



Présentation du siège chez une primipare: accouchement par voie basse ou césarienne?

Rajaonarison JJC^{*1}, Rakotondraisoa JM¹,
Randriamaromanana ZN¹, Zafindravola BA²,
Rakotoarisoa HB³, Randriambelomanana JA¹

¹HUGOB, CHU Antananarivo Madagascar

²Service Maternité, CHU Toamasina Madagascar

³Service Pédiatrie, CHU Toamasina Madagascar

Résumé

Introduction: Nos objectifs étaient de déterminer le pronostic néonatal selon le mode d'accouchement et les facteurs prédictifs de césarienne pendant le travail en cas de présentation du siège chez une primipare.

Patients et méthode: Nous avons comparé toutes les femmes primipares ayant accouchées à terme, en présentation du siège, par voie basse et par césarienne au Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina sur une période de 5 ans (1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2010). Les paramètres étudiés étaient: l'Indice d'Apgar à la première et à la cinquième minute, le type de siège, la hauteur utérine et le poids de naissance.

Résultats: Nous avons colligé 167 cas sur 11572 accouchements. Quarante vingt dix sept étaient retenus pour cette étude. Les 68,04% avaient accouché par la voie naturelle et 31,96% par césarienne. Les nouveaux-nés ayant un Indice d'Apgar ≥ 7 à la première minute étaient plus nombreux dans le groupe césarienne par rapport à ceux du groupe voie basse (80,65% versus 50%, $p=0,0403$). La différence n'était pas significative pour l'Indice d'Apgar ≥ 7 à la cinquième minute ($p=0,4409$). Les facteurs prédictifs d'un échec de voie basse étaient: siège décompleté ($p=0,00001693$), hauteur utérine ≥ 30 cm ($p=0,00001693$) et poids de naissance ≥ 3000 g ($p=0,0000193$).

Conclusion: La césarienne améliore l'Indice d'Apgar à la première minute mais pas celui de la cinquième minute. Les facteurs prédictifs d'un échec de la voie basse sont le poids fœtal ≥ 3000 g, la hauteur utérine ≥ 30 cm et le siège décompleté. La primiparité ne constitue pas une indication systématique de la césarienne.

Mots clés: Accouchement; Césarienne; Présentation du siège; Primipare

Abstract

Titre en anglais: Breech presentation in primiparous women: breech vaginal delivery or cesarean section?

Introduction: Our objectives were to determine neonatal outcome by mode of delivery and predictors of cesarean section during labor in case of breech presentation in primiparous.

Patients and method: We compared all primiparous women presented breech presentation and who have given birth at term by vaginal delivery or cesarean section in the University Hospital of Toamasina on a period of 5 years (1st January 2006 to 31st December 2010). Parameters studied were: Apgar score in the first and fifth minute, type of breech, uterine height and birth weight.

Results: We collected 167 cases on 11,572 births. Ninety seven were selected for this study. The 68.04% delivered by natural way and 31.96% by cesarean section. Newborns with Apgar score ≥ 7 in the first minute were more several in cesarean group than in vaginal delivery group (80.65% versus 50%, $p=0.0403$). The difference was not significant for the Apgar score ≥ 7 in the fifth minute ($p=0.4409$). Predictors of failure of vaginal birth were: decompleted breech ($p=0.00001693$), uterine height ≥ 30 cm ($p=0.00001693$) and birth weight ≥ 3000 g ($p=0.0000193$).

Conclusion: Cesarean section improves Apgar score in the first minute, but not in the fifth minute. Predictors of failure of vaginal delivery are fetal weight ≥ 3000 g, uterine height ≥ 30 cm and decompleted breech. Primiparity is not a systematic indication of cesarean section.

