

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

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

—
**tome XXIX
publié le 30.11.2005**



*VINGT-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2005*

L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable en cas de présentation du siège ?

F. GOFFINET^{1, 2}, M. CARAYOL²
(Paris)

INTRODUCTION

L'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège a été l'objet de débats ces dernières années aussi bien dans les revues de langue anglaise que dans notre pays (6, 11, 16, 26). L'essai randomisé multicentrique (*Term Breech Trial*) publié dans le *Lancet* en 2000 a pour beaucoup de praticiens confirmé de manière définitive un excès inacceptable de risque néonatal de la tentative de voie basse, impliquant une césarienne systématique pour toutes les femmes présentant un fœtus par le siège à terme (13, 21). Depuis la publication de cet essai, des données et des éditoriaux tentent de montrer que les choses ne sont pas aussi simples et que la tentative de voie basse en cas de présentation du siège à terme peut être une option raisonnable pour une proportion non négligeable de femmes. Cet avis n'est pas seulement celui des obstétriciens français contrairement à une opinion répandue dans notre pays.

1. Service de gynécologie et obstétrique de Port-Royal – Hôpital Cochin Saint-Vincent-de-Paul – Assistance Publique-Hôpitaux de Paris – 123 bd de Port-Royal – 75014 PARIS

2. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et en santé des femmes – INSERM U149 – 123 bd de Port-Royal – 75014 PARIS

En France, l'accouchement du siège par voie basse est encore une pratique courante et, en 2000, le Collège des gynécologues et obstétriciens français a défini des critères optimaux d'acceptabilité de la voie basse (1). Le taux de césariennes programmées a cependant augmenté régulièrement depuis 20 ans. En 1998, la proportion de césarienne avant travail était de 48,8 % en France (3).

Où en est-on en 2005, et peut-on encore proposer, sous certaines conditions, une tentative d'accouchement par voie basse aux femmes présentant un fœtus en présentation du siège à terme ?

LES DONNÉES EXISTANTES SUR LES RISQUES PÉRINATALS DE L'ACCOUCHEMENT DU SIÈGE PAR VOIE BASSE

Les données rétrospectives

De très nombreuses séries rétrospectives ont cherché à évaluer les risques périnataux du siège à terme selon le mode d'accouchement. Il s'agit soit d'études de service sur une période de plusieurs années, portant souvent sur plusieurs centaines de cas, soit d'études de registre dans un pays ou une région donnée, portant sur plusieurs milliers de cas. Les études de service ont l'avantage d'avoir peu de données manquantes et une prise en charge homogène et connue. Celles sur registre ont l'avantage du nombre mais les données n'ont pas été collectées pour répondre à cette question, n'ont pas été vérifiées et la prise en charge n'est pas connue (suivi de grossesse, siège connu, éléments de décision de la voie d'accouchement, suivi du travail...). De plus, les étiologies des décès ne sont pas toujours connues.

Ces deux types d'études ont l'inconvénient d'avoir été menés rétrospectivement, même si la collecte des données a été réalisée prospectivement. La plupart d'entre elles se contentent de comparer les groupes « voie basse » versus « césarienne » ou « voie basse + césarienne pendant le travail » versus « césarienne avant travail ». La comparaison appropriée devrait être « en intention de traiter », c'est-à-dire selon la décision anténatale, « tentative de voie basse » versus « césarienne programmée ». Les critères de jugement de santé sont très variables, allant de la mortalité périnatale, de l'élongation définitive du plexus brachial au score d'Apgar à 1 mn. En rapportant quelques exemples d'études, le tableau I illustre cette variabilité.

