

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Docteur B. Maria*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**TOME XXIV
publié le 30.11.2000**



*VINGT-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2000*

Faut-il laisser accoucher les sièges par voie basse ?

L. MARPEAU*
(Rouen)

INTRODUCTION

La question n'est pas nouvelle; Wright en 1959 proposait déjà la césarienne à tout enfant en présentation du siège pour diminuer mortalité et morbidité périnatales qui paraissaient attachées à ce type de présentation. Plus récemment, les publications des écoles lyonnaises, scandinaves (43) et américaines (13) ont fait une nouvelle fois rebondir le débat. Ces travaux ont été repris par la grande presse médicale sous la forme de commentaires laconiques, mais en gros titre, du type : « la césarienne programmée : solution à moindre risque pour les sièges ».

À l'évidence, on ne peut se contenter d'un raisonnement à ce point simpliste dont les conséquences dans d'autres domaines de la pratique obstétricale pourraient être redoutables. En effet, ce qui est affirmé pour les présentations du siège pourrait être repris à titre d'exemple sous les formes suivantes :

- L'accouchement la nuit est plus dangereux que le jour (18), il faut césariser à la tombée du jour.

- Les dernières semaines de la grossesse sont à risque d'accidents inopinés, il faut programmer une césarienne à 38 ou 39 semaines.

* Service de gynécologie-obstétrique
Hôpital Charles Nicolle
76031 ROUEN CEDEX

- L'enfant est petit, la césarienne le protège.
- La voie basse fait le lit des prolapsus et des incontinenances urinaires : il vaut mieux choisir la césarienne comme moyen de mettre au monde un enfant.
- ... Et pourquoi pas : la césarienne programmée : solution à moindre risque pour les présentations céphaliques.

À l'heure où nos moyens de surveillance et de mesure atteignent un niveau jusqu'alors inconnu, il est peut-être possible de définir de bonnes pratiques qui équilibrent les intérêts de l'enfant, de sa mère et de l'obstétricien et qui harmonisent un tant soit peu les taux de césariennes, notamment sur siège, actuellement compris en fonction des équipes entre 30 % et 90 % (1).

Plusieurs questions se posent pour pouvoir évaluer le caractère dangereux de l'intention de voie basse en cas de présentation du siège :

– Si le fœtus est en présentation du siège, n'exprime-t-il pas déjà un état pathologique (prématurité, anomalies morphologiques ou chromosomiques, retard de croissance in utero ou autre)? Le mode d'accouchement ne changera pas cet état de fait ou peut-être pourra l'aggraver.

– Si la voie basse est acceptée et que l'accident survient, de quels accidents s'agit-il? Accidents de l'attente de la mise en travail ou bien accidents au cours du travail ou bien encore accidents à l'expulsion? Seuls ces derniers sont actuellement dans tous les esprits; on verra plus loin que le problème est plus complexe.

– Doit-on craindre, même en l'absence d'accident, que les contraintes mécaniques inhérentes à la présentation du siège en travail puissent être délétères à court ou à moyen terme?

I. PRÉSENTATION DU SIÈGE À TERME : FAUT-IL PROPOSER UNE CÉSARIENNE SYSTÉMATIQUE ?

C'est ce que propose Roman (43) en décembre 1998 à partir d'une série de 15 818 sièges à terme non malformés nés en Suède entre 1987 et 1993. Dans ce travail, le taux de voies basses est égal à 37,3 %, le taux de césariennes en cours de travail à 19 % et le taux de césariennes avant travail à 38,1 %; 5,6 % des césariennes n'ont pu être classées. La césarienne avant travail paraît supérieure aussi bien pour la mortalité infantile (0 à 12 mois!)

que pour le score d'Apgar à 5 mn et que pour les traumatismes à la naissance.

Ces chiffres méritent le respect mais aussi quelques commentaires. On ne connaît pas les causes de la mort des 18 enfants nés par voie basse (mortalité 3,1/1 000) ni d'ailleurs celles des 9 enfants nés par césarienne avant travail (mortalité 1,5/1000). En 12 mois il peut se passer bien des choses... Les traumatismes à la naissance ne sont pas détaillés. Les critères de sélection à la voie basse laissent à désirer puisque l'on constate que seulement 41 % des sièges de plus de 4 000 grammes ont pu bénéficier d'une césarienne réglée et que 54 % des hypotrophes < 2 500 grammes ont été soumis à l'épreuve dynamique du travail. Enfin, et l'auteur le reconnaît lui-même, sa base de données ne lui a pas permis de comparer les césariennes de principe aux intentions de voie basse.

A. Pathologies fœtales pré-partum et présentation du siège à terme

La démonstration est largement faite que le fœtus en siège, à terme et avant tout travail, est plus souvent malade que celui qui est en présentation céphalique.

Présentation du siège et petit poids de naissance

Il est très difficile de trouver des chiffres fiables concernant l'incidence du retard de croissance in utero en cas de présentation du siège. Le plus souvent, la distinction n'est pas faite entre prématurés et hypotrophes ; l'incidence des fœtus hypotrophes à terme n'est pas non plus précisée, les auteurs se contentant souvent d'exprimer les poids de naissance sous forme de moyennes.