Keywords: Breech presentation; Cesarean; Delivery, Primiparous

Introduction

La présentation du siège constitue la présentation anormale la plus fréquente [1]. Elle se rencontre dans 4% des accouchements et la forme décompletée en représente les deux tiers [1]. L'accouchement par le siège par voie vaginale est souvent associé à une fréquence élevée de morbidité et de mortalité fœtale, si bien que plusieurs auteurs préconisent une césarienne prophylactique [2]. A Madagascar, beaucoup de parturientes arrivent au centre de santé avec un travail déjà avancé et accouchent par voie basse ou par césarienne en urgence. Nous proposons dans cette étude de comparer le pronostic du nouveau-né accouché par voie basse et par césarienne en urgence et de déterminer les facteurs prédictifs de la césarienne.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique réalisée au Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina (Madagascar) sur une période de 5 ans, allant du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2010. Nous avons colligé les

dossiers des patientes primipares enceintes de plus 37 semaines d'aménorrhée (SA), ayant présenté une présentation du siège et ayant accouché dans le service quelle que soit la voie d'accouchement. Le terme était déterminé selon la date des dernières règles ou une échographie précoce < 13 SA. Nous avons exclu les dossiers incomplets, les grossesses dont le terme était imprécis, les cas de contre-indications d'accouchement par voie basse (césarienne programmée), les cas de prématurité, les cas de retard de croissance intra-utérin, les cas de souffrance fœtale aigüe ou chronique, les cas de mort fœtal intra-utérine et toutes les pathologies maternelles susceptibles d'influencer la décision obstétricale. Nous avons comparé selon différents paramètres le groupe des césariées (groupe OC) et celui des accouchées par voie basse (groupe VB). Les paramètres analysés étaient la hauteur utérine, le type de siège, le poids de naissance des nouveaux né et l'indice d'Apgar à la 1^{ère} et 5^{ème} minute. Les données étaient été analysées avec le logiciel R®. Le Test de Fisher était utilisé pour les variables qualitatives et le test de l'écart-réduit pour les variables quantitatives. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats

Pendant notre période d'étude, sur les 11572 accouche-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: drjoserajaonarison@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: CHU Mahajanga, Madagascar

ments réalisés dans le centre, nous avons colligé 167 cas d'accouchement par le siège chez les primipares soit un taux de 1,44%. Nous avons retenu 97 dossiers. Soixante-six patientes avaient accouché par voie basse (68,04%) et 33 par césarienne (31,96%). L'âge moyen était de 22,43 ans $\pm$ 4,5021 avec des extrêmes à 14 et 33 ans. Les résultats sont résumés dans les tableaux 1, 2 et 3.

Discussion

La fréquence de la présentation du siège chez les primipares dans notre centre était de 1,44%. Elle est de 2,4 à 4% des accouchements sans distinction de parité dans la littérature [1,3]. En France, la parité n'influe pas sur le choix de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège [4]. Selon le collège national des Gynécologues et Obstétriciens français, les trois critères indispensables pour permettre la voie basse sont l'obtention d'un score de MAGNIN $\geq$ 23, l'absence de déflexion primitive de la tête fœtale et l'absence de macrosomie [4]. Dans les pays en développement comme Madagascar où la radiopelvimétrie ou le scannopelvimétrie ne sont pas de pratique courante, l'exploration clinique du bassin maternel au 8ème mois de grossesse ou un antécédent d'accouchement par voie basse d'un fœtus supérieur à 2500g constituent dans la majorité des cas les seuls moyens d'éliminer une dystocie osseuse. C'est ce concept qui fait que la parité constitue un critère primordial pour le choix de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans notre contexte. L'indication de la césarienne pour la présentation du siège est en net progrès actuellement. En Europe, le taux est aux alentours de 80% [5,6]. Dans notre centre, contrairement à ce qui se passe dans beaucoup de centre à Madagascar, le taux de césarienne n'était que de 24,63% et rappelons que ce chiffre ne concerne que la présentation du siège chez les primipares. Les raisons sont multiples: coût élevé de la césarienne, impossibilité de l'évacuation sanitaire, inaccessibilité aux soins prénataux, bas niveau d'éducation de la population. Par conséquent, les parturientes programmées pour une césarienne attendent chez elle l'entrée spontanée en travail et arrivent au centre avec un travail avancé. Pour le volet néonatal, les nouveau-nés avec un Indice d'Apgar supérieure ou égale à 7 à la première minute était beaucoup plus nombreux chez le groupe OC. Notre étude permet donc d'affirmer que la césarienne améliore le pronostic fœtal à court terme. En effet, l'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège est pourvoyeuse d'anoxie fœtale du fait de la compression du cordon ombilical par l'engagement de la tête. Elle est également responsable de traumatismes fœtaux secondaires aux manœuvres obstétricales [1]. Par ailleurs, les différents prélèvements fœtaux utiles pour apprécier une souffrance fœtale en perpartum (pH au scalp, lactates, oxymétrie) sont impossibles en cas de présentation du siège [8]. Une étude randomisée menée par Hannah en 2000 concernant le pronostic néonatal selon la voie d'accouchement a montré que la morbidité fœtale était beaucoup plus importante en cas d'accouchement par voie basse (5%) que par césarienne (1,6%) en cas de présentation du siège [2]. Toutefois, dans cette série comme dans la nôtre, la différence n'était plus statistiquement significative entre les deux groupes pour l'Indice d'Apgar supérieur à 7 à la cinquième minute. Delotte en 2008 a également obtenu ce même résultat [9]. Théoriquement, l'Indice d'Apgar à la cinquième minute détermine le pronostic fœtal ultérieur en particulier neurologique [7]. L'absence de différence de morbidité pour les deux voies