Tableau I. Exemples d'études cherchant à évaluer les risques néonataux de la voie basse en cas de présentation du siège à terme

Auteur (année) Nb de femmes incluses	Risque dans le groupe voie basse par rapport à la césarienne*	Critère de santé considéré	Type d'étude
Cheng (1993)	3,9 [2,2-6,7]*	Mortalité périnatale	Méta-analyse de 24 études rétrospectives et prospectives
Kayem (2002) N = 501	0,90 [0,4-2,2]	Morbidité sévère néonatale	Etude rétrospective hospitalière dans un centre
Roman (1998) N = 15 818	9,0 [5,6-14,5]*	Score d'Apgar < 7 à 5 mn	Registre suédois
Gilbert (2003) N = 100 730	9,2 [3,3-25,6]* (nullipares)	Mortalité néonatale	Registre californien
Hannah (2000) N = 2 088 Pays développés N = 1 027	3,03 [1,8-5,2] 14 [5,2-14,6]	Décès néonatal ou morbidité sévère	Essai randomisé
Hannah (2004) N = 923	0,91 [0,42-1,97]	Décès ou retard psychomoteur à 2 ans	Essai randomisé
AUDIPOG (2002) N = 2 136	1,33 [0,63-2,8]	Décès néonatal ou morbidité sévère	Étude rétrospective multicentrique
Krupitz (2005) N = 882	0,5% vs 0	Décès néonatal ou morbidité sévère	Étude rétrospective hospitalière dans un centre
PREMODA (2005) N = 8 106	1,4 [0,89-2,23]	Décès néonatal ou morbidité sévère	Étude prospective multicentrique observationnelle
* Comparaison non « en intention de traiter » : en général voie basse versus césarienne ou versus césarienne programmée en excluant les césariennes pendant le travail			

La majorité de ces études montrent un excès de mortalité ou de morbidité à court terme dans le groupe voie basse, comme cela a été rapporté dans une revue de 24 études rétrospectives en 1993 (7). Mais de nombreuses études de service ne retrouvent pas de différence sur la mortalité ou la morbidité sévère entre les deux voies d'accouchements (4, 17, 18, 10, 27, 20). Les hypothèses expliquant la discordance entre les études de service et les études sur registre sont un manque de puissance, ou peut-être une qualité des données et une prise en charge clinique plus homogènes et plus rigoureuses dans les premières.

Si les études de registre sont intéressantes par leur nombre de cas, l'interprétation de leurs résultats doit être prudente. En effet, de nombreux facteurs de confusion ne sont pas pris en compte et le fait d'exclure les enfants malformés et les moins de 2500 g ne suffit évidemment pas sur des données souvent non contrôlées. Un exemple :

les femmes mal suivies et de bas niveau socio-économique présentent un excès de pathologies et accouchent préférentiellement par voie basse, ce qui surestime le risque materno-fœtal dans ce groupe. Dans l'étude PREMODA, qui est développée plus loin, trois des quatre décès néonataux hors malformations sont attribués au groupe voie basse mais, après analyse correcte des dossiers, ils correspondent à 3 accouchements à domicile pour des femmes non suivies. Dans un registre, ces cas se retrouvent dans le groupe voie basse. C'est également le cas pour les femmes en travail mal suivies présentant un hématome rétro-placentaire, un placenta praevia hémorragique, une chorioamnionite après rupture prématurée des membranes non prise en charge, une arrivée à dilatation complète sans surveillance du travail, etc. D'un autre côté, on sait qu'une femme bien suivie avec une pathologie materno-fœtale aura une césarienne programmée, ce qui augmente le risque néonatal a priori dans ce groupe (pré-éclampsie, retard de croissance intra-utérin, etc.). D'autre part, l'extrapolation des résultats de ces études de registre pose problème car nous n'avons aucune information sur le mode de suivi et les pratiques obstétricales entourant l'accouchement. Ainsi, dans une étude sur le registre de Californie portant sur 100 730 présentations du siège, Gilbert et al. rapportent chez les nullipares dans le groupe voie basse par rapport à la césarienne un net excès de mortalité néonatale (OR = 9,2 [3,3-25,6]) et d'élongation du plexus brachial (OR = 33,9 [15,2-76,1]) (9). Or on s'aperçoit que seulement 2,5 % des nullipares ont accouché par voie basse; on peut se demander à quoi correspond ce petit sous-groupe de femmes, quel a été le mode de suivi de ces femmes et quelle était l'expérience des équipes obstétricales les prenant en charge. Ces résultats peuvent-ils être comparés à ceux des études rapportant des taux d'accouchements par voie basse beaucoup plus élevés, indiquant ainsi une pratique large ?

