



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Article original

Peut-on réaliser une extraction par ventouse obstétricale en cas de fœtus en présentation du siège décomplété ?



Assessment of vacuum-assisted vaginal delivery in a frank breech presentation

G. Bleu^{a,*}, P. Deruelle^{a,b}, J. Demetz^a, S. Michel^c, P. Dufour^a, S. Depret^a, D. Subtil^{a,d}^a Pôle femme-mère-nouveau-né, hôpital Jeanne-de-Flandre, université Lille Nord de France, 1, rue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France^b EA 4489, IMPRT, faculté de médecine Henri-Warembourg, université Lille Nord de France, 59000 Lille, France^c Maternité Paul-Gellé, 91, avenue Julien-Lagache, 59100 Roubaix, France^d EA 2694, université Lille Nord de France, 59000 Lille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 4 août 2014

Disponible sur Internet le 27 janvier 2015

Mots clés :

Siège

Ventouse obstétricale

Complications

Accouchement

Voie basse

R É S U M É

Objectifs. – Après vérification des critères d'acceptabilité et en présence d'un obstétricien connaissant les manœuvres spécifiques à appliquer, l'accouchement en présentation du siège est possible par voie basse. En cas de difficulté précoce au dégagement, l'application d'une ventouse obstétricale est théoriquement possible mais cette manœuvre est à la fois peu réalisée et peu évaluée. Le but de cette étude est d'évaluer rétrospectivement notre pratique de la ventouse obstétricale sur 6 fœtus en siège décomplété.

Patientes et méthodes. – Étude rétrospective comparative des tentatives d'accouchement par voie basse des fœtus en présentation du siège après 37 SA, selon qu'elles ont fait appel ou non à la réalisation d'une ventouse obstétricale.

Résultats. – Pendant une période de deux ans, 83 patientes ont débuté les efforts expulsifs avec un fœtus unique à terme en présentation du siège. Pour six d'entre elles, une ventouse a été appliquée sur le siège fœtal (7,2 %). Le taux d'échecs de voie basse était significativement plus élevé dans le groupe « ventouse » que dans le groupe « sans ventouse » (33,3 % versus 6,5 % ; $p < 0,05$). De plus, le pH à la naissance était en moyenne significativement plus bas dans le groupe « ventouse » ($7,12 \pm 0,11$ versus $7,20 \pm 0,08$; $p < 0,05$) et les nouveau-nés de ce groupe présentaient plus fréquemment des lésions cutanées profondes (66,7 % versus 26,0 % ; $p < 0,05$) : en outre, l'un d'entre eux présentait des lésions sévères.

Discussion et conclusion. – En cas de présentation du siège, la tentative d'extraction par ventouse obstétricale est liée à un excès de morbidité fœtale.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objectives. – After verification of the eligibility criteria and with an obstetrician familiar with the specific maneuvers likely to be needed, vaginal delivery of breech presentations is possible. If problems arise during the active pushing phase of labor, vacuum extraction has been described in the literature for this uncommon condition with limited series. The aim of this study is to assess retrospectively vacuum extraction in frank breech presentation in our center.

Patients and methods. – This retrospective study of trials of vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term compares cases according to whether they did or did not use a vacuum extraction.

Results. – During a two-year period, 83 patients, whom had trials of vaginal delivery in breech presentations, reached the active pushing/bearing down stage after complete cervical dilatation. Vacuum assistance was applied in six of these (7.2%). The failure rate for vaginal delivery was significantly higher in the group with compared to without vacuum extraction (33.3% versus 6.5%, $P < 0.05$). Moreover, the mean pH at birth was significantly lower in the group with vacuum extraction (7.12 ± 0.11 versus

Keywords:

Breech presentation

Vacuum extractor

Complications

Vaginal delivery

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : geraldine.bleu@gmail.com (G. Bleu).

7.20 ± 0.08 , $P < 0.05$), and these infants more frequently had deep cutaneous injuries (66.7% versus 26.0%, $P < 0.05$).

Discussion and conclusion. – In fetuses in breech presentation, when vaginal delivery failed, it seems to be safer for the fetuses to perform caesarean section rather than attempt vacuum extraction.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Suivant à la publication du « Term Breech Trial » [1], puis les études qui ont suivi et la polémique sur le mode d'accouchement des fœtus en présentation du siège [2–6], plusieurs recommandations internationales ont défini des critères d'acceptabilité de l'accouchement par voie basse [7–9]. En France et en Belgique, l'étude PREMODA a confirmé le bon pronostic de l'accouchement du siège par voie basse à condition de bien connaître les manœuvres à appliquer en cas de difficultés à la fin du dégagement, celles-ci étant nécessaires dans un tiers des cas [3] : abaissement des bras, dégagement de la tête, forceps sur tête dernière.

Malgré ces manœuvres essentielles à connaître, les obstétriciens restent démunis face aux difficultés les plus précoces du dégagement. Ainsi, lorsque le siège est engagé au détroit moyen et que des anomalies du rythme cardiaque fœtal surviennent – ou bien que la durée de l'expulsion dépasse 30 minutes –, l'utilisation des instruments d'extraction habituels tels que le forceps, la ventouse ou les spatules est en théorie contre-indiquée et la naissance est réalisée par voie haute. Pourtant, en cas de siège décomplété, une équipe française a proposé d'utiliser la ventouse obstétricale en l'appliquant sur les fesses du fœtus [10]. Cette pratique reste peu diffusée et peu évaluée, notamment d'un point de vue fœtal et néonatal [10].

