME mais la présence d'une cicatrice doit inciter à la plus grande prudence.

Les malformations utérines constituent classiquement une contre-indication à la VME.

Il est **recommandé** :

- De réaliser les VME dans une structure où une césarienne est réalisable en urgence.
- Un enregistrement simple du RCF avant et pendant 30 min après la tentative de VME.
- De veiller à la prophylaxie de l'allo immunisation Rhésus chez une femme Rh- avec un fœtus Rh+.

PRÉSENTATION DU SIÈGE singleton

Il n'est **pas recommandé** systématiquement :

- Un enregistrement simple du RCF à distance de la tentative de VME.
- Un test de Kleihauer dans le décours du geste.

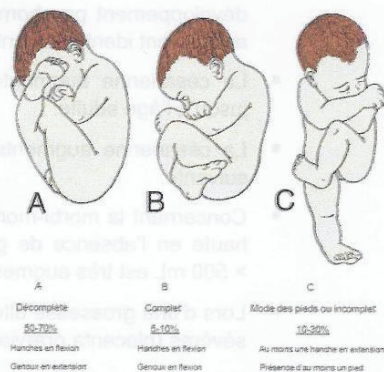
Conditions d'accouchement voie basse en présentation du siège

- **Accord de la patiente** (décision partagée patiente/gynécologue-obstétricien, après une information juste, loyale, éclairée, tracée).
- **Absence de malformation utérine connue**
- **Pelvimétrie :**
 - Si ≥ 37 SA (pelvimétrie non obligatoire avant 37 SA)
 - AP ≥ 105 mm, TM ≥ 120 mm, BS ≥ 100 mm (ou 95 mm selon le contexte clinique)
 - L'absence de pelvimétrie en cas de siège inopiné, ne contre-indique pas à elle seule la voie basse, mais elle est souhaitable.
- **PFE ≤ 3800 g.**
- Absence d'hyper extension de la tête fœtale.

Ne sont pas des contre-indications de principe :

- Le siège complet ou semi décomplet
- L'utérus cicatriciel
- La nulliparité
- La RPM (avant travail)

Il convient cependant d'être extrêmement prudent, en particulier lorsqu'il existe plusieurs facteurs de risques : RPM + siège complet par exemple.



Déroulement de l'accouchement voie basse

- Le déclenchement ou la maturation cervicale sont possibles (oxytocine, prostaglandines, à l'exclusion du ballonnet transcervical).
- L'APD est recommandée.
- La surveillance du RCF doit être continue.
- La RAM doit être pratiquée le plus tard possible (mais à envisager avec l'administration d'oxytocine en cas de dystocie dynamique).
- L'épisiotomie ne doit pas être systématique.
- L'accouchement se fait en présence d'un gynécologue-obstétricien et avec la disponibilité immédiate d'un anesthésiste et d'un pédiatre lors de la phase expulsive.
- Un instrument (forceps ou spatules) doit être disponible dans la pièce de l'accouchement.
- Il n'est pas recommandé de pratiquer une grande extraction du siège sur une présentation non engagée. Il faut alors préférer la césarienne.

PRÉSENTATION DU SIÈGE singleton

ANNEXE : RPC du CNGOF (Janvier 2020 – annexe p. 30, 31)

Cette fiche d'information est destinée aux patientes/couples dont l'enfant reste en présentation du siège au-delà de 36 semaines d'aménorrhée (SA), c'est-à-dire lorsque l'enfant présente ses fesses ou ses pieds en premier au lieu de la tête. Elle constitue un support de discussion avec l'équipe soignante.

Est-ce fréquent ?

La présentation du siège est très fréquente au deuxième trimestre de la grossesse. Par la suite, la majorité des enfants pivotent spontanément pour placer leur tête en premier. Au 9^e mois, on observe seulement 3% des enfants en présentation du siège.

Que faire si un enfant reste en siège au-delà de 36 SA ?

