

Induction du travail après une version par manœuvres externes pour siège réussie : un sur-risque de césarienne?

J. Boujenah, MD;^{1,2} C. Fleury, MD;¹ I. Pharisien, MD;^{1,2} A. Benbara, MD;¹ M. Benchimol, MD;¹ L. Carbillon, MD, PhD^{1,2}

¹Pôle femmes et enfants, groupe hospitalier universitaire Paris Seine-Saint-Denis, site Jean-Verdier, Bondy, France

²Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Bobigny, France

Résumé

Objectif : L'objectif de ce travail est d'étudier l'effet d'une version par manœuvres externes (VME) réussie sur le risque de césarienne lors de la tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) après induction du travail.

Méthode : Étude de cohorte rétrospective observationnelle cas-témoins appariés de type exposé-non exposé unicentrique. L'ensemble des patientes qui ont accouché après une VME réussie et qui ont bénéficié d'une induction du travail entre 1998 et 2016 ont été incluses. Au total, 88 patientes cas ont été comparées avec 176 témoins (présentation céphalique spontanée). L'appariement a été effectué sur l'année de naissance de l'enfant, la parité, l'âge gestationnel, l'indication et le mode d'induction du travail.

Le critère de jugement principal était le risque de césarienne. Une analyse univariée puis une analyse multivariée par régression logistique ont été effectuées.

Résultats : Le taux de césariennes était significativement plus élevé après une VME (22 % c. 13,1 %; $P = 0,039$) en particulier en cas de grossesse prolongée (55 % c. 8,2 %; $p < 0,05$). En analyse univariée, l'âge (31 ans et 4 mois c. 24 ans et 6 mois; $p < 0,01$) et le débit maximum d'ocytocine utilisé (72 ml/h c. 68 ml/h; $p = 0,04$) étaient plus élevés dans le groupe cas. Après analyse multivariée, le risque de césarienne était significativement supérieur après une VME réussie (rapport de cotes [RC] ajusté : 1,946; IC à 95 % : 1,017-3,772) et après une maturation par prostaglandines (RC ajusté : 1,951; IC à 95 % : 1,097-3,468) alors que la multiparité diminuait ce risque (RC ajusté : 0,208; IC à 95 % : 0,114-0,377).

Conclusion : Une VME réussie accroît le risque de césarienne lors d'une induction du travail ultérieure.

Abstract

Objective: To assess the effect of successful external cephalic version (ECV) on the risk of caesarean section (CS) during attempted vaginal delivery after induction of labour.

Key Words: Successful, cephalic, version, delivery, induce, labor

Auteur correspondant : Dr Jérémie Boujenah, Pôle femmes et enfants, groupe hospitalier universitaire Paris Seine-Saint-Denis, site Jean-Verdier, Bondy, France. jeremy.boujenah@gmail.com

Conflit d'intérêt : Aucun déclaré.

Received on July 31, 2017

Accepted on October 16, 2017

Methods: A unicentric matched retrospective observational case-control cohort study with exposed and unexposed groups. All pregnant women who had an induction of labour after a successful external cephalic version (sECV) between 1998 and 2016 were included. A total of 88 cases were compared with 176 controls (spontaneous cephalic presentation), matching for the year of delivery, parity, gestational age, indication and mode of induction of labour.

The main outcome measure was the risk of caesarean. A univariate analysis and a multivariate logistic regression analysis were performed.

Results: The caesarean section rate was significantly higher after sECV (22% versus 13.1%; $p = 0.039$) especially for postdate pregnancy (55% versus 8.2%; $p < 0.05$). For the univariate analysis, age (31 years and 4 months versus 24 years and 6 months; $p < 0.01$) and maximal speed of oxytocin infusion (72 ml/h versus 68 ml/h; $p = 0.04$) were higher in the case group. The multivariate analysis showed that the risk of caesarean section was significantly increased after an sECV (aOR 1.946; 95% CI 1.017–3.772) and after the use of prostaglandins for ripening (aOR 1.951; 95% CI 1.097–3.468), and decreased for multipara (aOR 0.208; 95% CI 0.114–0.377).

Conclusion: Women who have a successful ECV are at increased risk of caesarean section after subsequent induction of labour.

Copyright © 2017 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

J Obstet Gynaecol Can 2017;■■■(■■■):■■■-■■■

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.10.033>

INTRODUCTION

Le siège représente 3 à 4 % des accouchements à terme^{1,2} et peut être considéré comme une présentation eutocique lorsque les critères d'acceptabilité de la voie basse sont respectés^{3,4}. Néanmoins, le choix de la voie d'accouchement est l'objet de controverses depuis la publication du Term Breech Trial en 2000⁵. La publication d'études prospectives et rétrospectives laissant supposer un excès de morbi-mortalité néonatale a suscité un regain d'intérêt pour la

version par manœuvres externes (VME) visant à réduire le nombre de présentations du siège à terme, en travail⁶.

