



PARI(S) SANTÉ FEMMES

LE SIEGE



« Recommandations pour la pratique clinique 2020* »

Groupe d'experts: É. Azria (ESPIC, Paris) ; D. Gallot (CHU, Clermont –Ferrand) ; G. Ducarme (CHG La Roche-sur-Yon) ; D. Korb (CHU, Paris) ; A. Mattuizzi (CHU Bordeaux) ; O. Parant (CHU Toulouse) ; N. Sananès (CHU Strasbourg) ; P. Rosenberg (CHI Poissy)

Restitution des RPC : V Peretti CHU de La Réunion site sud





Sémantique



UNIFORMISATION de la sémantique

Accord Professionnel



SIMPLIFICATION du discours face aux femmes



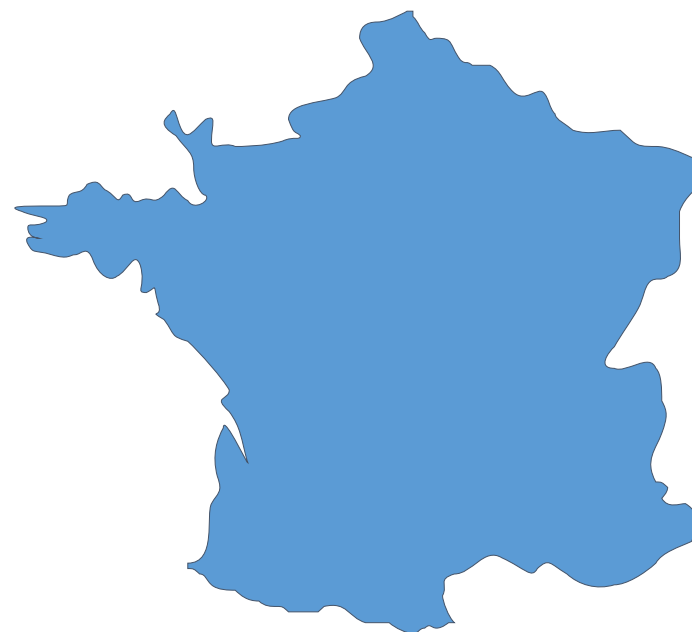
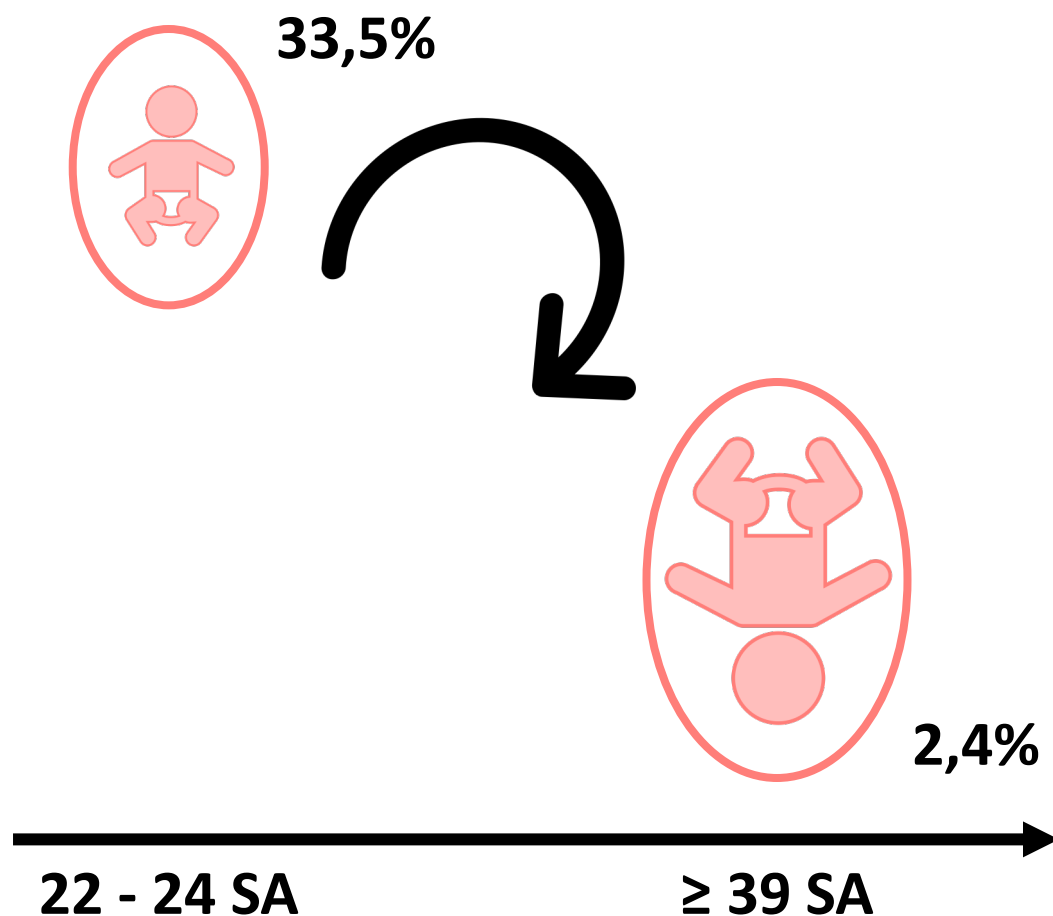
PRÉSENTATION DU SIÈGE