Krebs (30) au Danemark en 1999 apporte enfin des données de qualité : l'incidence du retard de croissance in utero dans une population de sièges à terme est de 6,5 % contre 3,9 % chez les fœtus en présentation céphalique (Tableau I). Ceci est confirmé par Roberts (42).

Présentation du siège et autres pathologies fœtales préexistantes

Schutte (46) en 1985 à propos de 57 819 accouchements, tous termes, tous poids et toutes malformations confondus, conclut à

MARPEAU

Tableau I

Incidence du retard de croissance in utero à terme en fonction de la présentation (d'après Krebs)

	Sièges (N = 8076)	Céphaliques (N = 218344)
Retard de croissance	6,5 %	3,9 %
Poids < 2500 grammes	4,7 %	1,9 %

un risque multiplié par 2 (2,1 % versus 4,4 %) en cas de siège. (Tableau II).

Koike (27) en 1996 retrouve 12 malformations majeures chez 546 sièges à terme.

Tableau II

Incidence des malformations congénitales en fonction du terme et de la présentation (d'après Shutte à propos d'une série de 57819 grossesses)

Terme. (Semaine d'aménorrhée)	Céphaliques	Sièges
28-32	8,3 %	9,6 %
33-36	3,6 %	8,4 %
> 37	1,9 %	3,3 %

Kean (25) en novembre 1999 a comparé le comportement des fœtus en siège à celui des fœtus en présentation céphalique, à terme, avant tout travail et lors de grossesses normales. Il n'a pas trouvé de différence significative en ce qui concerne le nombre de mouvements actifs, le nombre d'accélération et la durée des phases de faible et de grande variabilité; par contre les fœtus en présentation du siège révèlent plus de phase de transition (5,2/h vs 3,69/h; $p = 0.01$). Il conclut que les fœtus en siège sont « neurologiquement différents » des fœtus en présentation céphalique.

On sait également que la surmortalité attachée à la présentation du siège (périnatale ou néo-natale), est retrouvée quel que soit le terme quand on compare présentation céphalique et

FAUT-IL LAISSER ACCOUCHER LES SIÈGES PAR VOIE BASSE ?

présentation du siège alors même qu'une césarienne a été faite dans les deux cas. (Tableau III).

Tableau III

*Mortalité néo-natale après césarienne ou voie basse ;
comparaison présentation céphalique – présentation du siège
(Schutte. 1985) À propos d'une série de 57819 naissances*

Terme (S.A.)	Césarienne		Voie basse	
	Siège	Céphalique	Siège	Céphalique
28-32	9 (15,5 %)	13 (11 %)	17 (23,3 %)	28 (7,4 %)
33-36	6 (5,4 %)	7 (1,7 %)	7 (3,3 %)	30 (3,3 %)
> 37	10 (1 %)	8 (0,3 %)	17 (0,7 %)	62 (0,1 %)

Enfin il est connu depuis 1989 (17) que les enfants extraits en siège à terme et avant tout travail sont plus souvent en hypoxie et ont plus souvent une dépression respiratoire que les présentations céphaliques extraites dans les mêmes conditions.

Tous ces éléments viennent confirmer que les fœtus en présentation du siège au moment de l'accouchement sont plus fragiles que les autres ; il faut donc intégrer ces données à tout raisonnement portant sur la morbidité et/ou la mortalité liée à ce type de présentation ; les études à privilégier sont donc celles qui expriment leurs résultats en termes de mortalité et/ou de morbidité corrigée (c'est-à-dire malformations exclues), stratifiées pour le terme et le poids de naissance. L'idéal est également de ne s'intéresser qu'aux séries importantes (l'événement recherché est rare !) et dont la méthodologie repose sur une comparaison sièges voie haute de principe versus sièges en intention de voie basse (22).

L'immense majorité des travaux publiés sont des suivis de cohortes comparant les résultats obtenus, après sélection voie haute systématique versus intention de voie basse. Pour intéressants qu'ils soient, ils ne précisent en général pas les critères de sélection en question et ne sont donc que les reflets indirects d'une politique particulière. On notera aussi que parmi les voies basses de chacune des séries il se trouve toujours quelques cas où la patiente est arrivée non suivie, en travail, à dilatation avancée ce qui, bien sûr, fausse le débat.

B. Les accidents inhérents à l'accouchement en présentation du siège

L'excès de mortalité et de morbidité attaché à la présentation du siège par rapport aux présentations céphaliques persiste lorsque les malformations et les retards de croissance sont exclus ; c'est donc tout naturellement, mais peut-être trop rapidement, que l'on va se tourner vers les conditions de l'accouchement spécifiques aux sièges pour trouver une explication à ce phénomène. Toutes les données qui vont suivre sont pleines d'enseignements et contribuent semble-t-il à rassurer vis-à-vis de la voie basse.