LES DONNÉES PROSPECTIVES : L'ESSAI RANDOMISÉ « *TERM BREECH TRIAL* » ET SES « NOMBREUX » RÉSULTATS

L'objectif de cette étude était de comparer, après tirage au sort, chez des femmes à terme avec une présentation du siège, une politique de césarienne systématique à une tentative de voie basse avec un clinicien expérimenté présent au moment de l'accouchement. Il s'agit d'un essai randomisé multicentrique réalisé dans 26 pays et 121 centres et portant sur 2088 patientes. Le résultat principal est une

réduction significative du critère de jugement principal (mortalité périnatale ou mortalité néonatale ou morbidité néonatale sévère) dans le groupe césarienne systématique par rapport au groupe tentative de voie basse (17 sur 1 039 nouveau-nés [1,6 %] vs 52 sur 1 039 nouveau-nés [5,0 %]; risque relatif 0,33, Intervalle de confiance à 95 % [0,19-0,56]; $p < 0,0001$). Cette différence était encore plus importante dans le sous-groupe des pays développés (0,4 vs 5,7 %; risque relatif 0,07 [0,02-0,19]) (13). Il n'y avait pas de différence significative en termes de mortalité ou morbidité maternelle entre les deux groupes.

La validité interne du *Term Breech Trial* est excellente et ne peut être mise en cause. Cependant, deux éléments dans cet essai gênent l'extrapolation des résultats à notre pratique actuelle. Premièrement, le risque absolu de mortalité et morbidité sévère périnatale en cas de tentative de voie basse et la différence entre les deux modes d'accouchement sont très élevés (respectivement 5,7 % et 14 fois plus de morbidité dans le groupe tentative de voie basse par rapport au groupe césarienne systématique) et supérieurs à ce qui a été rapporté dans différentes séries récentes en Europe (17, 18, 10, 12, 20).

Deuxièmement, les conditions obstétricales dans cette étude semblent différentes de celles pratiquées dans des pays où une proportion encore importante de femmes avec une présentation du siège se voit proposer une tentative de voie basse (11). Ainsi, en France, un certain nombre de recommandations établies par des groupes experts ou dans les « écoles d'obstétrique » diffèrent de la pratique obstétricale présentée dans l'étude. Parmi les critères d'acceptation de la voie basse, on recommande en général :

- une radio-pelvimétrie (9,8 % des femmes dans l'étude) ;
- une échographie pour vérifier l'absence de déflexion de la tête fœtale (68,7 % dans l'étude) ;
- une estimation du risque de macrosomie à l'aide de l'examen clinique et échographique avant l'entrée en travail ;
- une discussion autour de la décision d'accouchement par voie basse à partir de tous les éléments connus avant le début du travail (43 % des femmes sont en travail au moment de la randomisation et donc au moment de la vérification des critères d'inclusion et d'exclusion, ce qui empêche une certaine réflexion et une certaine planification pour le groupe voie basse).

Parmi les règles de conduite du travail en cas de présentation du siège, on recommande en général de :

- ne pas déclencher le travail, sauf si le col est très favorable, (déclenchement de 14,9 % des femmes et pratique de déclenchements pour terme dépassé acceptée dans l'étude) ;

- faire un enregistrement continu du RCF (possibilité d'écouter les bruits du cœur toutes les 15 mn dans l'étude);
- ne pas utiliser d'ocytociques ou ne pas réaliser de rupture artificielle des membranes, sauf s'il y a stagnation de la dilatation prouvée et dynamique utérine insuffisante, certains contre-indiquant même l'utilisation d'ocytociques (utilisation d'ocytociques dans 50 % des cas dans l'étude);
- fixer une vitesse optimale de dilatation du col de 1 cm/h, et non 0,5 cm/h dans l'étude;
- ne faire pousser la femme au maximum que 15 à 20 mn avec une présentation du siège partie basse (1 heure d'efforts expulsifs dans l'étude).