PRÉSENTATION PODALIQUE



Incidence selon l'âge gestationnel



NP3

3,1% après 37 SA



Mode de présentation



DÉCOMPLÉTÉ

~ 60% des cas



COMPLET

~ 30% des cas

NP2

Hannah et al. TBT. The Lancet. 2000
Goffinet et al. PREMODA. AmJOG. 2006

Iconographie : Gimovsky et al.
Operative Obstetrics. Baltimore,
Williams & Wilkins. 1995

Environ **5%** de l'ensemble des présentations du siège au moment de l'accouchement sont **INOPINÉES** (NP4).

Westgren et al. BJOG. 1985



Facteurs associés à une présentation du siège et mode d'accouchement en France



- Malformation utérine congénitale (NP3) X 8,6
- Myomes (NP3) X 1,5
- Oligoamnios (NP3) X 2
- Pré maturité (NP3) X 1,6
- Certaines malformations congénitales chez le fœtus (NP3) X 1,5
- Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (NP3) X 1,2
- En France:
 - TVB dans 30% des cas
 - 70% d'AVB effectifs et 30% de césarienne



Morbidité globale du siège indépendamment de la voie d'accouchement

- La morbi-mortalité périnatale après 37 SA en cas de présentation par le siège semble plus importante qu'en cas de présentation céphalique, toutes voies d'accouchement confondues (NP3).
- Le risque de lésions traumatiques lors de l'accouchement est estimé à moins de 1% (NP3).
 - Les lésions les plus fréquemment retrouvées sont les fractures de la clavicule, les hématomes ou contusions et les lésions du plexus brachial (NP3).
- La présentation du siège est associée à une augmentation du risque de dysplasie des hanches (NP3), et la césarienne ne semble pas en être un facteur protecteur (NP3).
- La présentation du siège ne semble pas être associée à une augmentation du risque de paralysie cérébrale en comparaison à la présentation céphalique **lorsque les fœtus atteints de malformations congénitales sont exclus (NP3)**.



La Version par Manœuvre Externe (VME)



- La tentative de version par manœuvre externe (VME) est associée à:
 - une diminution du taux des présentations du siège à l'accouchement (NP2)
 - et à une diminution du taux de césarienne (NP3)
 - sans augmentation de la morbidité maternelle (NP3) et périnatale sévère (NP3).
 - Le risque de mort foétale in utero ne semble pas augmenté en cas de tentative de VME en comparaison à l'expectative (environ 0,5% dans les deux cas) (NP3).
- Il est donc recommandé d'informer les femmes avec un fœtus en présentation du siège de la possibilité de réaliser une tentative de VME (Accord professionnel).
- Cependant, le taux de réussite de la VME est très variable selon les études et d'ordinaire inférieur à 50% (NP3).



Contre-indications et facteurs associés à la réussite d'une VME

- **Contre-indications / absence de contre-indications à une VME:**
 - Une tentative de VME ne doit pas être réalisée dans les situations qui justifient une césarienne programmée pour une autre raison que la présentation du siège (Accord professionnel).
 - Il n'est pas recommandé de réaliser un dépistage systématique des anomalies funiculaires avant la réalisation d'une tentative de VME (Accord professionnel).
 - L'utérus cicatriciel n'est pas une contre-indication à une tentative de VME (Accord professionnel).
- **Facteurs associés à la réussite d'une VME :**
 - la multiparité (NP3)
 - et l'absence d'obésité maternelle (NP3).



Modalités de réalisation d'une VME

Il est recommandé de....