La polémique sur le score d'Apgar :

Sur une série danoise de 19 476 sièges, Krebs (31) conclut que pour les sièges à terme le risque de constater un Apgar < 7 à 5 minutes est 15 fois plus élevé, indépendamment du poids de naissance, lorsqu'il a été décidé une voie basse que lorsqu'une césarienne a été décidée avant tout travail. Il est suivi par Obwegeser (38). Ceci n'est pas retrouvé par Tatum (50) en 1985 à propos de 580 sièges à terme dont 30 % sont nés par voie basse ni par Irion (21) à propos de 705 sièges à terme dont 38 % sont nés par voie basse. Ce dernier ne trouve pas non plus de différence en ce qui concerne les pH < 7 à l'artère ombilicale. Peut-être ces différences constatées sont-elles liées à des attitudes différentes au cours de la phase d'expulsion, résolument interventionnistes pour certains, plus contemplatives pour d'autres (1).

Mortalité et morbidité

Pour la grande majorité d'entre elles, les comparaisons voie haute-intention de voie basse ne concluent pas à une augmentation de la mortalité ou de la morbidité quand elles sont corrigées pour le terme, le poids et les malformations (12, 22, 28, 32, 36, 40). Le travail de Brown (8) mérite d'être signalé, sa série étant énorme (21 380 sièges ; 44 % de voies basses). Il montre que le mode d'accouchement pour les sièges de plus de 1500 grammes n'influence pas le pronostic néo-natal.

Tableau IV

Synthèse des accidents traumatiques au cours des accouchements par voie basse en cas de présentation du siège

Auteur	Nombre total de sièges	Voie basse en %	Mort per partum	Lésions traumatiques à l'expulsion
Diro (13)	N = 1021	13	1	?
Gimovsky (14)	N = 105	29	1	0
Sevelda (45)	N = 338 primipares	53	0	1 plexus brachial
Danielan (11)	N = 1645	37,5	?	1 handicap après extraction difficile
Jaffa (15)	N = 321	80	0	1 plexus brachial
Watson (15)	N = 151	45	0	0
Barlov (15)	N = 226	45	0	1 plexus brachial
Flanagan (15)	N = 623	28	0	1 paralysie faciale
Songane (48)	N = 899	52	6	1 paralysie faciale
Bingham (15)	N = 313	28	0	0
Mahomed (33)	N = 213	41	0	0
Collea (8)	N = 208	28	0	2 plexus brachiaux
Irion (21)	N = 705	38	0	1 fracture humérale 1 plexus brachial
Albrechtsen (1)	N = 1 21252.7	0	1 paralysie faciale	3 fractures sans précision

Les traumatismes liés à la voie basse

Les difficultés d'extraction à l'origine de décès ou de lésions traumatiques sont plus difficiles à reconnaître ; elles sont résumées dans le tableau IV et paraissent peu fréquentes.

Le 7^e rapport du CESDI (*Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy*) résume les constatations rétrospectives d'un groupe d'experts à propos des 56 décès survenus au Royaume-Uni en 1994 et 1995 sur présentation du siège en début de travail chez des enfants non malformés et pesant plus de 1500 grammes ; cette enquête est exhaustive et d'une précision remarquable, faisant intervenir les données anatomopathologiques.

- 14 enfants sont nés après 37 semaines d'aménorrhée alors que la présentation était connue avant le travail.

- 32 présentations du siège ont été reconnues au cours du travail.

- 11 accouchements ont eu lieu à domicile ou au cours du transport.

- 20 enfants ont un état jugé inquiétant à l'admission en salle de travail pour les sièges nés à l'hôpital.
- 29 enfants sur les 56 ont pu bénéficier d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu.
- 11 extractions voie basse ont été jugées difficiles dont 7 sur des fœtus ayant déjà manifesté des anomalies graves du rythme.
- 15 césariennes en urgence ont été pratiquées.

Les enquêteurs concluent que la cause la plus fréquente de la mort est l'hypoxie, que la raison en est le plus souvent une mauvaise prise en charge au cours du travail et que la difficulté d'extraction comme cause unique de la mort est un phénomène rare.

En dehors des risques d'asphyxie et de traumatisme, on peut aussi imaginer que l'accouchement en présentation du siège à terme peut générer des dégâts cérébraux spécifiques à ce mode d'accouchement « à rebrousse poil ». Cela ne semble pas le cas :

- L'incidence des hémorragies péri/intraventriculaires (5) est la même entre les sièges césarisés (2,1 %) et ceux qui sont nés par les voies naturelles (0.8 %).

- Le mode d'accouchement n'explique pas l'excès d'anomalies neuromotrices retrouvé dans la population des sièges par rapport à une population de présentations céphaliques appariées sur le sexe, le poids et les conditions de naissance (4).

- Après stratification pour le poids de naissance, la présentation du siège ne paraît pas offrir plus de risque de *cerebral palsy* que la présentation céphalique. De même, le mode d'accouchement ne semble pas intervenir. C'est le retard de croissance in utero 2 fois plus fréquent chez les sièges qui fait la différence (10, 30).