Indice d'Apgar	Groupe VB (n=66)	Groupe OC (n=31)
7 à 10	33 (50%)	25 (80,65%)
4 à 6	18 (27,27%)	3 (9,68%)
1 à 3	9 (13,64%)	2 (6,45%)
Mort-né	6 (9,09%)	1 (3,22%)
Moyenne et écart type	5,758 $\pm$ 2,930270	7,29 $\pm$ 2,268532

Tabl.1: Indice d'Apgar à la première minute (p=0,0403)

Indice d'Apgar	Groupe VB (n=66)	Groupe OC (n=31)
7 à 10	51 (77,28%)	28 (90,32%)
4 à 6	7 (10,60%)	1 (3,23%)
1 à 3	1 (1,51%)	0 (0%)
Mort-né	7 (10,60%)	2 (6,45%)
Moyenne et écart-type	7,879 $\pm$ 3,222589	9,161 $\pm$ 2,001612

Tabl.2: Indice d'Apgar à la cinquième minute (p=0,4409)

Paramètres	Effectif	Groupe VB (n=66)	Groupe OC (n=31)	Analyse univarié (Valeur de p)
Type de siège				
Complet	65	54 (83,08%)	11 (16,92%)	0,00001752
Décomplet	32	12 (37,5%)	20 (62,5%)	
Hauteur utérine				
< 30cm	38	36 (94,74%)	2 (5,26%)	0,00001693
$\geq$ 30cm	59	30 (50,85%)	29 (49,15%)	
Poids de naissance				
< 3000g	51	45 (88,24%)	6 (11,76%)	0,0000193
$\geq$ 3000g	46	21 (45,65%)	25 (54,35%)	

Tabl.3: Facteurs prédictifs de césarienne

d'accouchement semble persister ultérieurement. Whyte a suivi les nouveau-nés étudiés dans la série de Hannah et a trouvé qu'il n'y a pas de différence de morbidité à 2 ans [10]. Pour ce qui est du type de siège, notre étude avait montré que le siège complet est beaucoup plus favorable à la voie basse (p=0,00001752). La littérature donne plutôt des avis divergents. Ainsi, plusieurs scores pronostiques [11,12] considèrent le siège complet comme défavorable à une tentative d'accouchement par voie basse. De plus, il existe un risque important de proci-dence du cordon ombilical qui est de l'ordre de 10% [1]. A l'inverse, Broche affirme que le type de siège n'est pas pourvoyeur d'anomalie du travail et le pronostic est identique [13]. Pour le collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français, le siège décomplet est plus favorable à la voie basse [4]. Pour la mesure de hauteur utérine, cette valeur reflète le poids fœtal surtout s'il est mesuré pendant le travail et à vessie vide [8]. Dans notre série, le taux de césarienne est plus important si la hauteur utérine est $\geq$ 30cm (p=0,00001693). Broche a trouvé qu'une hauteur utérine $>$ 32cm était prédictive de césarienne mais ce critère n'est pas encore défini dans la pratique consensuelle dans la décision de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège [8]. Le taux de césarienne était également plus important dans notre série si le poids de naissance était $\geq$ 3000g. Ce résultat nous semble intéressant dans le choix de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège à Madagascar, surtout avec l'amélioration actuelle de l'accessibilité de l'échographie obstétricale. Dans les recommandations du Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français, Cabronne a publié en 2001 qu'un poids fœtal estimatif situé entre 2500 et 3800g est compatible à la voie basse [4]. La macrosomie fœtale qui constitue une contre-indication de l'accouchement par voie basse est définie par un poids estimatif fœtal supérieur au 97ème voire au 95ème percentile des courbes de références [8]. Toutefois, il faut reconnaître que l'estimation du poids