Le professionnel de santé vous exposera les différentes modalités de la prise en charge :

- réaliser une version par manœuvre externe (VME) pour aider l'enfant à pivoter tête en premier ;
- accompagner une tentative de naissance par voie basse ;
- ou planifier une naissance par césarienne.

Pourquoi envisager une VME ?

Cette manœuvre réduit le nombre d'enfants qui vont rester en siège. Ce succès permet alors de diminuer le recours à une césarienne.

Comment se déroule une version par manœuvre externe ?

Il s'agit d'essayer de faire pivoter l'enfant à la main en exerçant une pression à travers la paroi abdominale. Cette manœuvre a lieu à la maternité mais il n'est pas nécessaire d'être hospitalisée (retour à domicile au décours du geste). Elle est le plus souvent réalisée vers 36-37 semaines d'aménorrhée. L'administration d'un médicament relaxant l'utérus peut être proposée quelques minutes avant la manœuvre pour faciliter la rotation de l'enfant. Une vérification de la position de l'enfant et un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (monitoring) ont lieu juste avant et juste après le geste. La manœuvre dure quelques minutes. Elle peut être source d'inconfort et plus rarement de douleur. Il est recommandé de revenir consulter à la maternité en cas de saignements, de douleurs, de contractions, de perte de liquide, ou de diminution des mouvements fœtaux au décours de la manœuvre. Pour les patientes rhésus négatif, avec un fœtus rhésus positif, une injection d'immunoglobulines peut s'avérer nécessaire. En cas d'échec avec persistance d'une présentation en siège, le professionnel vous proposera peut-être une autre tentative dans les prochains jours.

La VME présente-t-elle un danger ?

La VME ne s'accompagne d'ordinaire d'aucune complication. Dans de très rares cas (moins de 1%) une césarienne peut être nécessaire au décours immédiat du geste en raison d'un saignement ou de modifications du rythme cardiaque fœtal. La VME peut être réalisée même si vous avez déjà eu une césarienne.

Quel est le taux de succès de la VME ?

On annonce d'ordinaire un taux de l'ordre de 30% à 50%. En fait ce taux est variable selon les équipes. Il est plus élevé chez les patientes qui ont déjà accouché. Il peut arriver qu'un enfant se remette en siège après un succès de la VME mais cette éventualité est rare (moins de 5%).

Que va-t-il survenir si l'enfant reste en siège après la VME ?

L'enfant restera en siège jusqu'à l'accouchement le plus souvent. Il faut donc envisager soit une tentative d'accouchement par voie basse en présentation du siège, soit une césarienne programmée. Les deux modalités présentent des avantages et des inconvénients pour vous et votre enfant à court et à long terme rendant nécessaire une discussion au cas par cas avec votre gynécologue-obstétricien. Dans les deux cas, les risques de complications sévères pour l'enfant et la mère sont faibles. Cependant, pour le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la tentative de voie basse est une option raisonnable dans la majorité des cas. Si une voie basse a été planifiée, il se peut qu'une césarienne soit finalement nécessaire comme pour toute naissance en raison d'une progression inappropriée du travail ou d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus. Si une césarienne a été planifiée, il se peut que le travail débute avant la date. Cette situation peut conduire à changer d'option et à privilégier une naissance par voie naturelle notamment si la naissance semble imminente.

Comment se déroule le travail avec un fœtus en siège ?

Vous bénéficierez de l'attention de l'équipe de la maternité comme les autres patientes accueillies en salle de naissance. La présentation en siège de votre enfant sera confirmée et la possibilité d'un accouchement par voie basse réévaluée par l'équipe obstétricale. La surveillance fœtale fera appel à un enregistrement continu du rythme cardiaque. L'analgésie péridurale sera réalisée si c'est votre souhait. Elle est néanmoins conseillée car elle facilitera la réalisation de manœuvres obstétricales lors de l'accouchement voire d'une césarienne pendant le travail, éventualité plus fréquente que lorsque l'enfant se présente par la tête. Le gynécologue-obstétricien sera présent à vos côtés lors de la naissance et un anesthésiste, ainsi qu'un pédiatre seront facilement disponibles. Si une césarienne est programmée, ses modalités vous seront expliquées par l'équipe obstétricale.

