



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Comparaison du pronostic obstétrical des tentatives d'accouchement par le siège : travail spontané versus déclenchement

### Comparison of obstetric prognosis of attempts of breech delivery: Spontaneous labor versus induced labor

A. Breton<sup>a</sup>, P. Gueudry<sup>a</sup>, B. Branger<sup>b</sup>, F.-A. Le Baccon<sup>c</sup>, T. Thubert<sup>a</sup>, C. Arthuis<sup>a</sup>, N. Winer<sup>a</sup>, V. Dochez<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique, hôpital mère-enfant-maternité, CHU de Nantes, 38, boulevard Jean-Monnet, 44093 Nantes cedex 1, France

<sup>b</sup> Réseau sécurité naissance des pays de la Loire, 44000 Nantes, France

<sup>c</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Rennes, 35033 Rennes, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
Reçu le 24 février 2018

Mots clés :  
Siège  
Déclenchement du travail  
Travail spontané  
Césarienne  
Morbidity périnatale

Keywords:  
Breech presentation  
Induced labor  
Spontaneous labor  
Caesarean section  
Perinatal morbidity

#### RÉSUMÉ

**Objectifs.** – La voie d'accouchement des fœtus en présentation podalique est souvent débattue. L'accouchement par voie basse, lorsqu'il est accepté, concerne le plus souvent un travail spontané pour mieux apprécier la qualité de la contractilité, de l'accommodation fœtopelvienne et du partogramme. Le déclenchement des fœtus en présentation du siège était classiquement contre-indiqué ou jugé avec méfiance par les experts. L'absence de niveau de preuve concernant une contre-indication permet une prudente et progressive évolution des pratiques obstétricales, avec l'arrivée des déclenchements du siège. L'objectif de cette étude est d'analyser le taux de succès d'accouchement par voie basse lors des déclenchements versus lors des mises en travail spontané dans les déclenchements du siège. Les critères de morbi-mortalité maternels et fœtaux sont également analysés.

**Méthodes.** – Cette étude rétrospective a inclus 206 patientes avec des fœtus en présentation du siège : 182 en travail spontané et 24 déclenchements, entre juin 2012 et juin 2017. Les critères d'inclusions étaient toutes les patientes présentant une grossesse unique avec un fœtus en présentation du siège après 34 semaines d'aménorrhée et avec un accord d'accouchement par voie basse par un sénior d'obstétrique. Les grossesses multiples, les termes inférieurs à 34 semaines d'aménorrhées, les utérus cicatriciels, les césariennes programmées pour présentation du siège et absence d'accord voie basse, les morts fœtales in utero et les interruptions médicales de grossesse étaient exclus. Les déclenchements étaient réalisés pour raison médicale sur un col favorable.

**Résultats.** – Il n'y avait pas de différence significative sur le taux de césariennes des accouchements des sièges entre le groupe « déclenchement » et le groupe « travail spontané » (OR = 1,69 [IC95 % : 0,71–4,04]). Concernant les critères de morbidité maternels, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le taux de périnée lésé ni sur le taux d'hémorragie de la délivrance. Pour les paramètres de morbi-mortalité néonataux, aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux groupes concernant le taux de score d'Apgar < 7 à 5 minutes, de transfert en néonatalogie, de traumatisme fœtal et de la valeur du pH.

**Conclusion.** – Dans la limite de notre effectif, il paraît acceptable de proposer des déclenchements pour raison médicale sur les présentations du siège sous réserve d'un protocole précis de service avec des critères d'acceptabilités. En effet, cela permet d'éviter un certain nombre de césariennes de précaution, et ainsi de préserver le pronostic obstétrical des patientes pour des grossesses ultérieures. Il serait intéressant d'étudier les critères de morbi-mortalité maternels et néonataux lors des déclenchements à ceux des césariennes programmées alors que le déclenchement aurait été envisageable.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : [vincent.dochez@chu-nantes.fr](mailto:vincent.dochez@chu-nantes.fr) (V. Dochez).

A B S T R A C T

**Objectives.** – Delivery mode in breech presentation (BP) is often controversial. Spontaneous labor, when vaginal birth seems safe, allows to better estimate uterus contractility, fetus' accommodation to maternal pelvis and optimize monitoring with a partograph. Induced labor in BP was usually contra-indicated. Lack of strong scientific evidence on this matter has permitted a progressive and careful evolution in obstetrical management, with the introduction of induced labor in BP. The aim of our study is to compare vaginal birth rates when labor is induced versus when spontaneous in BP. Maternal and fetal morbidity and mortality parameters were also evaluated.

**Methods.** – In this retrospective study were included 206 patients carrying fetuses in BP, between June 2012 and June 2017. 182 of them had spontaneous labor and 24 experienced induced labor. Inclusion criteria were singleton pregnancy, BP after 34 weeks of gestation and vaginal delivery authorized by a senior obstetrician. Multiple pregnancy, birth before 34 weeks of gestation, uterine scar, planned caesarian section for BP, intra-uterine fetal death and medical termination of pregnancy were excluded. Induction of labor was performed for medical reason on a favorable cervix.

