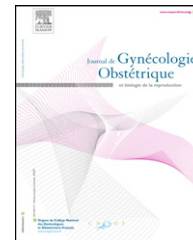




Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



TRAVAIL ORIGINAL

Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas[☆]

Determining factors of the success of external cephalic version: A retrospective study of 439 cases

G. Faron^{*}, A. Vokaer

Service de médecine fœto-maternelle, CHU Brugmann, 4, place A. Van Gehuchten, 1020 Bruxelles, Belgique

Reçu le 16 mai 2007 ; avis du comité de lecture le 4 juillet 2007 ; définitivement accepté le 26 novembre 2007

Disponible sur Internet le 9 janvier 2008

MOTS CLÉS

Version externe ;
Siège ;
Césarienne

Résumé

But. – Évaluer les facteurs pronostiques de la tentative de version par manœuvre externe.

Matériels et méthodes. – Étude rétrospective portant sur 439 tentatives de version externe réalisées entre le premier janvier 1996 et le 30 juin 2007 dans une maternité bruxelloise de niveau III.

Résultats. – Le taux de réussite de la version externe dans cette série est de 37,6%. Aucune complication fœtale majeure n'a été observée. La multiparité, un poids de naissance supérieur à 3000 g, la position fœtale avec dos à droite, l'expérience du médecin faisant la version et un gain de poids maternel durant la grossesse inférieur ou égal à 9 kg sont des facteurs prédictifs de succès. Compte tenu du taux de réussite et du taux de césarienne pour siège durant cette période, on peut estimer qu'on évitera ainsi une césarienne pour cinq à six versions tentées.

Conclusion. – La version par manœuvre externe mérite d'être tentée en cas de siège en fin de grossesse. D'autant plus que cette technique semble bien être supportée par les fœtus et qu'elle permet une réduction du nombre de césariennes. Elle aura plus de chances de succès lorsque la patiente présente les critères favorables tels que décrits ci-dessus.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Version par manœuvre externe.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Gilles.Faron@chu-brugmann.be (G. Faron).

KEYWORDS

External cephalic version;
Breech;
Caesarean

Summary

Objective. – To evaluate pronostic factors of the external cephalic version.

Material and methods. – A retrospective study of 439 external versions between January 1, 1996 and June 30, 2007 in a level III maternity in Brussels.

Results. – The success rate of external cephalic version in this series was 37.6%. No major fetal complication was observed. Multiparity, newborn weight over 3000 g, fetal position with the back on the right, medical expertise and maternal weight gain during pregnancy less or equal to 9 kg are good pronostic factors. According to this success rate and the caesarean section rate for breech presentation during this period, we can estimate that one caesarean would be avoided for every five to six attempts of versions.

Conclusion. – External version in case of breech presentation at term deserves to be tempted. This technique appears to be well-tolerated by fetuses and reduces the number of caesarean sections. Success rate will be higher when the patient presents one or more good pronostic factors described above.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La présentation du siège à terme survient dans 3 à 4 % des accouchements et cette présentation est liée, quel que soit le mode d'accouchement choisi, à une morbidité et une mortalité néonatales et maternelles accrues par rapport à l'accouchement du sommet [1]. Le « *term breech trial* » publié en 2000 suggère un bénéfice fœtal à pratiquer une césarienne élektive lors de toute présentation du siège [2]. Cette étude a modifié bien des pratiques même si ses conclusions ont été remises en cause [3,4]. Une alternative, connue depuis longtemps, pour tenter de diminuer le nombre de présentation du siège est la pratique de la version par manœuvre externe (VME). Elle consiste à tenter de retourner le mobile fœtal en présentation céphalique par palpation à travers la paroi maternelle. Toutefois, les auteurs ne s'accordent pas toujours sur les facteurs qui conditionnent la réussite de la manœuvre [5,6]. Certains remettent même en doute son intérêt pratique [7] ou sont réticents à cause de possibles complications [8]. Nous avons donc analysé notre pratique sur plusieurs années et tenté d'identifier les facteurs pronostiques déterminant cette réussite.

Matériels et méthodes

Les dossiers des patientes admises dans l'unité de grossesse à risque (niveau III) du centre hospitalier universitaire Brugmann (Bruxelles) pour tentative de VME entre janvier 1996 et juin 2007 (138 mois) ont été analysés. Un âge gestationnel confirmé par une échographie précoce, compris entre 33 et 41 semaines, était une condition requise. Dans ces dossiers, nous avons relevé le médecin l'ayant pratiquée (junior/senior) ainsi que la gestité-parité, le poids maternel (en début de grossesse et au moment de la version), la taille, la présence d'un utérus cicatriciel, le terme de la tentative de version, la position fœtale, la localisation placentaire, le sens de la version, les complications survenues pendant et immédiatement après la manœuvre, la réalisation ou non d'une scannopelvimétrie entre la VME et l'accouchement, l'âge gestationnel à l'accouchement, les circonstances et le mode d'accouchement, le poids de naissance, les scores d'Appgar

à 1,5 et 10 minutes, le pH artériel au cordon et les complications néonatales précoces avec admissions en soins néonataux intensifs.

Les présentations en siège ou transversale dans les grossesses multiples ne sont pas versées. De même, la présence d'un placenta praevia, d'une anomalie fœtale, d'un retard de croissance intra-utérine (RCIU) et/ou d'un oligohydramnios sévère sont des contre-indications à la réalisation d'une version. Au contraire de l'opinion émis par certains auteurs, la présence d'un utérus monocatriciel ne constituait pas un facteur d'exclusion.

Dans notre unité, les VME sont réalisées en hospitalisation de jour sans anesthésie, mais sous imprégnation tocolytique préalable (ritodrine IV à la dose de 0,1 mg/min pendant trois à quatre heures). Nous ne pratiquons la version que lorsque l'utérus est totalement relâché. La patiente est à jeun (au cas ou une procédure d'urgence avec intubation devrait être réalisée), vessie vide et allongée à plat en décubitus dorsal. La rotation est en principe tentée dans les deux sens avec au maximum trois essais. On commence toujours dans le sens de la « culbute avant », les fesses du fœtus sont soulevées d'une main et la tête et le dos sont déplacés dans le sens d'une rotation. L'évolution de la présentation fœtale est suivie pendant la version à l'aide d'une sonde d'échographie tenue par un autre opérateur. Éventuellement, ce dernier contribue aussi à la VME en maintenant des parties fœtales qui sinon reprendraient leur position initiale avant la rotation complète.

Une surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) est réalisée avant (enregistrement continu électronique), pendant (échographie) et après la procédure (enregistrement électronique du RCF, au moins durant 30 minutes). Toutes les patientes Rhésus négatif ont reçu une injection intramusculaire standard de 300 µg de gammaglobulines antiD immédiatement après la tentative, sans s'appuyer sur un résultat de test de Kleihauer.

Lorsque la VME a échoué, c'est-à-dire lorsque la présentation reste en siège, une scannopelvimétrie est réalisée le jour même pour aider à décider de la voie d'accouchement. Dans notre unité, les critères anthropométriques minimaux choisis pour accepter une voie basse en cas de siège sont un conjugué utile d'au moins 11 cm avec un bassin divergent et un sacrum concave.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273579>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273579>

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