Annexe 5 : Synopsis

*CHB : Centre hospitalier Fleyriat de Bourg en Bresse



PROTOCOLE DE RECHERCHE Résultat de l'enquête exploratoire

Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
Site Bourg en Bresse



Auteur : Perrignon Charlotte
Directeur de recherche : Clothilde Taquet (gynécologue-obstétricien au CHB)
Titre provisoire : Etat des lieux de la prise en charge de l'accouchement du siège au CHB*. Comparaison des modalités d'accouchement de 2009/2010 par rapport à 2019/2020.

CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE

Bref rappel (données de la littérature, pathologie, domaine d'étude)

La prise en charge obstétricale en cas de présentation du siège est débattue depuis de nombreuses années. Avant les années 2000, beaucoup de tentatives voie basse avaient lieu. A la sortie de l'article de Hannah et coll, de nombreux obstétriciens ont réalisé des césariennes prophylactiques systématiques sur ces présentations. En effet ce dernier décrit un risque périnatal trop important lors d'un accouchement voie basse sur les présentations du siège. Récemment, un certain nombre d'obstétriciens français ont contredit les conclusions de Hannah et coll. En effet, l'étude PREMODA montre que les accouchements voie basse du siège dans le respect de critères strictes n'augmentent pas la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale par rapport à la réalisation de césarienne systématique.

C'est pourquoi, je me suis intéressée à l'évolution de la prise en charge de ces patientes. En effet, faire une étude comparative entre deux périodes sur un centre hospitalier me semble pertinent pour évaluer l'évolution de la prise en charge obstétricale des présentations du siège. Pour ce faire, je quantifierai le nombre de césariennes et d'accouchements voie basse en présentation du siège qu'il y a eu au cours de ces deux périodes. Afin d'avoir une explication plus précise sur ces possibles divergences entre 2009/2010 et 2019/2020, je souhaite récupérer les causes des césariennes qui ont pu être effectuées ainsi que le taux de succès des tentatives voie basse et les causes des échecs sur la tentative voie basse.

OBJECTIFS *Enoncé de l'objectif principal et de tous les objectifs secondaires*

- Comparer les modalités d'accouchements des présentations du siège sur deux périodes

Evaluer l'évolution de la prise en charge de l'accouchement du siège au CHB

METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE

Description des principales caractéristiques de la recherche par des termes standards selon le type de recherche.

Etude transversale avec collecte rétrospective des données.

Etude de tous les dossiers du CHB des années 2009/2010 et des années 2019/2020 sur les accouchements du siège à terme des grossesses monofoetales.

CRITERES DE JUGEMENT *Enoncé du critère de jugement principal et de tous les critères secondaires. Les critères sont présentés dans l'ordre des objectifs auxquels ils répondent.*

Le critère principal de jugement est le taux de césarienne et d'accouchement voie basse.

Les critères secondaires sont :

Taux de succès des tentatives voie basse

Taux de césariennes prophylactiques (non accord de la patiente pour voie basse, magnin <23...)

Taux de césariennes en urgence (ARCF, stagnation, non engagement de la présentation...)

POPULATION CIBLE *Bref description de la population de malades visée par l'étude (ex : cette étude porte sur des sujets adultes atteints de ...)*

Cette étude porte sur les femmes ayant accouché d'un fœtus unique en présentation du siège.