**Results.** – There was no significant difference in cesarean section rates between the two “induced” and “spontaneous” labor groups in BP (OR = 1.69 [CI95%: 0.71–4.04]). We observed no difference between the two groups in neither perineum trauma nor post-partum hemorrhage. No difference was found between the two groups in rates of Apgar score < 7.5 minutes after birth, neonatal transfer, fetal trauma and pH at birth.

**Conclusion.** – Despite our small population, it seems acceptable to propose induced labor for medical reason if cervix is favorable in BP if a protocol is available stating acceptability criteria for vaginal birth. It can avoid unnecessary caesarian section and allow better obstetrical outcome. It would be interesting to study fetal and maternal morbidity and mortality criteria in induced labor versus planned caesarian section when patients could be eligible for induced labor in BP.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

La présentation du siège concerne 3 à 4 % des naissances. Elle est la plus fréquente après celle du sommet [1]. Il est admis que le travail, lorsqu'il s'agit d'une présentation du siège, est à plus haut risque de dystocie et expose à une morbi-mortalité fœtale et maternelle plus élevée que la population céphalique [2]. De ce fait, l'acceptabilité d'une voie basse se fait après une évaluation personnalisée de la situation obstétricale en tenant compte de la balance bénéfiques/risques d'une voie d'accouchement par rapport à l'autre pour la mère et le fœtus. De nombreuses études contradictoires sur la voie d'accouchement des sièges, particulièrement concernant l'état néonatal, se sont succédées ces vingt dernières années [2–6]. L'étude multicentrique de Hannah publiée en 2000 [7], dont les résultats sont en défaveur de la voie basse, a eu un retentissement mondial avec une augmentation du taux de césarienne [8–10]. Néanmoins, les résultats d'études plus récentes, notamment françaises, montrent l'absence d'augmentation de la morbi-mortalité néonatale lors des naissances par voie basse des présentations du siège [11–15]. Donc, après un arrêt presque généralisé de la voie basse, la légitimité d'autoriser la voie basse est confirmée par les recommandations des sociétés savantes [16–19]. La voie d'accouchement du siège reste encore sujette à une grande variabilité inter-maternité et même intra-maternité [20,21].

Lorsqu'il existe une indication médicale à la naissance, il est classique d'avoir recours à un déclenchement s'il s'agit d'une présentation céphalique tandis qu'une césarienne est privilégiée lorsque cela concerne une présentation du siège [22,23]. La question d'envisager un déclenchement pour les présentations du siège plutôt qu'une césarienne systématique se pose. Cela pourrait permettre de diminuer le taux d'utérus cicatriciel pour cause de siège et donc la morbi-mortalité qui lui est associée sur les grossesses ultérieures notamment pour les primipares [24,25]. Il s'agit d'une étude originale, avec très peu de données dans la littérature concernant le déclenchement en cas de présentation podalique, mais également avec des taux d'accouchement voie

basse variable selon les différents services. Il nous semble donc nécessaire de publier ces résultats, afin de poursuivre notre démarche de promotion de l'accouchement voie basse, notamment en cas de présentation du siège.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser le taux de succès de la tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) sur les présentations du siège lors d'un travail déclenché sur un col favorable versus lors d'un travail spontané. Nous analyserons également des paramètres de morbi-mortalité fœtaux et maternels dans ces deux situations.

## 2. Méthodes

Cette étude observationnelle, monocentrique, (CHU de Nantes, France) rétrospective de juin 2012 à juin 2017, incluait toutes les présentations du siège avec tentative d'accouchement par voie basse.

Les critères d'inclusions étaient : les grossesses simples avec une présentation du siège complet, semi-décompleté ou décompleté, un terme  $\geq 34$  semaines d'aménorrhées (SA) et un accord voie basse donné selon le protocole de service du CHU de Nantes (élaboré à partir des recommandations du CNGOF). Celui-ci contient des critères échographiques avec une estimation du poids fœtal (EPF) < 3800 g, un diamètre bipariétal (BIP) < 98 mm contrôlé à l'arrivée en salle de travail ainsi qu'une tête fœtale fléchie ou en position intermédiaire. Il comporte également des critères de pelvimétrie qui doivent être remplis avec un diamètre promonto-rétro-pubien (PRP) > 105 mm, un diamètre transverse-médian (TM) > 12 mm, un diamètre bi-sciatique (BS) > 95 mm. Dans certaines situations de travail spontané, la radiopelvimétrie n'était pas réalisée du fait de l'arrivée en salle de naissance à un terme inférieur à 37 SA et d'un examen du bassin semblant normal. Enfin, l'accord de la patiente doit être obtenu après information orale, éclairée, lors d'un entretien médicale sur l'accouchement du siège.

Les critères d'exclusions étaient : les grossesses multiples, les césariennes programmées avant début de travail, les utérus

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10224584>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10224584>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)