Cependant, alors qu'une fiche d'information issue du Collège national des gynécologues et obstétriciens français mentionne que le pronostic d'un accouchement par les voies naturelles en cas de VME réussie redevient le même que pour les fœtus étant d'emblée en présentation céphalique, plusieurs études récentes indiquent un sur-risque de césarienne en cours de travail après une VME réussie⁷⁻¹⁷.

Cependant, ces études ne sont pas exemptes de biais et de facteurs confusionnels. L'absence ou l'excès d'appariement sur de nombreux facteurs (poids de naissance, terme, parité, utilisation d'ocytociques pendant le travail, indication et induction du travail, recours à la péridurale) limitent l'interprétation et l'extrapolation des résultats¹⁸.

De plus, l'explication de ce sur-risque de césarienne n'est pas démontrée (arrêt de la progression du travail et/ou anomalies du rythme cardiaque fœtal [RCF])⁷.

Dès lors, afin de mieux comprendre cette association entre une VME réussie et la pratique d'une césarienne en cours de travail, il semble nécessaire de distinguer les femmes selon qu'il s'agit d'un travail spontané (situation principalement examinée dans les études) ou qu'elles ont bénéficié d'une induction du travail (situation peu étudiée).

L'objectif de ce travail est donc d'étudier le pronostic obstétrical d'une présentation céphalique après une VME réussie lors d'une induction du travail.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude unicentrique rétrospective observationnelle comparative de type cas-témoins historique entre 1998 et 2016, au sein d'une maternité de type IIb avec une politique uniforme de prise en charge des femmes dont le fœtus est en présentation du siège après 36 semaines d'aménorrhée (SA).

La recherche de dossiers a été effectuée à partir de la base de données de la maternité, qui contient les informations relatives aux caractéristiques maternelles, au déroulement de la grossesse, à l'accouchement et aux issues néonatales. Les femmes sont informées lors de leur inscription à la maternité que les données sont enregistrées et utilisables dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'évaluation périodique des procédures de prise en charge, après collecte de leur consentement écrit. Cette étude respecte le principe d'engagement de conformité de la méthodologie de référence MR-001 (*Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*,

article 193). Notre étude observationnelle respecte l'anonymat des patientes et a été approuvée par le service éthique pour la recherche clinique de notre hôpital.

Afin d'analyser l'issue obstétricale (accouchement spontané, césarienne, extraction instrumentale), notre étude a inclus toutes les femmes pour lesquelles une induction du travail avait été nécessaire après une VME réussie, quel que soit le délai par rapport à la VME, l'indication et les moyens thérapeutiques du déclenchement.

Une VME réussie a été définie comme une tentative de VME avec obtention d'une présentation céphalique à l'issue de la procédure et le jour de l'accouchement.

Nous avons exclu les patientes ayant accouché avant 37 semaines d'aménorrhée, les patientes avec utérus cicatriciel (en raison d'une pratique non systématique de la VME et du déclenchement), les morts fœtales in utero et les interruptions médicales de grossesse, les malformations utérines, et les fœtus avec une anomalie morphologique mineure ou majeure. Afin d'exclure les femmes porteuses d'une malformation utérine, nous avons exclu les patientes ayant bénéficié, avant ou après la grossesse, d'une hystérocopie opératoire et les patientes ayant une malformation utérine diagnostiquée à l'échographie du premier trimestre.

Durant la période d'étude, une tentative de VME était réalisée entre 36 et 37 SA. La recherche d'un cordon autour du cou n'était pas effectuée avant la VME. En cas de VME réussie, la surveillance de la fin de grossesse était identique à celle des grossesses avec une présentation céphalique spontanée.

Le groupe témoin a été constitué par un appariement de 1 patiente cas pour 2 patientes témoins (sans contre-indication à une induction du travail ou à un accouchement par les voies naturelles). Les critères d'appariement étaient : le mois et l'année de l'accouchement (pour limiter le biais lié aux changements de pratique), la parité, l'âge gestationnel, l'indication (pour limiter le biais de sélection) et le mode d'induction du travail (pour limiter le biais lié à l'évaluation du score de Bishop).

Une des hypothèses de notre étude serait un trouble de l'accommodation du fœtus après VME. Ainsi, nous avons cherché à exclure les patientes du groupe témoin ayant eu une version spontanée d'une présentation du siège. Pour cela, les femmes qui avaient obtenu un rendez-vous en hôpital de jour pour une VME et/ou ayant réalisé une scannopelvimétrie n'ont pas été incluses comme témoins.

Dans les deux groupes, les caractéristiques maternelles (âge, IMC, parité, prise de poids, résultat au dépistage du streptocoque du groupe B), fœtales (anomalie de la quantité

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781502>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781502>

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