- Le suivi au long cours (âge scolaire) des enfants nés à terme en présentation du siège a été bien étudié par Danielan (11) en 1996. Il ne prend en compte que les enfants survivant au-delà de la première semaine (n = 1 645 ; total césariennes = 62,9 % et total voies basses = 37,1 %). Dans cette population, 35,9 % des enfants sont nés par césarienne de principe et 64,1 % en intention de voie basse. Parmi ces derniers, le taux de succès voie basse est égal à 57 %. Il n'y a pas de différence en termes de handicap sévère entre ces groupes. Il est par ailleurs intéressant de constater que sur les 12 handicaps sévères du groupe intention de voie basse, il n'y a qu'un accident traumatique imputable à la présentation, les 11 autres étant inexpliqués ou secondaires à un hématome rétro placentaire, une procidence

avant l'arrivée, deux femmes en travail avancé à l'arrivée, deux anomalies du rythme cardiaque fœtal négligées.

Croughan (n = 1250 sièges > 1000 grammes ; 35 % de voies basses) confirme ces résultats (10) ainsi que Huchkroft (20).

C. Que nous apprennent les méta-analyses ?

Deux ont été publiées ; celle de la *Cochrane Data Base* en 2000 par Hofmeyr (19) qui ne retient que deux études randomisées (8, 9) et celle de Gifford (15) en 1995 qui englobe deux études randomisées et sept études de cohortes dont les critères de sélection pour la voie basse sont différents d'un auteur à l'autre et dont les taux d'accouchements par les voies naturelles sont les suivants : 28 %, 28 %, 41 %, 45 %, 45 %, 52 % et 80 %.

Pour Hofmeyr (n = 313 ; 30 % de voies basses), une politique de césarienne systématique conduit à une augmentation significative de la morbidité maternelle (risque relatif 1,31, 95 % intervalle de confiance 1,02 à 1,68) et à une diminution significative de la morbidité néo-natale à court terme : ictère, hypoglycémie, infection, hypotonie... (risque relatif 0.26, 95 % intervalle de confiance 0.08 à 0.88). Par contre les effectifs sont insuffisants pour détecter une différence en termes de faibles scores d'Apgar à 5 minutes, de lésions du plexus brachial ou de mortalité périnatale.

Pour Gifford (n = 3056 ; 44 % de voies basses) l'intention de voie basse par rapport à la césarienne systématique est grevée d'un sur-risque de mortalité néo-natale égal à 3 pour 1000 présentations du siège, de lésions du plexus brachial égal à 1 pour 1000, de fracture de la clavicule égal à 1 pour 1000, de paralysie faciale égal à 1 pour 1000. Aucun de ces résultats n'est significatif. L'auteur ne retrouve une différence statistique ($p < 0.05$) que lorsqu'il somme toutes les lésions traumatiques ou bien lorsqu'il regroupe les traumatismes et la mortalité néo-natale. À noter que cette méta-analyse ne met pas en évidence de différence en ce qui concerne les risques d'hémorragies intra-crâniennes (1 pour 1000 dans les deux groupes). Enfin et curieusement, il y a moins d'Apgar < 7 à 5 minutes dans le groupe intention de voie basse (1,2 %) que dans le groupe césariennes réglées (2,4 %)!!!

Finalement, certaines de ces analyses sont bien faites mais manquent de puissance pour détecter un risque rare, d'autres sont « gonflées » artificiellement par un cumul de multiples cri-

tères de morbidité pour mettre en évidence une signification statistique faible.

On peut donc conclure qu'il n'y a pas à l'heure actuelle de données qui puissent justifier une politique de césarienne systématique en cas de présentation du siège à terme; l'accident grave en phase de dégagement est rare. Une sélection rigoureuse des intentions de voie basse dont les critères seront discutés plus loin doit permettre pour environ 40 % des cas un accouchement par les voies naturelles en toute sécurité.

Il est important de rappeler que, quel que soit le mode d'accouchement, la présentation du siège peut être le symptôme d'un éventuel problème fœtal. Les prises en charge anténatales, per-partum et postnatales doivent absolument tenir compte de cet élément.

II. LES SIÈGES DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE : FAUT-IL PROPOSER UNE CÉSARIENNE SYSTÉMATIQUE ?

Il faut ici essayer de distinguer les enfants prématurés (17 % des sièges) (28) de ceux qui ont un retard de croissance in utero. Il faut également tenter d'interpréter les résultats en fonction du terme de naissance et des conditions de celle-ci, infection, rupture prématurée des membranes, accouchement inopiné. Ces distinctions sont rarement faites dans les publications qui, par ailleurs, le plus souvent manquent de puissance.

En théorie, la naissance par les voies naturelles d'un siège de petit volume expose à quelques risques spécifiques :

- La procidence du cordon;
- L'hémorragie cérébrale;
- La rétention de tête dernière sur un col insuffisamment dilaté.

A contrario, la césarienne sur les petits sièges est une intervention délicate en l'absence de segment inférieur; l'hystérotomie corporéale est souvent nécessaire ne mettant pas toujours à l'abri d'une extraction traumatisante et hémorragique (47).