Enfin, la même équipe a publié 4 ans plus tard des résultats, issus de cette étude, à plus long terme. L'équipe a sélectionné, dès le début de l'essai, 85 centres sur les 121 de l'essai publié en 2000, capables de suivre les enfants et les mères à 2 ans (29, 15). C'est la première fois qu'un essai randomisé comparant deux politiques de mode d'accouchement réalise une évaluation à deux ans. Au total, 920 enfants (sur les 2088 de départ) ont pu être évalués à l'aide d'une échelle de score du développement. Sur le plan méthodologique, l'étude est bien menée et les éventuels biais de sélection et facteurs de confusion ont été bien contrôlés. Il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes sur le retard psychomoteur, quel que soit le type du problème (moteur, cognitif, résolution de problèmes, etc.) ou l'importance du retard. Les parents rapportaient cependant plus de problèmes médicaux pour leurs enfants dans le groupe césarienne programmée (OR = 1,41 [1,05-1,89]). Au total, il n'y avait pas de différence sur les décès ou les retards psychomoteurs à 2 ans: 13 (2,8 %) dans le groupe « tentative de voie basse » contre 14 (3,1 %) dans le groupe « césarienne programmée ». Il est intéressant de noter que les deux décès après 28 jours de vie (un dans chaque groupe) sont liés à une malformation congénitale s'étant compliquée tardivement, soulignant l'importance de disposer de données prospectives pour établir la cause du décès. Alors qu'il existait 5 décès néonataux (avant 28 jours) dans le groupe « tentative de voie basse » contre un seul dans le groupe « césarienne programmée » (pris en compte lors de l'essai de 2000 car critère inclus dans le critère de jugement principal), le sens de cette différence était inversé pour le retard psychomoteur avec 7 (1,5 %) et 12 (2,6 %) enfants respectivement dans les groupes « tentative de voie basse » et « césarienne programmée ». Il est intéressant de noter que parmi les 18 enfants qui présentaient une morbidité sévère dans les 28 premiers jours de vie (inclus dans le critère de jugement à court terme du

premier essai), tous vont bien à 2 ans de vie sauf un enfant décédé des suites d'une malformation congénitale. Le tableau II résume les résultats du *Term Breech Trial* à court terme, à 3 mois et à 2 ans.

Tableau II. Résultats périnataux et néonataux du Term Breech Trial à court terme, à 3 mois et à 2 ans

	Césarienne programmée nb (%)	Tentative de voie basse nb (%)	p
Résultats périnataux à court terme			
Décès périnataux ou morbidité sévère	17/1 039 (1,6 %)	52/1 039 (5,0 %)	< 0,001
Dans les pays à MPN basse	2/514 (0,4 %)	29/511 (5,7 %)	
Dans les pays à MPN élevée	15/525 (2,9 %)	23/528 (4,4 %)	
Résultats maternels à court terme			
Mortalité ou morbidité maternelle sévère	41/1 401 (3,9 %)	33/1 042 (3,2 %)	NS
Hémorragie du post-partum	10/1 041 (1,0 %)	13/1 041 (1,3 %)	NS
Lésions génito-urinaires	6/1 041 (0,6 %)	6/1 041 (0,6 %)	NS
Résultats à 3 mois	N = 798	N = 798	
Pour l'enfant			
Réadmission à l'hôpital	2,7 %	4,0 %	NS
Consultation d'un médecin	20,0 %	19,9 %	NS
Pour la mère			
Douleur lors des rapports sexuels	17 %	18,7 %	NS
Douleur quelle que soit la localisation	11,3 %	25,0 %	NS
Incontinence urinaire	4,5 %	7,3 %	0,02
Incontinence fécale ou aux gaz	10,7 %	9,7 %	NS
Résultats pour les enfants à 2 ans	N = 457	N = 463	
Décès ou retard psychomoteur	14 (3,1 %)	13 (2,8 %)	NS
Décès périnatal ou néonatal avant 28 jours	1 (0,2 %)	5 (1,1 %)	
Décès après 28 jours	1 (0,2 %)	1 (0,2 %)	
Retard psychomoteur à 2 ans	12 (2,7 %)	7 (1,5 %)	
Résultats pour les mères à 2 ans	N = 457	N = 460	
Douleur lors des rapports sexuels	10,0 %	10,4 %	NS
Douleur quelle que soit la localisation	21,0 %	22,2 %	NS
Incontinence urinaire	17,8 %	21,8 %	NS
Incontinence fécale	2,4 %	2,2 %	NS
Incontinence aux gaz	13,1 %	11,5 %	NS
MPN : Mortalité périnatale			