Dans notre équipe universitaire, la pratique de l'accouchement par le siège suit un protocole qui a été évalué et qui permet à la moitié des patientes avec un fœtus en présentation du siège d'accoucher par voie basse [11]. Notre expérience de la ventouse obstétricale dans les sièges décomplétés étant récente et peu étudiée dans la littérature, il nous a paru nécessaire de l'évaluer d'un point de vue fœtal et néonatal.

2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de type « exposés–non exposés ». Tous les cas d'utilisation de ventouse en cas de fœtus en présentation du siège ont été identifiés à partir de la base de données de notre maternité universitaire sur les accouchements du siège à terme entre 2000 et 2010. Tous les cas de ventouse ont été réalisés sur une période de 2 ans allant du 01/01/2009 au 31/12/2010, uniquement chez des patientes primipares.

Nous avons donc décidé de comparer ce groupe à la population de patientes primipares ayant accouché à terme d'un fœtus en présentation du siège pendant la même période. Les patientes étaient incluses en cas de grossesse unique en présentation du siège après 37 semaines d'aménorrhée, quel que soit son type (complet, décomplété), éligibles pour la voie basse et n'ayant pas eu de césarienne au cours de la première phase du travail (avant la phase d'expulsion). Les patientes « exposées » étaient celles qui avaient débuté la phase d'expulsion et avaient bénéficié ensuite d'une tentative de ventouse obstétricale appliquée au dégagement du fœtus en présentation du siège. Les patientes « non exposées » étaient celles qui avaient débuté la phase d'expulsion et avaient bénéficié d'une tentative de voie basse sans recours à une ventouse obstétricale.

Les patientes étaient exclues en cas d'interruption médicale de grossesse ou de mort in utero, ou bien de maladie fœtale grave diagnostiquée en période anténatale. L'éligibilité pour la voie basse était retenue si les critères d'acceptabilité définis dans le protocole du service étaient réunis, décrits précédemment [11] et rappelés brièvement ci-dessous :

- confrontation céphalopelvienne favorable (échographie fœtale et pelvimétrie maternelle comparant les diamètres osseux avec le diamètre bipariétal ; diamètre promonto-rétropubien – diamètre bipariétal ≥ 15 mm ; diamètre transverse utile – diamètre bipariétal ≥ 25 mm ; diamètre bi-épineux – diamètre bipariétal ≥ 0) ;
- tête fœtale non défléchie (vérification par échographie en début de travail) ;
- information et accord de la patiente pour l'accouchement par voie basse.

Ces critères étaient systématiquement vérifiés en début de travail. Au cours du travail, l'utilisation d'ocytociques était possible et l'ensemble de l'équipe devait être présente au moment de l'expulsion (sage-femme, obstétricien, anesthésiste, pédiatre). Pendant l'expulsion, la sage-femme ou l'obstétricien avait consigne de s'assurer de l'orientation antérieure du sacrum fœtal, et l'obstétricien devait être prêt à effectuer des manœuvres, après la réalisation ou non d'une épisiotomie, dans l'ordre suivant : manœuvre de Lovset, réalisation d'une anse au cordon, manœuvre de Bracht. En cas d'échec de la manœuvre de Bracht, l'application d'un forceps de Pajot sur tête dernière était immédiatement recommandée.

Pour ce qui concerne la tentative de ventouse obstétricale, celle-ci pouvait être appliquée, selon l'appréciation de l'obstétricien de garde, uniquement si les conditions suivantes étaient remplies : présentation décomplétée, dilatation cervicale complète, défaut de descente du mobile fœtal engagé au détroit moyen ou inférieur. Dans ce cas, la ventouse obstétricale devait être appliquée sur la fesse antérieure du fœtus, permettant alors d'effectuer la descente et la rotation du fœtus en avant selon les axes habituels de descente du fœtus dans le bassin maternel, et de finir l'accouchement comme décrit précédemment. L'existence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ne constituait pas une contre-indication à l'application d'une ventouse. Nous avons utilisé une ventouse type Kiwi OmniCupTM avec une dépression de 0,2 puis 0,8 bar (Clinical InnovationsTM, Muray, Utah, États-Unis). Notre étude a reçu l'avis favorable du Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et en gynécologie.

L'ensemble des données a été recueillie sur les dossiers obstétricaux des patientes de la période d'étude sélectionnée. Les données ont été enregistrées et analysées avec le logiciel Epi Info (Version 6.04, Atlanta, États-Unis). Du fait d'effectifs faibles dans le groupe « tentative de ventouse », les comparaisons entre pourcentages ont fait appel au test exact de Fisher et les comparaisons entre moyennes ont fait appel au test non paramétrique de Mann-Whitney. Les moyennes sont données avec l'écart-type de la distribution. Les comparaisons étaient considérées comme significatives lorsque p était inférieur à 0,05.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3947950>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3947950>

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