CRITERES D'INCLUSION : grossesse à plus de 37 SA, position fœtale en siège, fœtus vivant, accouchement au CHB
CRITERES DE NON INCLUSION <i>Lister tous les critères de non inclusion</i> Mort fœtale in utero, grossesse multiple, dossiers ayant une carence d'informations
CRITERES DE SORTIE D'ETUDE <i>Lister tous les critères de sortie prématurée, s'ils existent</i> Perte du dossier archivé du fait que les dossiers ne soient pas informatisés.
NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES <i>Énoncé du nombre total de sujets et, le cas échéant, du nombre de sujets par groupe</i> Environ 50 accouchements du siège au CHB par an. Etude sur l'année 2009 et 2010 puis 2019 et 2020 ; soit environ 200 sujets.
DUREE DE L'ETUDE 1 an
LIEU DE LA RECHERCHE <i>Préciser le nombre de centres et le(s) type(s) de service concerné(s) par la sélection et le suivi des sujets</i> Le lieu de la recherche se fera au CHB, il concerne le service de salle de naissance. Une recherche au département d'information médicale (DIM) de cet hôpital va me permettre de recueillir les données et de ressortir les dossiers.
RETOMBÉES ATTENDUES <i>Description des retombées, de la portée des résultats</i> Evaluer l'évolution de la prise en charge du siège au CHB.
Aspects éthiques et réglementaires Autorisation d'accès des archives du CHB. DIM
Références bibliographiques https://www.ajog.org/article/S0002-9378%2805%2902440-3/abstract JG-03-2001-30-2-0368-2315-101019-ART52
Calendrier prévisionnel : - Avril 2021 : Compléter la bibliographie - Mai-Juin 2021 : Rédaction de l'introduction et matériel/ méthodes, Organiser les informations nécessaires aux recueils de données pour l'étude - Juillet-août 2021 : Recueil des données dans les archives - Septembre -Octobre 2021 : Analyse des données - Novembre-Décembre-Janvier 2021/2022 : Rédaction des résultats, de la discussion et de la conclusion
Mots clés : Siège, Accouchement, Césarienne prophylactique, Tentative voie basse.



ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE

Dans le cadre de la mise en place d'une étude rétrospective ayant pour finalité la présentation d'un mémoire, les étudiants ont besoin d'accéder à des données de santé.

Les données communiquées pour cette étude sont issues de dossiers de patients sélectionnés pour la pertinence des informations à l'objet de la recherche. Elles sont hébergées par le Centre Hospitalier Fleyriat.

Afin de garantir le respect du secret médical, la confidentialité et la sécurité des données ces dernières sont soumises à des règles strictes d'utilisation.

- I. Les données communiquées ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche. Elles doivent être conservées sur un poste de travail verrouillé avec un système d'authentification forte comprenant un identifiant et un mot de passe répondant aux recommandations de sécurité de la Commission Nationale Informatique et Liberté (12 caractères minimum, majuscules, minuscules, chiffres, et caractères spéciaux). Sous aucune forme tout ou partie des données ne peut-être stockés sur un support informatique portatif (mémoire externe, disque dur externe, clef USB...)
- II. Tout document sur format papier contenant des données de santé doit impérativement être rangé dans une armoire verrouillée après chaque usage. Aucun document ne doit être laissé à la vue d'une personne extérieure à l'équipe de recherche.
- III. De façon générale, aucune personne tierce à l'équipe de recherche ne peut avoir accès et/ou prendre connaissance d'une quelconque donnée communiquée dans le cadre de la recherche.
- IV. Les échanges de données entre les membres de l'équipe de recherche se feront exclusivement par dossier chiffré muni d'un mot de passe.
- V. A la fin de la recherche, l'ensemble des données sera supprimé.

Considérant le secret médical et la législation sur la protection des données, l'étudiant(e) à l'origine de la recherche s'engage à l'ensemble des éléments susmentionnés. Il ou elle s'engage également à apporter tout le soin et la diligence nécessaire, à mettre en œuvre toutes les mesures de prudence permettant de prévenir une violation de la confidentialité compte tenu du caractère sensible des données traitées et reconnaît avoir connaissance des bonnes pratiques en matière de protection des données.