Un deuxième papier rapporte les résultats sur la morbidité maternelle à deux ans pour les mêmes patientes (917 femmes sur les 2 088 du départ). Il n'existe aucune différence sur l'allaitement, les douleurs, l'incontinence (anale ou urinaire), les signes fonctionnels urinaires, la fatigue, les troubles sexuels, les troubles dépressifs, une mauvaise expérience de l'accouchement. Il existait un excès significatif de cas avec constipation dans le groupe césarienne. L'incontinence urinaire qui était

plus fréquente dans le groupe « tentative de voie basse » lors de l'évaluation à 3 mois (14) (7,5 vs 4,5 %, $p = 0,02$) était comparable dans les deux groupes à 2 ans (21,8 vs 17,8 %, NS).

Au total les résultats de l'essai à deux ans, sur la moitié de l'effectif de départ, ne retrouvent pas de différence, que cela soit pour l'enfant ou pour la mère. On pourra discuter des effets à court terme en faveur de la césarienne rapportés dans les premiers résultats en 2000, mais une information importante à donner est probablement l'issue à deux ans qui définit mieux l'état de santé d'un enfant ou d'une femme que le score d'Apgar à 5 mn, le transfert en réanimation néonatale ou la désunion d'une cicatrice de paroi 4 jours après une césarienne.

LES DONNÉES PROSPECTIVES : L'ÉTUDE OBSERVATIONNELLE « PREMODA »

Suite à la publication du *Term Breech Trial*, des professionnels associés à des épidémiologistes (Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Société française de médecine périnatale, INSERM U149) ont cherché à savoir si les obstétriciens français devaient suivre les conclusions de cet article. Un groupe de travail sur le siège s'est constitué afin de réaliser dans un premier temps une étude préliminaire dont l'objectif était de mesurer la mortalité périnatale et néonatale à partir des données des maternités participant au groupe de travail (18 maternités) en cas de présentation du siège et selon la voie d'accouchement. Le but était de vérifier, dans un premier temps, qu'en France les différences selon la voie d'accouchement en termes de mortalité ne sont pas aussi importantes que celles rapportées dans l'article. Les résultats n'ont pas montré d'excès évident et important de la mortalité en défaveur de la voie basse puisqu'aucun décès néonatal hors malformation n'a été retrouvé sur 1 144 sièges à terme. Cependant cette étude a été réalisée rapidement, de manière rétrospective, sans contrôle des données, et on ne peut pas affirmer que tous les cas de décès néonataux ont bien été repérés. De plus, la morbidité néonatale n'a pas été évaluée. C'est pourquoi le groupe de travail a décidé d'engager une évaluation prospective des pratiques françaises pour la prise en charge de l'accouchement du siège et de leurs conséquences sur la morbidité et la mortalité périnatales, appelée étude PREMODA « PRÉsentation et MOde D'Accouchement ». La décision de ne pas réaliser un nouvel essai randomisé était essentiellement liée à un choix méthodologique et pas