- réaliser toute tentative de VME:
 - à partir de 36SA (Accord professionnel).
 - dans une structure où une césarienne est réalisable en urgence (Accord professionnel).
 - concomitamment à une tocolyse IV afin d'en augmenter le taux de succès (Grade B).
- réaliser un enregistrement du RCF avant toute tentative et pendant les 30 minutes qui suivent (Accord professionnel).
- veiller à la prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus RH-1, en accord avec les recommandations du CNGOF (Accord professionnel).

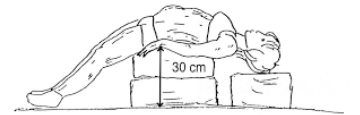


Modalités de réalisation d'une VME

Il n'est pas recommandé de....



- réaliser systématiquement après une tentative de VME:
 - un test de Kleihauer (Accord professionnel),
 - ni un enregistrement du RCF à distance (Accord professionnel).
- réaliser, pour améliorer le taux de succès de la VME de séances (Grade B) :
 - d'acupuncture, 
 - de moxibustion, 
 - d'hypnose
 - de méthodes posturales (position genu-pectorale et pont indien)
 - ou d'utiliser l'ALR (Accord professionnel)





PARI(S) SANTÉ FEMMES

Premières journées Pari(s) Santé Femmes – Paris, Janvier 2020



Bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée en cas de présentation du siège à terme



TERM BREECH TRIAL

Hannah, Lancet, 2000

- Essai randomisé multicentrique (121 centres, 26 pays)

	TERM BREECH TRIAL		
	TVB n=1039	CP n=1039	RR (CP vs TVB)
Mortalité périnatale ou morbidité néonatale sévère	5.0%	1.6%	0.33 (0.19-0.56)
Mortalité périnatale	1.3%	0.3%	0.23 (0.07-0.81)
Morbidité néonatale sévère	3.8%	1.4%	0.36 (0.19-0.65)

PREsentation MOfde D'Accouchement

Goffinet AJOG 2006

- Etude prospective observationnelle 139 mater Fr 36 belges (CNGOF 2000)
- Comparer morbimortalité néonate VB/ Cs

	PRÉMODA		
	TVB n=2502	CP n=5573	OR (TVB vs CP)
Mortalité périnatale ou morbidité néonatale sévère	1.60%	1.45%	1.10 (0.75-1.61)
Mortalité périnatale	0.08%	0.14%	/
Morbidité néonatale sévère	1.52%	1.31%	/

RCT international versus étude observationnelle francophone

	TERM BREECH TRIAL			PRÉMODA		
	TVB n=1039	CP n=1039	RR (CP vs TVB)	TVB n=2502	CP n=5573	OR (TVB vs CP)
Mortalité périnatale ou morbidité néonatale sévère	5.0%	1.6%	0.33 (0.19-0.56)	1.60%	1.45%	1.10 (0.75-1.61)
Mortalité périnatale	1.3%	0.3%	0.23 (0.07-0.81)	0.08%	0.14%	/
Morbidité néonatale sévère	3.8%	1.4%	0.36 (0.19-0.65)	1.52%	1.31%	/



Étude observationnelle de supériorité



Ne permet pas de dire qu'il n'y a pas de sur-risque néonatal à la TVB



Permet de dire que le risque a été largement surestimé par le TBT

RCT international versus étude observationnelle francophone	TERM BREECH TRIAL			PRÉMODA		
	TVB n=1039	CP n=1039	RR (CP vs TVB)	TVB n=2502	CP n=5573	OR (TVB vs CP)
Mortalité périnatale ou morbidité néonatale sévère	5.0%	1.6%	0.33 (0.19-0.56)	1.60%	1.45%	1.10 (0.75-1.61)
Mortalité périnatale	1.3%	0.3%	0.23 (0.07-0.81)	0.08%	0.14%	/
Morbidité néonatale sévère	3.8%	1.4%	0.36 (0.19-0.65)	1.52%	1.31%	/
Radiopelvimétrie	10%			83%		
Absence de déflexion de la tête	Vérifiée par écho ou cliniquement			Vérifiée par écho		
Extractions instrumentales	22%			5%		
Obstétricien sénior à l'accouchement	78%			93%		
Pays avec mortalité périnatale élevée	50%			0%		



Term Breech trial (TBT) versus PREMODA

En cas de présentation du siège à terme...



