



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

# Impact de la version par manœuvre externe sur le pronostic obstétrical dans une équipe à fort taux de réussite de l'accouchement vaginal du siège

*Impact of the external cephalic version on the obstetrical prognosis in a team with a high success rate of vaginal delivery in breech presentation*

C. Coppola<sup>a</sup>, N. Mottet<sup>a</sup>, A.S. Mariet<sup>b</sup>, C. Baeza<sup>a</sup>, E. Poitrey<sup>a</sup>,  
A. Bourtembourg<sup>a</sup>, R. Ramanah<sup>a</sup>, D. Riethmuller<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Pôle femme-mère-enfant, CHRU Jean-Minjoz, 3, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France

<sup>b</sup> Réseau d'aide méthodologique (ResAM), service de biostatistique et d'informatique médicale (DIM), CHU de Dijon, 21000 Dijon, France

Reçu le 27 janvier 2016 ; avis du comité de lecture le 14 mars 2016 ; définitivement accepté le 18 mars 2016

## MOTS CLÉS

Version par manœuvre externe ;  
Siège ;  
Césarienne

## Résumé

**But.** – Analyser l'impact de la version par manœuvre externe (VME) sur le taux de césarienne dans une équipe à fort taux d'accouchement voie basse du siège.

**Matériel et méthodes.** – Étude rétrospective monocentrique portant sur 298 fœtus vivants, diagnostiqués en présentation du siège entre 33 et 35 SA suivis dans notre maternité de niveau 3 et ayant accouché après 35 SA, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2013. Les patientes ont été divisées en 2 groupes en intention de traiter : un groupe pour lequel une VME a été programmée et un groupe pour lequel la VME n'a pas été programmée.

**Résultats.** – Notre taux moyen d'accouchement vaginal du siège sur la période de l'étude était de 61,1%. Nous avons pratiqué 165 VME, avec 21,8% de réussite. Le terme moyen des tentatives de version était de 36,7 SA. Le taux de césarienne n'est pas significativement différent chez les femmes ayant eu une VME programmée par rapport à celles qui n'en ont pas eu, avec et sans ajustement sur l'âge, la primiparité et la présence d'un utérus cicatriciel (OR ajusté = 1,67 [0,77–3,61]). La tentative de VME n'a pas permis de réduire le nombre de présentation podalique à l'accouchement (61,1% versus 61,4% [ $p=0,55$ ]).

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [didier.riethmuller@univ-fcomte.fr](mailto:didier.riethmuller@univ-fcomte.fr) (D. Riethmuller).

## KEYWORDS

External cephalic version;  
Breech;  
Caesarean section

*Conclusion.* – La pratique de la VME dans notre centre à fort taux d'accouchement vaginal de la présentation du siège n'a pas permis d'obtenir une différence significative sur le taux de césarienne par rapport aux patientes pour qui la VME n'a pas été programmée.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Summary

*Objectives.* – To analyse the impact of external cephalic version (ECV) on caesarean section rate in a team with a high success rate of vaginal delivery in breech presentation.

*Materials and methods.* – Retrospective monocentric study including 298 patients with a breech presentations between 33 and 35 weeks of amenorrhea followed at our university hospital and delivered after 35 weeks, between 1st January 2011 and 31st December 2013. Patients were divided into 2 groups: planned ECV ( $n=216$  patients) versus no planned ECV ( $n=57$  patients).

*Results.* – Our rate of successful vaginal breech delivery over the period of the study was 61.1%. We performed 165 ECV, with a 21.8% success rate. The average term of the attempt of ECV was 36.7 weeks of amenorrhea. The caesarean section rate was not significantly different in the planned ECV group, even after adjustment on age, parity and previous caesarean delivery (adjusted OR = 1.67 [0.77–3.61]). Attempt of ECV did not reduce the number of breech presentation at delivery (61.1% versus 61.4% [ $P=0.55$ ]).

*Conclusion.* – Planned ECV in our center with a high level of breech vaginal delivery did not significantly impact our cesarean section rate.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La fréquence de la présentation du siège varie selon les auteurs entre 3 et 4%. Son mode d'accouchement reste controversé. En 2000, le *Term Breech Trial* mené par Hannah et al. [1] suggérait un bénéfice fœtal à la césarienne systématique lors de toute présentation du siège. Même si ces conclusions ont été remises en cause, notamment avec l'étude franco-belge PREMODA « Présentation et mode d'accouchement » en 2004 [2], cette étude a fait basculer les pratiques dans le monde entier.

Dans ce contexte, une alternative connue depuis longtemps, pour tenter de diminuer le nombre d'accouchement en présentation du siège est la version du fœtus par manœuvre externe (VME). Néanmoins, cette manœuvre n'est pas sans risque [3,4]. Une étude récente de Beuckens et al. [5] rapportent un taux de complication non négligeable associé à la pratique de la VME sur une série de plus de 2000 cas. D'autre part, la VME souvent mal vécue n'est pas toujours réussie et elle ne permet pas d'éviter la césarienne dans tous les cas. Enfin, la VME n'influe pas l'issue néonatale [6].

Notre maternité a conservé la pratique de l'accouchement vaginal du siège et la présentation du siège n'est pas en soi pour nous, une indication de césarienne programmée. Sachant que le gain de césariennes espéré par la pratique de la VME est maximal dans une équipe où la grande majorité des présentations du siège sont césarisés, qu'en est-il dans un centre à fort taux de réussite de l'accouchement voie basse du siège?

L'objectif de ce travail était d'analyser l'impact de la VME sur le taux de césarienne dans notre équipe à fort taux d'accouchement vaginal du siège.

## Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective analytique dans notre maternité de niveau III.

Les patientes sélectionnées présentaient un fœtus vivant, singleton, diagnostiqué en présentation podalique entre 33 et 35 SA et ont accouché dans notre établissement après 35 SA entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2013.

Nous avons exclu les patientes qui ont bénéficié d'une VME pour une présentation autre que podalique (transverse); les pathologies fœtales (ex.: laparochisis) conduisant à la réalisation d'une césarienne programmée, quel que soit le type de la présentation, et enfin, les patientes présentant une contre-indication à la VME.

Les contre-indications à la VME retenues dans notre maternité sont les utérus bi-cicatriciels, les obstacles ou placenta prævia, les grossesses gémellaires, la mort fœtale in utero, l'iso-immunisation fœto-maternelle, la menace d'accouchement prématuré (MAP), la rupture prématurée des membranes (RPM), les malformations utérines, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) sévère, le VIH avec charge virale active chez la mère.

La VME est réalisée dans un bloc obstétrical, à proximité d'un bloc opératoire. La patiente doit avoir une consultation d'anesthésie avec un bilan préopératoire à jour et reçoit une information complète lui précisant les principes, les avantages, les risques d'échec et les complications potentielles de la VME. Son consentement doit avoir été recueilli.

À l'admission, un examen clinique est réalisé et une échographie vérifie la présentation, le type de siège et la position du dos du fœtus. Elle permet aussi de vérifier la quantité de liquide amniotique et la localisation placentaire. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) est effectué au moins 30 minutes avant le geste.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5656550>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5656550>

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