seulement à des contraintes de faisabilité. Cette étude prospective non interventionnelle avait pour objectif principal de comparer la morbidité et la mortalité néonatales dans le groupe « tentative d'accouchement par voie basse » à celles du groupe « césarienne programmée » dans les conditions de pratiques en France et en Belgique pour toutes les femmes avec une présentation du siège à terme pendant la période de l'étude. Le recueil prospectif des données a eu lieu du 1^{er} juin 2001 au 31 mai 2002 dans 135 maternités volontaires en France, représentant 225 999 naissances annuelles et dans 36 maternités volontaires en Belgique du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2002, représentant 37 195 naissances annuelles. Au total, 8 105 cas de présentation du siège à terme ont été inclus dans cette étude permettant de comparer 5 579 césariennes programmées (68,8 %) à 2 526 tentatives de voie basse (31,2 %). Le critère de santé principal était proche de celui défini dans le *Term Breech Trial* et était constitué par une variable composite de mortalité et de morbidité sévère néonatales. On ne retrouvait pas de différence significative entre les groupes « tentative de voie basse » et « césarienne programmée » ($n = 40$, 1,6 % versus $n = 81$, 1,45 % ; $p = 0,62$), même après ajustement sur les principaux facteurs de confusion comme l'indication de la césarienne ou le poids de naissance (risque dans le groupe « tentative de voie basse » par rapport au groupe « césarienne programmée » estimé par un Odds Ratio ajusté = 1,40 intervalle de confiance à 95 % [0,89-2,23]). La conclusion est qu'il existe peut-être un excès de risque lié à la tentative de voie basse en cas de présentation du siège à terme mais que cet excès de risque est très différent de celui rapporté par le *Term Breech Trial* (risque relatif de 14 dans les pays développés dans le *Term Breech Trial* contre 1,40 dans PREMODA) et que le niveau du risque de décès ou de morbidité sévère est beaucoup plus faible dans le groupe « tentative de voie basse » dans PREMODA que dans le *Term Breech Trial* (1,6 % contre 5,7 %). Il existe beaucoup d'autres informations issues de cette enquête mais il n'est pas possible de les donner dans ce papier car l'article n'est pas encore publié.

LES DONNÉES EXISTANTES SUR LES RISQUES À LONG TERME DE L'ACCOUCHEMENT DU SIÈGE PAR VOIE BASSE

De quel risque néonatal discute-t-on ? Le décès ou un examen neurologique très anormal à la sortie du service de néonatalogie sont des critères objectifs d'un mauvais état de santé. Les autres critères à court terme sont souvent peu pertinents pour prédire un mauvais état

à long terme, en particulier s'ils sont considérés isolément. Le pH artériel à la naissance ou le score d'Apgar à 5 mn retrouvés presque systématiquement plus bas après un accouchement par voie basse, quelle que soit la présentation, sont de bons exemples. En considérant que ces critères sont pertinents, il est alors logique de conclure que la voie basse est dangereuse. Or on a pu constater que, même en considérant des critères beaucoup plus robustes dans la variable composite de morbidité sévère, le *Term Breech Trial* ne retrouve pas d'association entre le mauvais état néonatal et un mauvais état des enfants à 2 ans (29). En effet, parmi les 18 enfants qui présentaient une morbidité sévère dans les 28 premiers jours de vie, tous vont bien à 2 ans de vie sauf un enfant décédé des suites d'une malformation congénitale.