Enfin, une volonté délibérée à vouloir pratiquer des césariennes devant des enfants de petit poids de naissance en présentation du siège se trouvera souvent prise en défaut en cas d'accouchement inopiné et rapide.

Le travail de Kiely (26) en 1991 à propos de 17587 sièges de poids supérieur à 500 grammes, nés vivants à New York entre 1978 et 1983 est venu jeter la suspicion sur la voie basse. Il n'étudie que la mortalité néo-natale des 28 premiers jours. Le terme n'est pas pris en compte ni les conditions de l'accouchement. Les enfants de moins de 1750 grammes nés par les voies naturelles sont plus à risque de mortalité néo-natale que ceux qui sont nés par césarienne... mais on peut penser qu'une grande partie des premiers sont en fait le reflet d'un abandon obstétrical, surtout à cette époque; en effet, 5 % des enfants nés par césarienne pesaient moins de 1500 grammes contre 18 % des enfants nés par voie basse. Entre 1750 et 3000 grammes, les risques de mortalité néo-natale s'équilibrent (49).

Une vaste enquête multicentrique française (3) sur 143 sièges prématurés entre 1979 et 1984 confirme ce défaut de césarienne chez les enfants dont le terme est compris entre 28 et 31 semaines d'aménorrhée (25 % de césariennes) par rapport à ceux dont le terme est plus avancé (41 % de césariennes entre 32 et 34 semaines d'aménorrhée). Les auteurs concluent fort justement qu'il faut avoir les mêmes indications de césarienne quel que soit le terme si la viabilité est obtenue et que le renoncement à la voie haute ne peut être que délétère; ils ne disent pas qu'il faut césariser tous les petits sièges...

Les deux études randomisées connues à ce jour ne permettent pas de trancher :

Zlanik en 1993 (51) a voulu publier à propos de 18 cas de césariennes délibérées versus 20 cas d'intention de voie basse pour des termes compris entre 28 et 36 semaines d'aménorrhée mais ses effectifs sont insuffisants... Penn (41) en 1996 sur le même thème mais entre 26 et 32 semaines d'aménorrhée, a été obligé d'interrompre son travail de randomisation faute d'inclusions suffisantes après 17 mois d'efforts.

Les conclusions de Grant (15) dans la *Cochrane Data Base* en 2000 à ce propos sont donc qu'il n'y a pas actuellement d'éléments suffisants pour justifier la césarienne systématique en cas de sièges de petit volume; par ailleurs, une politique de ce type n'empêcherait pas une naissance sur six de se produire par voie basse.

III. DISCUSSION

« à propos des critères de sélection pour accepter un siège en intention de voie basse »

Ils sont différents d'une équipe à l'autre, ce qui explique les taux variables d'accouchements par les voies naturelles (21 à 79 %). Plusieurs organismes officiels ont donné leurs recommandations, parmi lesquels la Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique (2) et le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (44). On doit revenir sur certains d'entre eux qui manquent de précision :

« Obtenir le consentement éclairé de la patiente »

Il est certain que l'accouchement par les voies naturelles en présentation du siège exige une participation maternelle efficace au cours de la phase d'expulsion. Celle-ci est obtenue si l'analgésie est convenable et si la patiente est en confiance.

« L'éclairage » donné à la patiente par le praticien contribue à instaurer cette confiance ou bien au contraire peut la perturber.

« Le bassin doit être normal, cliniquement OU radiologiquement »

On remarque ici que ni la FIGO ni le RCOG n'imposent la radiopelvimétrie. Si celle-ci est faite, il faut s'interroger sur la définition radiologique à donner au bassin normal... En fonction des auteurs, le diamètre transverse médian peut être considéré comme suffisant à partir de 11 cm, de 12 cm voire de 12,5.

Van Loon (50) en 1997 retient les valeurs suivantes : 11 cm pour le diamètre antéro-postérieur, 12,5 cm pour le diamètre transverse maximal, 9,5 cm pour le bi-épineux et 10,5 cm pour le bi-ischiatique. Ce même auteur conclut dans un travail randomisé sur 235 sièges à terme que l'usage de la pelvimétrie ne diminue pas le nombre de césariennes totales mais qu'il y a moins de césariennes en urgence. Il ne confirme pas les constatations d'autres auteurs qui avaient souligné le risque paradoxal des pelvimétries

normales qui pouvaient entraîner certains praticiens à « oublier » les autres marqueurs de l'eutocie dans les présentations du siège.

Quoi qu'il en soit, l'usage de la pelvimétrie est raisonnable, le pôle céphalique du fœtus en siège ne bénéficiant pas des avantages de l'accommodation.

« Le poids estimé du fœtus doit être inférieur à 3700 grammes »

On connaît les difficultés cliniques ou échographiques qu'il peut y avoir à effectuer une prévision fiable du poids d'un fœtus à terme eutrophique. Il faudra s'aider de la mesure du diamètre bipariétal à terme qui doit être confronté aux principaux diamètres de la pelvimétrie.

