

Article original

Diagnostic clinico-échographique et devenir des variétés postérieures dans la présentation du sommet : étude prospective longitudinale de 350 parturientes

Clinical and sonographic diagnosis of occiput posterior position: a prospective study of 350 deliveries

S. Hidar *, A. Choukou, M. Jerbi, A. Chaïeb, M. Bibi, H. Khaïri

Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Farhat-Hached, boulevard Med-Karoui, 4000 Sousse, Tunisie

Reçu le 15 mai 2005 ; accepté le 26 novembre 2005

Disponible sur internet le 19 mai 2006

Résumé

Objectif. – Déterminer la fiabilité de l'examen clinique dans le diagnostic de la variété de position par rapport à l'échographie et étudier le devenir des variétés postérieures.

Patientes et méthodes. – La variété de position a été déterminée cliniquement et échographiquement dans le cadre d'une étude prospective longitudinale portant sur 350 parturientes admises en début de travail. Le devenir obstétrical a été étudié.

Résultats. – La concordance clinico-échographique était de 85,7 %. Les variétés postérieures représentaient 40,2 % des cas et une rotation de ces dernières s'effectuait spontanément dans 84,8 % des cas alors que seules 0,6 % des variétés antérieures accouchaient en occipito-sacré. Après régression logistique, nous n'avons pas retrouvé de facteurs prédictifs significatifs de rotation antérieure d'une variété initialement postérieure.

Discussion et conclusion. – La détermination de la variété de position par la clinique est relativement fiable. La majorité des variétés de positions postérieures initiales subit une rotation antérieure.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – To evaluate clinical reliability compared to intrapartum ultrasound as a tool to diagnose occiput posterior position and to investigate the proportion of rotations occurring during labour.

Patients and methods. – 350 women in labor with a singleton fetus in a vertex position were prospectively studied using ultrasound and obstetrical examination. Outcome of labor was also monitored.

Results. – Reliability of clinical examination is 85,7%, initial occiput posterior position represented 40,2% and most rotated in an anterior position (84, 8%) while only 0,6% of initial anterior positions delivered in occiput posterior position. Logistic regression did not allow to find significant predictor of occiput posterior position rotation.

Discussion and conclusion. – Clinical examination is relatively reliable for posterior position diagnosis and in most cases, initially occipito-posterior positions rotate anteriorly.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Accouchement ; Présentation ; Étude prospective ; Échographie

Keywords: Delivery; Presentation; Prospective study; Ultrasonography

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hidar.samir@gnet.tn (S. Hidar).

1. Introduction

La détermination de la variété de position en début de travail paraît fondamentale. En effet, classiquement, les variétés postérieures paraissent moins eutociques que les variétés antérieures avec un pronostic obstétrical maternel et fœtal moins favorable [1–5].

Des travaux récents tendent à montrer que l'examen physique est d'une fiabilité limitée dans le diagnostic des variétés de position par rapport à l'échographie qui constitue la référence diagnostique [6–8].

Par ailleurs, le devenir des variétés postérieures en terme de rotation antérieure ou de persistance en postérieur est controversé. En effet, pour certains auteurs [9,10], la majorité des accouchements en occipito-sacré est la conséquence de variétés postérieures qui n'ont pas subi de rotation antérieure (variétés postérieures persistantes) alors que d'autres [11] estiment que c'est le résultat d'une rotation en postérieur de variétés initialement antérieures.

Ainsi, nous nous sommes proposés de mener une étude prospective longitudinale afin de déterminer la fiabilité de l'examen clinique dans le diagnostic de la variété de position et d'étudier le devenir des différentes variétés de position en termes de rotation intrapelvienne.

2. Patientes et méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective longitudinale portant sur 350 parturientes admises au service de gynécologie-obstétrique du CHU de Farhat-Hached de Sousse, Tunisie. Les grossesses étaient monofœtales évolutives de terme supérieur à 36 semaines d'aménorrhée (SA) en présentation du sommet et sans contre-indication a priori à la voie basse.

Les patientes âgées de plus de 20 ans, en travail spontané ou induit, avec un enregistrement du rythme cardiaque fœtal correct à l'admission étaient incluses.