fœtal est difficile et imprécise pendant le troisième trimestre de grossesse. D'un autre côté, il y a les indications de césarienne programmée admises de façon consensuelle dans la pratique courante de l'accouchement en cas de présentation du siège. Ainsi, il y a les indications maternelles telles que l'anomalie du bassin, l'existence d'un obstacle prævia, de malformations utérines, d'obésité, de pathologie gravidique, d'une cicatrice utérine, d'une contre-indication à l'effort expulsif, de lésions périnéales. Il y a également les indications d'ordre ovulaire comme le placenta bas inséré, l'hydramnios, la rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures. Et il y a les indications fœtales constituées par la déflexion primitive de la tête fœtale, la macrosomie, l'hypotrophie, la prématurité, le dépassement du terme [1]. Les indications de la césarienne pendant le travail sont identiques à celles au cours de l'accouchement en présentation céphalique: syndrome de prérupture utérine, hémorragie pendant le travail (hématome retro-placentaire, placenta prævia, hémorragie de Benkisser), souffrance fœtale aiguë, procidence du cordon [1].

Conclusion

L'importance de la mortalité et la morbidité néonatale à court terme en cas d'accouchement par voie basse nous incite à privilégier la césarienne devant une présentation du siège chez une primipare notamment si la hauteur utérine est supérieur à 30cm, ou s'il s'agit de siège décomplété, ou enfin si le poids fœtal dépasse 3000g.

Références

- 1- Ardiet E, Sibony O, Depret-Mosser S, Puech F. La présentation du siège. In: Lansac J, Marret H, Oury JF, ed. Pratique de l'accouchement. Paris: Elsevier; 2006: 124-43.
- 2- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicenter trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.
- 3- Al-Mulhim A, Gasim TG. Breech delivery at term: do the perinatal results justify a trial labor. *Bahrain Med Bull* 2002; 24: 23-7.
- 4- Carbonne B, Goffinet F, Breart G, Frydman R, Maria B, Uzan S. Voie d'accouchement en cas de présentation du siège: la position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 191-2.
- 5- Vendittelli F, Rivière O, Pons JC, Mamelle N, et les obstétriciens du réseau Sentinelle AUDIPOG. La présentation du siège à terme: évolution des pratiques en France et analyse des résultats néonataux en fonction des pratiques obstétricales, à partir du réseau Sentinelle AUDIPOG. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31: 261-72.
- 6- Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH. The effect of the term breech trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in the Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *Brit J Obstet Gynaecol* 2005; 112: 205-9.
- 7- Broche DE, Ramanah R, Collin A, Mangin M, Vidal C, Maillet R, et al. Présentation du siège à terme: facteurs prédictifs de césarienne en cours de travail. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008; 37: 483-92.
- 8- Fournié A, Connan L, Parant O, Lesourd-Pontonnier F. Souffrance fœtale aiguë. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique*, 5-077-A-30, 1999: 11p.
- 9- Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Boucoiran I, D'Angelo L, Bongain A. Influence de la voie d'accouchement dans la présentation du siège à terme sur le score d'Apgar et les transferts en néonatalogie. Résultats de la prise en charge de 568 grossesses singleton dans une maternité française de niveau III. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008; 37: 149-53.
- 10- Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized term breech trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 864-71.
- 11- Barlov K, Larsson G. Results of a five-year prospective study using a feto-pelvic scoring system for term singleton breech delivery after uncomplicated pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 315-9.
- 12- Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K. Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 586-92.
- 13- Broche DE, Riethmuller D, Vidal C, Sautière JL, Schaal JP, Maillet R. Pronostic obstétrical et néonatal d'une présentation podalique de mauvaise réputation: le siège complet. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005; 34: 781-8.