En cas de violation de la confidentialité des données communiquées, quelle qu'en soit sa source, l'étudiant(e) reconnaît qu'il ou elle procèdera immédiatement et sans délai indu, dès qu'il ou elle en aura connaissance, à sa notification au délégué à la protection des données de l'établissement.

Les obligations des présentes entrent en vigueur au jour de la signature du présent document par l'étudiant(e). Les obligations produiront leurs effets jusqu'au terme de la recherche et la suppression de l'ensemble des données personnelles identifiantes.

Date : 28/07/2024

Nom et prénom : PERRIGNON CHARLOTTE

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

lu et approuvé



Annexe 7 : Grille de recueil

[illegible]

Auteur : Charlotte Perrignon	Diplôme d'état de Sage-Femme 2022
Titre : Prise en charge de l'accouchement du siège au CH de Bourg-en-Bresse. Comparaison des modalités d'accouchement sur deux périodes 2009/2010 et 2019/2020.	
Résumé : <u>Introduction :</u> La prise en charge de l'accouchement du siège fait l'objet de débats depuis de nombreuses années. À la suite de la publication du Term Breech Trial de Hannah et al, de nombreux obstétriciens ont effectué des césariennes prophylactiques sur ces présentations. En effet, ce dernier décrit un risque périnatal important lors de l'accouchement vaginal sur les présentations par le siège. Récemment, un certain nombre d'obstétriciens français ont contredit les conclusions de cette étude. En effet, l'étude PREMODA montre que les accouchements par voie basse du siège dans le respect de critères strictes n'augmentent pas la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale par rapport à la réalisation de césarienne systématique. <u>Objectif :</u> Observer les modalités d'accouchement du siège à terme au centre hospitalier de Bourg en Bresse sur deux périodes différentes 2009/2010 et 2019/2020 <u>Méthode :</u> L'étude réalisée est observationnelle, analytique, cas témoin avec collecte rétrospective des données, menée sur le centre hospitalier de Bourg en Bresse. Elle se base sur les femmes ayant accouché d'un enfant en siège sur les 2 périodes. <u>Résultats et discussion :</u> Une augmentation significative du taux de voie basse et de leur succès a été observé sur la décennie. Cette évolution est dû aux nombreux facteurs expliquant la prise de décision de la voie d'accouchement. Les indications de césarienne prophylactique ont elle aussi bien évoluées. <u>Conclusion :</u> Une importante évolution de la prise en charge de l'accouchement du siège a eu lieu sur la décennie. Ce chiffre devrait continuer à évoluer avec la décennie suivante.	
Mots clés : Siège, accouchement, césarienne prophylactique, tentative voie basse	

Title : Management of breech birth at the CHB*. Comparison of 2009/2010 practices compared to 2019/2020.
Abstract : <u>Introduction :</u> The management of breech births has been debated for many years. Following the publication of the Term Breech Trial by Hannah et al, many obstetricians performed prophylactic caesarean sections on these presentations. Indeed, the latter describes a significant perinatal risk with vaginal delivery on breech presentations. Recently, several French obstetricians have contradicted the conclusions of this study. Indeed, the PREMODA study shows that breech deliveries in compliance with strict criteria do not increase maternal and perinatal morbidity and mortality compared with systematic caesarean delivery. <u>Objective :</u> To observe the modalities of breech deliveries at term at the Bourg en Bresse hospital center over two different periods 2009/2010 and 2019/2020 <u>Methods :</u> The study is an observational, analytical, case-control study with retrospective data collection, conducted at the Bourg en Bresse hospital. It is based on women who gave birth to a breech baby in 2009/2010 and 2019/2020. <u>Results and Discussion :</u> A significant increase in the rate of vaginal delivery and its success has been observed over the decade. This evolution is due to many factors explaining the decision of the delivery route. The indications for prophylactic caesarean section have also evolved. <u>Conclusion :</u> There has been a significant shift in the management of breech births over the decade. This figure is expected to continue to evolve with the next decade.
Keywords : Breech, Childbirth, Prophylactic Caesarean section, Low tract attempt