- La TVB est associée à une augmentation du risque composite de mortalité périnatale ou de survenue d'une morbidité néonatale sévère comparativement à la césarienne programmée (CP) (Term Breech Trial) (NP1).
- Cette augmentation du risque n'a pas été retrouvée dans une large étude prospective observationnelle franco-belge (étude PREMODA) (NP2).
- **Le risque de mortalité périnatale est aux alentours de 1‰ (NP3).** Il est potentiellement moindre mais non nul en cas de césarienne programmée (NP2).



Term Breech trial (TBT) versus PREMODA

En cas de présentation du siège à terme...



- Les risques suivant sont majorés en cas de TVB (NP2) et seraient de l'ordre de 1%:
 - traumatisme néonatal – fracture de clavicule et hématome du siège principalement (NP3)
 - score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes (NP3)
 - nécessité d'intubation néonatale (NP3)
- Il n'a pas été retrouvé de différence entre la TVB et la CP concernant:
 - le développement neurologique à 2 ans (NP2),
 - le développement psychomoteur et cognitif entre 5 et 8 ans (NP3),
 - et le niveau intellectuel à l'âge adulte (NP4).



Indépendamment de la présentation foetale (céphalique et/ou siège)

- La césarienne est associée à un risque majoré:
 - d'asthme chez l'enfant jusqu'à l'âge de 12 ans (NP2),
 - d'obésité dans l'enfance et à l'âge adulte (NP2).
- En cas de nouvelle grossesse, lorsque l'accouchement précédent a eu lieu par césarienne plutôt que par voie basse, il existe alors un risque majoré de:
 - Mort foetale in utero (NP2)
 - Accouchement prématuré (NP2).

Complications maternelles à court terme selon la voie d'accouchement programmée en cas de présentation du siège



Nous ne disposons que d'une seule étude de qualité, un essai randomisé – le Term Breech Trial – limité principalement par un manque de puissance, ayant mis en évidence un taux de morbidité maternelle similaire quelle que soit la voie d'accouchement programmée (NP2)

Les études en population les plus récentes ayant inclus essentiellement des foetus en présentation céphalique, rapportent des résultats comparables, c'est-à-dire une morbidité maternelle sévère similaire en cas de césarienne programmée ou de tentative de voie basse (NP3)

Complications maternelles à 3 mois selon la voie d'accouchement programmée en cas de présentation du siège



Nous ne disposons que d'une seule étude de qualité, ayant mis en évidence à 3 mois du postpartum une diminution du risque d'incontinence urinaire (NP2) et de douleurs périnéales (NP2) avec néanmoins un risque augmenté de douleurs abdominales (NP2) en cas de césarienne programmée comparativement à la tentative de voie basse



Complications maternelles de la voie d'accouchement à moyen et long terme (> 1 an)



En l'absence de grossesse ultérieure, la césarienne programmée ne modifie pas la morbidité maternelle à long terme (NP2)

En cas de grossesse ultérieure, l'antécédent d'accouchement par césarienne expose la femme, aux risques graves de rupture utérine, d'anomalies d'insertion placentaire et d'hystérectomie (NP2)





PARI(S) SANTÉ FEMMES

Premières journées Pari(s) Santé Femmes – Paris, Janvier 2020



Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège.





Pour commencer, une lapalissade qu'il est important de rappeler



- Les facteurs retenus à la TVB ont comme contre-indication:
 - maternelle,
 - obstétricale,
 - placentaire ou
 - foétale
- en cas de présentation céphalique, sont à considérer comme tels, en cas de présentation du siège (Accord professionnel).



La pelvimétrie (1)



- Il est recommandé de proposer aux femmes qui souhaitent une tentative de voie basse à terme une pelvimétrie pour décider avec elles de leur mode d'accouchement (Grade C), car sans modifier le taux global de césariennes, elle permettrait de réduire le risque de césarienne en cours de travail (NP3).
- Les normes pelvimétriques qui étaient en vigueur lors de l'étude PREMODA prévoyaient un diamètre Promoto-Retropubien ≥ 105 mm, un diamètre Transverse Médian ≥ 120 mm, un diamètre Bi Epineux ≥ 100 mm.
- Cependant, comme il n'existe pas d'élément permettant de statuer sur les mesures du pelvis à privilégier, ni d'éléments qui permettraient de fixer des seuils décisionnels autres que ceux fixés dans les études publiées, **les seuils décisionnels choisis, peuvent être modulés en fonction de l'âge gestationnel au moment de l'accouchement ou des biométries fœtales (Accord professionnel).**



La pelvimétrie (2)



- Le risque oncogène théorique associé à l'exposition in utero aux radiations ionisantes doit faire préférer la pelvimétrie par IRM ou à défaut la scanno-pelvimétrie à la radiopelvimétrie (Accord professionnel).
- Il n'existe pas d'argument pour recommander la pratique de la pelvimétrie en cas d'accouchement avant 37 SA (Accord professionnel).
- En cas de présentation du siège méconnue à l'entrée en travail, l'absence de pelvimétrie ne contre indique pas à elle seule la tentative de voie basse (Accord professionnel).