« La tête doit être normalement fléchie »

Les présentations défléchies à terme sont rares (5 à 13 %). Dans ce cas, l'attitude la plus communément admise est de pratiquer une césarienne; les risques d'un accouchement par les voies naturelles sont estimés à 13,7 % de décès et à 20,6 % de lésions médullaires, nettement supérieurs à ceux qui sont retrouvés après césarienne prophylactique (6). Le diagnostic de déflexion primitive de la tête fœtale est accessible à la radiographie du contenu utérin ou à l'échographie.

« Il ne doit pas y avoir d'obstacle praevia »

Ceci est valable également pour les présentations céphaliques.

« Il ne doit pas y avoir de pieds procidents »

Cette notion n'est qu'une contre-indication relative pour d'autres. À ce propos, on peut revenir sur l'influence de la position des pieds du fœtus sur la marche du travail et le pronostic néonatal. Le siège complet est plus rare que le siège décompleté (20 % versus 80 %). Il se complique plus souvent de rupture prématurée des membranes et, pour certains, la césarienne en cours de travail

est plus fréquente ; par contre l'acidose respiratoire néo-natale est plus souvent rencontrée en cas de siège décomplété (29).

« Le contexte obstétrical doit être sain »

Rupture prématurée des membranes prolongée et postmaturité à conditions locales défavorables doivent faire renoncer à la tentative de voie basse. Un déclenchement facile n'est pas interdit, de même qu'une autorisation de voie basse en cas d'utérus cicatriciel, toutes les autres conditions d'eutocie étant par ailleurs réunies (39).

Les malformations utérines connues sont pour beaucoup une indication à la voie haute avant travail.

« La primiparité chez les femmes de plus de 35 ans »

Elle est pour certains une indication de césarienne de principe.

« L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu »

Au cours du travail, il est recommandé et la mesure du pH au siège est possible. L'analgésie péridurale et l'utilisation des ocytociques ne sont pas contre-indiquées.

« Le travail et la naissance doivent se faire en présence d'une équipe obstétricale complète », dans une structure où la césarienne en urgence est possible et la prise en charge néo-natale de qualité. Le nombre de sièges voie basse étant faible, les compétences se perdent ; il faut donc développer des alternatives à l'apprentissage (vidéo, mannequins).

« Il n'y a aucune démonstration valable d'un bénéfice de la césarienne chez les sièges prématurés »

CONCLUSIONS

Il ne faut pas se tromper de cible...

Le fœtus en présentation du siège doit être considéré comme un fœtus fragile. À ce titre il doit être surveillé en fin de grossesse comme on surveille un fœtus hypotrophe, postmature, ou un enfant de mère diabétique. La rupture prématurée des membranes (13) est à craindre, qui peut venir compliquer la situation lorsqu'une décision de voie basse a été prise ; elle est fréquente chez la primipare (23,9 %) et peut entraîner procidence et infection.

Au cours du travail, la prise en charge doit être précoce, le bien-être fœtal une préoccupation constante ainsi que la qualité de la dilatation. En phase d'expulsion, il n'est pas utile de laisser l'enfant s'asphyxier, omoplates à la vulve ; les manœuvres de petite extraction sont licites et faciles bien qu'elles ne souffrent pas l'improvisation.

Le traumatisme obstétrical n'est pas, loin s'en faut, le risque premier attaché à la présentation du siège ; il ne faudrait pas qu'il cache les vrais enjeux de ce grand problème de la pratique obstétricale de toujours.

Résumé

Lorsqu'un fœtus se présente par le siège, à terme ou en travail, l'attention de tous se focalise sur les risques de traumatisme liés aux difficultés d'extraction et sur l'éventuelle survenue d'une asphyxie en cours d'expulsion. Les avis contradictoires recueillis ici et là dans la littérature font régner la confusion et la peur.

Il est certain qu'un fœtus en présentation du siège est un fœtus souvent intrinsèquement plus fragile qu'un autre. Sachant cela, il faut lui proposer une surveillance de fin de grossesse adaptée et une sélection à la voie basse rigoureuse et équilibrée où la confrontation céphalo-pelvienne prend une grande part. Les techniques de direction du travail en phase active sont licites mais il faut en exiger un résultat brillant sous contrôle permanent du rythme cardiaque fœtal dont l'interprétation doit être sévère.

Le recours à la césarienne en urgence doit être possible et l'ensemble de l'équipe présente : obstétricien, anesthésiste, sage-femme et pédiatre.

MARPEAU

On ne tire pas sur un siège pour le faire descendre dans l'excavation, la dynamique utérine et les efforts expulsifs sont les seuls à y être autorisés. Quand l'ombilic est à la vulve on peut et on doit, s'il le faut, toucher au fœtus. Ce sera pour aider au dégagement des membres inférieurs et pratiquer doucement une manœuvre de Lovset; on ne touche au fœtus que lorsque la patiente pousse sur une contraction utérine. L'accouchement se termine par une manœuvre de relèvement et parfois par une prise directe de forceps si le pôle céphalique reste prisonnier des parties molles.

Nombreux sont les auteurs qui souscrivent à ces recommandations; ce sont ceux qui pensent qu'une grande partie des accidents sur sièges ont pour origine un événement survenu en antepartum ou pendant la première phase du travail.