Étaient exclues de cette étude les parturientes qui avaient une grossesse de terme imprécis (absence d'échographie précoce ou date des dernières règles imprécise), un vaginisme, ou se présentant avec une dilatation cervicale supérieure à 7 cm à l'admission. Enfin, si l'obstétricien senior jugeait que l'accouchement par voie basse était contre-indiqué pour une raison obstétricale ou médicale, la patiente était exclue de l'étude.

Enfin, les patientes sous péridurale étaient exclues de l'étude pour des raisons pratiques d'accessibilité à la salle d'échographie.

Durant l'étude, les parturientes admises en salle de naissance les jours de garde de l'investigateur clinique ont eu un examen obstétrical permettant de sélectionner des parturientes répondant aux critères d'inclusion et sans critères d'exclusion.

La détermination de la variété de position clinique a été réalisée à l'admission juste après l'amniotomie par l'interne en charge de la salle de travail (autre personne que l'investigateur clinique).

Six variétés de position étaient possibles (OIGA : occipito-iliaque gauche antérieure, OIDA : occipito-iliaque droite antérieure, OIGT : occipito-iliaque gauche transverse, OIDT : occipito-iliaque droite transverse, OIDP : occipito-iliaque droite postérieure, OIGP : occipito-iliaque gauche postérieure).

Immédiatement après, l'examen échographique était réalisé dans tous les cas par le même investigateur (A. Ch) qui ignorait le résultat de l'examen obstétrical. Ainsi, en fonction de la position des structures médianes de l'encéphale (septum lucidum, faux du cerveau, thalami) et la position des orbites, six variétés de position étaient également possibles.

L'examen échographique était pratiqué avec un appareil Aloka modèle 610 muni d'une sonde convexe de 3,5 MHz. Outre la variété de position cet examen déterminait également les positions du dos et du placenta.

À l'exception de la position du placenta les résultats échographiques n'étaient pas communiqués à l'équipe qui prenait en charge la parturiente et n'influençaient pas, par conséquent, la décision obstétricale.

Les variétés OIDP et OIGP étaient considérées comme postérieures et les variétés OIGA, OIDA, OIDT et OIGT comme non postérieures.

Nous avons défini deux sous-groupes : en fonction de l'IMC (avec un seuil de 25) et en fonction de la parité (nullipare ou non).

L'objectif premier de notre étude était de déterminer la fiabilité de l'examen clinique par rapport à l'échographie dans le diagnostic de la variété de position. Les objectifs secondaires étaient de déterminer le taux de rotation antérieure des variétés initialement postérieures.

Nous avons utilisé les tests de Chi², test *t* de Student, et avons analysé sensibilité, spécificité ainsi que risque relatif (RR) qui sont exprimés avec leur intervalle de confiance (IC) à 95 %.

Le seuil de signification a été fixé à 0,05 et les résultats analysés avec le logiciel SPSS 10.0 (SPSS Inc).

Le calcul de la taille de l'échantillon était fondé sur les fréquences relatives des variétés postérieures et antérieures retrouvées dans le traité Williams Obstetrics [10] et de la sensibilité de la clinique par rapport au diagnostic de référence retrouvé dans l'étude de Gardberg et al. [22].

Considéré ces données avec une puissance $\beta = 80\%$ et au seuil de signification fixé, un échantillon de 300 parturientes était nécessaire. Nous avons décidé d'étudier 350 patientes.

Les données sont exprimées en moyenne \pm déviation standard, les variables continues en pourcentage et le risque relatif est accompagné de son intervalle de confiance à 95 %.

Nous avons considéré l'examen clinique comme exact lorsque la variété de position diagnostiquée par ce dernier était la même que celle retrouvée à l'échographie. Dans toutes les autres situations l'examen clinique était considéré comme erroné.

Nous avons pratiqué une régression logistique pas à pas. Le modèle final était composé uniquement des variables significatives ($p < 0,05$). L'âge de la mère, la parité, l'indice de masse corporel, le terme de la grossesse, la position du placenta,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949875>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949875>

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