Echographie et siège



- Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander la réalisation systématique:
 - d'une estimation de poids fœtal
 - et/ou d'une mesure du diamètre bipariétal
- Cependant en cas d'estimation du poids fœtal connue avant la naissance supérieure à 3800g, une césarienne est à privilégier (Accord professionnel).
- Il est recommandé avant une tentative d'accouchement par voie basse:
 - de vérifier l'absence d'hyper-extension de la tête fœtale par échographie (Accord professionnel)
 - et de préférer une césarienne si une telle position est mise en évidence (Accord professionnel).

Situations qui ne sont pas en soi une contre-indication à une TVB

- **Fœtus petit pour l'âge gestationnel** (Accord professionnel).
- **Siège complet** (Accord professionnel), même si elle est associée à un risque accru de césarienne en cours de travail (NP3).
- **L'antécédent de césarienne** (Accord professionnel).
- **La nulliparité** (Grade C), même si elle est associée à un risque accru d'échec de tentative d'accouchement par voie basse par rapport aux femmes qui ont déjà accouché par voie basse (NP3).
- **La rupture des membranes à terme avant travail** (Accord professionnel).



Siège prématuré

- Les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (Accord professionnel).



Généralités sur l'information



Aboutir à une décision partagée par la patiente et le GO



Information claire et loyale



Aide d'un tiers pouvant assurer la traduction si besoin



Place primordiale de l'information délivrée par l'équipe de la maternité où la patiente a choisi d'accoucher



Information tracée dans le dossier obstétrical

La patiente doit être prévenue que l'option retenue peut être rediscutée en fonction du contexte obstétrical (accord professionnel)

Tentative de voie basse vs césarienne



L'information doit exposer les bénéfices et les risques



À court terme et à long terme



Pour l'enfant et pour la mère



**Informez sur les bénéfices et risques d'une tentative de voie basse
versus césarienne programmée**

(accord professionnel)



Organisation



Accouchement du siège dans une maternité (recours immédiat à CS si besoin)



Disposer d'un protocole précisant conditions éligibilité TVB



Disposer d'un échographe pour établir le type de présentation



Prévenir le gynécologue-obstétricien de garde dès l'admission pour revalider la voie d'accouchement +/- complément d'infos



Voie veineuse dès le début du travail



Il n'est pas nécessaire de s'installer dans une salle de césarienne pour TVB



Présence du GO à l'expulsion et disponibilité immédiate anesthésiste et pédiatre

Il n'est pas démontré que le déclenchement du travail en cas de présentation du siège à terme soit associé à une augmentation de la **morbidité périnatale**
. en comparaison à un *travail spontané*
. et en comparaison à la *césarienne programmée*, y compris sur col défavorable (NP3).

Le **taux de césarienne** est cependant majoré en cas de déclenchement en comparaison aux femmes en travail spontané, notamment en cas de score de Bishop bas (NP3).



La présentation du siège à terme n'est donc pas une contre-indication à un déclenchement lorsque les critères d'acceptation de la voie basse sont réunis (Grade C).

Analgésie

L'analgésie locorégionale pérимédullaire devrait être encouragée compte-tenu de la fréquence élevée des interventions obstétricales en cours de travail

(Accord professionnel)



En cas de contre-indication à l'ALR ou de choix personnel de la parturiente **de ne pas avoir d'ALR**, la tentative de voie basse **n'est pas contre-indiquée** *(Accord professionnel)*

Surveillance fœtale

Il est recommandé de mettre en place une surveillance continue du RCF
(enregistrement cardiotocographique externe) **en cours de travail**
(Accord professionnel)



Aucun examen de surveillance du bien-être fœtal de 2nde ligne n'a démontré son intérêt pour diminuer la morbidité néonatale en cas de présentation du siège.