Bibliographie

1. 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 (3): 586-592.
2. Anonymous. Recommendations of the FIGO Committee on Perinatal Health on guidelines for the management of breech delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1995; 58: 89-92.
3. Auzelle P, Bernard N, Duval CL, Lemoine JP, Melchior J, Muller G. L'accouchement prématuré en présentation du siège. *J Gyn Obst Biol Reprod*, 1986; Vol 15: 1101-1104.
4. Bartlett DJ, Okun NB, Byrne PJ, Watt JM, Piper MC. Early motor development of breech and cephalic presenting. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 425-432.
5. Berger R, Beurder S, Sofkov S, Klingmuller V, Limizel J, Jensen A. Peri/intraventricular haemorrhage: a cranial ultrasound study on 5286 neonates. *Eur J Obstet Gynecol*, 1997; 75 (2): 191-201.
6. Caterini H, Langer A, Sama J, Devanesan M, Pelosi M. Fetal risk in hyperextension of the fetal head in breech presentation. *Am J Obstet Gynecol*, 1975; 15: 632-636.
7. CESDI. 7th Annual Report, 2000; 3: 25-39.
8. Cibils LA, Karrison T, Brown L. Mode of delivery and perinatal results in breech presentation. *Am J Obstet Gynecol*, 1994; 171: 28-34.
9. Collea JV, Chein C, Ouiligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol*, 1980; 137 (2): 235-244.
10. Croughan-Minihane MS, Petitti DB, Gordis L, Golditch I. Morbidity among breech infants according to method of delivery. *Obstet Gynecol*, 1990; 75 (5): 821-825.
11. Danielan PJ, Wang J, Hall MH. Long-term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow up. *BMJ*, 1996; 312 (7044): 1451-1453.
12. De Leeuw J P, De Haan J, Derom R, Thiery M, Van Maele G, Martens G. Indications for caesarean section in breech presentation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1998; 79 (2): 131-137.
13. Diro M, Puangsricharn A, Royer L, O'Sullivan M, Burkett G. Singleton term breech deliveries in nulliparous and multiparous women: a five years experience at the university of Miami/Jackson Memorial Hospital. *Am J Obstet Gynecol*, 1999; 181 (2): 247-252.
14. Gimovsky ML, Wallace RL, Schiffrin BS, Paul RH. Randomized management of the non frank breech. *Am J Obstet Gynecol*, 1983; 146: 34-40.
15. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Kahn K. A meta-analysis of infant outcomes after breech delivery. *Obstet Gynecol*, 1995; 85: 1047-1054.
16. Grant A. Elective versus selective caesarean section for delivery of the small babies. *The Cochrane Library*, Volume (Issue 1), 2000.
17. Haruka M, Sacki N, Naka Y, Funato T, Ohrsukhi Y. Umbilical blood gas status at cesarean section for breech presentation: a comparison with vertex. *Acta Obstet Gynaecol*, 1989; 41 (10): 1530-1536.
18. Heller G, Misselwitz B, Schmidt S. Early neonatal mortality, asphyxia related deaths, and timing of low risk births in Hesse, Germany, 1990-8: observational study. *BMJ*, 2000; 321: 274-275.
19. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned Caesarean section for term breech delivery. *The Cochrane Library*, Volume (Issue 1) 2000: 1-8.
20. Huchcroft SA, Wearing MP, Buck CW. Late results of cesarean and vaginal delivery in cases of breech presentation. *CMAJ*, 1981; 125 (7): 726-730.
21. Irion O, Hirsbrunner P, Morabia A. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations. *Br J Obstet Gynecol*, 1998; 105: 710-717.
22. Ismail MA, Nagib N, Ismail T, Cibils