Il n'est donc pas recommandé de réaliser d'examen de deuxième ligne en cas de présentation du siège au cours du travail
(Accord professionnel)

Il est impossible d'émettre de recommandations sur la durée normale des différents stades du travail en cas de présentation du siège à terme.

Il n'est donc pas possible de définir des indications de césarienne

- . pour une phase de latence prolongée ou
- . pour une stagnation de la dilatation en phase active du travail

(Accord professionnel)



Paramètres du travail observés chez les femmes de l'étude PREMODA ayant accouché par voie basse ($n = 1825$) [3].

Arrêt de progression de la dilatation

Aucun	1534 (87,2 %)
Au moins 1 épisode de stagnation ≥ 1 h	144 (8,2 %)
Au moins 1 épisode de stagnation ≥ 2 h	67 (3,8 %)
Au moins 2 épisodes de stagnation ≥ 2 h	14 (0,8 %)

Durée du 1^{er} stade du travail : entre 5 et 10 cm de dilatation

<4 h	1208 (66,2 %)
4-6 h	248 (13,6 %)
≥ 7 h	25 (1,4 %)
Non précisé	344 (18,8 %)



Il n'y a aucune donnée permettant de définir une stratégie spécifique de prise en charge de la **dystocie dynamique** en cas de présentation du siège.

Il est cependant possible d'utiliser de l'oxytocine ou de réaliser une amniotomie en cas de dystocie dynamique (*Accord professionnel*)



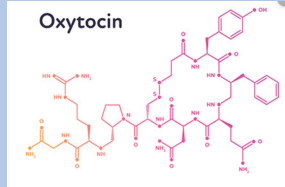
Il n'est pas possible de recommander une durée maximale pour la phase de descente (*Accord professionnel*)

Néanmoins, en l'absence d'engagement après 2 heures à dilatation complète et après correction d'une éventuelle dystocie dynamique, il est recommandé d'envisager une césarienne (*Accord professionnel*)

(Accord professionnel)

(Accord professionnel)

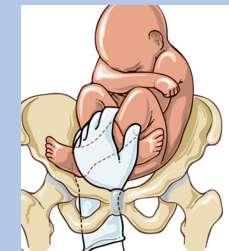
(Accord professionnel)



d'épisiotomie (*Accord professionnel*)



(Accord professionnel)



Durant les 2^{ème} et 3^{ème} temps de l'expulsion (épaules et tête fœtale), les **données** disponibles sont **insuffisantes** pour recommander

- **soit l'expulsion spontanée sans intervention** (« *Vermelin* »)
- **soit la réalisation systématique de manœuvres d'accompagnement** & pour recommander une manœuvre plutôt qu'une autre
(*Accord professionnel*)

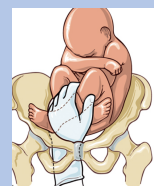


En cas d'anomalies du RCF ou de **progression jugée lente**, une **attitude interventionniste doit cependant être envisagée** afin d'écourter la phase expulsive (*Accord professionnel*)

il n'est **pas possible d'émettre de recommandation sur la durée des efforts expulsifs** (*Accord professionnel*)

En l'absence de données comparatives, il n'a pas été possible d'émettre de recommandation sur la prise en charge des dystocies mécaniques observées dans l'accouchement du siège.

* Il ne paraît cependant pas raisonnable de pratiquer une grande extraction du siège sur un fœtus unique non engagé (*Accord professionnel*)



* L'assistance instrumentale par ventouse sur une présentation du siège décomplété n'est pas recommandée (*Accord professionnel*)





Conclusions (1)

- En cas de présentation du siège à terme, les risques de complications sévères pour l'enfant et la mère sont faibles en cas de tentative de voie basse ou de césarienne programmée.
- Le rapport bénéfices/risques à court terme pour l'enfant pourrait être favorable à la césarienne programmée mais la morbidité à long terme ne semble pas modifiée en fonction de la voie d'accouchement (Accord professionnel).
- Le rapport bénéfices/risques pour la mère à long terme est favorable à la tentative de voie basse, en particulier en cas de grossesse ultérieure (Accord professionnel).



Conclusions (2)

- Pour le groupe d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la tentative de voie basse est une option raisonnable dans la majorité des cas (Accord professionnel).
- Le choix de la voie d'accouchement doit être partagé par la patiente et le médecin.
- Après information, que la patiente souhaite une tentative de voie basse ou une césarienne programmée, son choix doit être respecté (Accord professionnel).

Merci de votre attention