- LA. Comparison of vaginal and cesarean section delivery for fetuses in breech presentation. *J Of Perin Med*, 1999; 27 (5): 339-351.
23. Joseph V, Collea MD, Connie Chein MD, Edward J, Quilligan MD. The randomized management of term frank breech presentation: A study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol*, 1980; 137 (2): 235-244.
24. Joseph V, Collea MD, Stephen C, Rabin MD, George R, Weghorst MD, Edward J, Quilligan MD. The randomized management of term frank breech presentation: Vaginal delivery vs. Cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 1978; 131 (2): 186-195.
25. Kean LH, Suwanrath C, Gargari SS, Sahota DS, James DK. A comparison of fetal behaviour in breech and cephalic presentation at term. *Br J Obstet Gynecol*, 1999; 106 (11): 1209-1213.
26. Kiely J. Mode of delivery and neonatal death in 17 587 infants presenting by the breech. *Br J Obstet Gynaecol*, 1991; 98: 898-904.
27. Koike T, Minakami H, Sasaki M, Sayama M, Tamada T, Sato I. The problem of relating fetal outcome with breech presentation to mode of delivery. *Arch Gynecol Obstet*, 1996; 258 (3): 119-123.
28. Krause M, Gerede A, Fischer T, Feige A. Vaginal delivery in breech presentation does not increase early newborn morbidity. Results of 423 infants with breech presentation. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Perinatologie*, 1994; 198 (3): 88-95.
29. Krause M, Fischer T, Feige A. Influence of the legs in breech presentation and it's affect on the made of delivery neonatal morbidity. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie*, 1997; 201: 128-135.
30. Krebs L, Topp M, Langhoff-Ross J. The relation of breech presentation at term to cerebral palsy. *Br J Obstet Gynaecol*, 1999; 106: 943-947.
31. Krebs L, Langhoff-Ross J. Breech delivery at term in Denmark: a population-based case-control study. *Paed Perin Epidem*, 1999; 13 (4): 431-444.
32. Lewis BV, Senevirtane HR. Vaginal breech delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 1979; 134 (6): 615-618.
33. Mahomed K. Breech delivery: a critical evaluation of the mode of delivery and outcome of labor. *Int J Gynaecol Obstet*, 1988; 27 (1): 17-20.
34. Main DM, Main EK, Maurer MM. Cesarean section versus vaginal delivery for the breech fetus weighing less than 1,500 grams. *Am J Obstet Gynecol*, 1983; 146 (5): 580-584.
35. Malhotra D, Gopalan S, Narang A. Preterm breech delivery in a developing country. *Int J Gynaecol Obstet*, 1994; 45 (1): 27-34.
36. Mann LI, Gallant JM. Modern management of the breech delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 1979; 134 (6): 611-614.
37. Martin L. Gimovsky MD, Roger L, Wallace MO, Barry S, Schifrin MD, Richard H, Paul MD. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: A preliminary report. *Am J Obstet Gynecol*, 1983; 146: 34-40.
38. Obwegeser R, Ulm M, Simon M, Ploekinger B, Gruber W. Breech infants: vaginal or cesarean delivery? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1996; 75 (10): 912-916.
39. Ophir E, Oettinger M, Yagoda A; Markovits Y, Rojansky N, Shapiro H. Breech presentation after cesarean section: always a section? *Am J Obstet Gynecol*, 1989; 161 (1): 25-28.
40. Pajntar M, Verdenik I, Pestevsek M. Cesarean section in breech by birth weight. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1994; 54 (3): 181-184.
41. Penn ZJ, Steer PJ, Grant A. A multi-centre randomised controlled trial comparing elective and selective caesarean section for the delivery of the preterm breech infant. *Br J Obstet Gynaecol*, 1996; 103 (7): 611-613.
42. Roberts CL, Algert CS, Peat B, Henderson -Smart D. Small foetal size: a risk factor for breech birth at term. *Int J Gynaecol Obstet*, 1999; 67: 1-8.
43. Roman J, Bakos O, Cnattingius S. Pregnancy Outcomes by Mode of Delivery Among Term Breech Births: Swedish Experience 1987-1993. *Obstet Gynecol*, 1998; 92: 945-950.
44. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Guideline: The Management of Breech Presentation. London: RCOG, August 2000.
45. Sevelda P, Stilglbauer M, Vavra N, Weninger M, Sterniste W, Wagenbichler P.

Breech presentation in nulliparous women vaginal delivery or indications for primary section? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 1993; 53: 400-405.

46. Schutte MF, Van Hemel OJS, Van de Berg C, Van de Pol A. Perinatal mortality in breech presentation as compared to vertex presentation in singleton pregnancies: an analysis based upon 57819 computer-registered pregnancies in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1985; 19: 391-400.

47. Schutterman EB, Grimes DA. Comparative safety of the low transverse versus the low vertical uterine incision for cesarean delivery of breech infants. *Obstet Gynecol*, 1983; 61 (5): 593-597.

48. Songane FF, Thobani S, Malik H, Bingham P, Lilford RJ. Balancing the risks of planned cesarean section and trial of vaginal delivery for the mature, selected, singleton breech presentation. *J Perinat Med*, 1987; 15 (6): 531-543.

49. Suidan JS, Sayegh RA. Delivery of the

low birthweight and the very low birthweight breech: cesarean section or vaginal delivery? *J Perinat Med*, 1989; 17 (2): 145-149.

50. Tatum RK, Orr JW, Soong S, Huddleston JF. Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000 grams. A retrospective analysis of seven years' experience. *Am J Obstet Gynecol*, 1985; 152 (2): 145-155.

50. Van Loon AJ, Mantingh A, Serlier EK, Kroon G, Mooyaart EL, Huisjes HJ. Randomised controlled trial of magnetic-resonance pelvimetry in breech presentation at term. *Lancet*. 1997; 350 (9094): 1799-1804.

52. Viegas OA, Ingemarsson I, Sim LP, Singh K, Cheng M, Ratnam SS, Chow KK, Ho TH, Vengadasalam D. Collaborative study on preterm breeches: vaginal delivery versus caesarean section. *Asia-Oceania J Obstet Gynaecol* 1985; 11 (3): 349-355.

53. Zlatnik FJ. The Iowa premature breech trial. *Am J Perinat*, Janvier 1993; 10 (1): 60-63.