Malheureusement, il existe peu de données pertinentes sur l'état des enfants à plus long terme que la période néonatale. Les seules données prospectives sont donc celles du *Term Breech Trial* qui ne retrouve pas de différence sur le décès ou un retard psychomoteur à 2 ans, mais les effectifs sont faibles pour répondre à cette question. Des études rétrospectives sur registre ont été rapportées avec les limites que l'on connaît ; la voie d'accouchement n'est pas retrouvée comme facteur de risque. L'étude la plus intéressante est probablement celle de Danielan qui compare à l'âge scolaire l'état neurologique de 1645 enfants nés à terme en présentation du siège, 35,9 % par césarienne programmée, 64,1 % par tentative de voie basse (8). Les auteurs ne retrouvent aucune différence entre les deux groupes sur le handicap sévère ou sur le retard psychomoteur. Sur les 27 enfants avec handicap sévère, 23 sont nés par césarienne programmée ; un seul handicap pourrait être attribué à l'accouchement par voie basse dans cette série. D'autres résultats semblent confirmer ces résultats. Sorensen retrouve dans une population de conscrits un score cognitif comparable selon les deux modes d'accouchements (24). Bartlett rapporte dans une étude prospective que le déficit neurologique retrouvé chez les nouveau-nés en présentation du siège par rapport à ceux nés en présentation céphalique n'est pas expliqué par le mode d'accouchement puisque les 3 enfants avec déficit neurologique persistant à 18 mois de vie sont nés par césarienne (2).

Enfin, certains auteurs rapportent que les scores neurologiques, cognitifs et psychomoteurs seraient, en moyenne, légèrement plus bas chez les enfants nés par le siège que par le pôle céphalique, et ce quelle que soit la voie d'accouchement (24, 2). Ces données suggèrent pour certains qu'il existerait des facteurs prénataux communs au handicap et à la présentation du siège en fin de grossesse.

POURQUOI NE PAS PROPOSER UNE CÉSARIENNE SYSTÉMATIQUE EN CAS DE PRÉSENTATION DU SIÈGE ?

Même si la césarienne est encore associée à un excès de risque maternel part rapport à la voie basse, il est certain que celui-ci a beaucoup diminué, surtout en cas de césarienne programmée. Ces résultats, issus en général d'études de registre en population générale, ont conforté les partisans d'une césarienne systématique en cas de siège. Il est d'ailleurs probable que les risques d'une césarienne programmée, chez une femme dont l'indication principale est la présentation de l'enfant, sont faibles. Mais de la même manière, il est discutable de mettre au même niveau les risques maternels en cas de tentative de voie basse dans le cas de la présentation du siège à ceux rapportés en population générale en cas de césarienne en urgence ou en cas de voie basse. En effet, les femmes à qui l'on propose une tentative de voie basse en cas de siège sont souvent des femmes à bas risque avec des fœtus eutrophes dont le travail long est contre-indiqué, puisque la règle est de césariser en cas de stagnation d'une heure. Enfin, les risques maternels modérés à court terme sont probablement assez proches dans les deux stratégies ; les résultats du *Term Breech Trial* à 2 ans, même s'ils sont insuffisants, vont dans ce sens.

Il faut cependant rester prudent dans nos conclusions. En effet, les risques rares et graves ne peuvent être évalués avec ce type d'étude. Le décès maternel et la morbidité sévère par exemple restent probablement plus élevés en cas de césarienne (25, 28, 5). Dans une étude canadienne récente sur les femmes porteuses d'un utérus cicatriciel, le taux de décès maternel était significativement plus élevé dans le groupe « césarienne programmée » que dans le groupe tentative de voie basse (5,6 vs 1,6 pour 100 000) (28). On peut souligner que la tentative de voie basse en cas d'utérus cicatriciel comporte probablement plus de risques maternels que celle en cas d'utérus non cicatriciel avec une présentation du siège.

De même les conséquences obstétricales à plus long terme sont difficiles à évaluer. Or, l'augmentation du nombre de césariennes dans la population générale s'accompagne actuellement d'une augmentation du nombre de placentas praevia, de placentas accreta et de ruptures utérines associés directement à une morbidité maternelle élevée. D'autres conséquences de l'augmentation du taux de césariennes seront peut-être identifiées dans les années à venir. Ainsi, une étude récente a rapporté que l'antécédent de césarienne serait associé à un risque de

mort fœtale in utero inexpliquée multiplié par 2,7 à la grossesse suivante par rapport à un antécédent d'accouchement par voie basse (23).

Au total, éluder totalement les risques maternels et obstétricaux d'une politique de césarienne programmée systématique semble imprudent.

CONDUITE À TENIR PRATIQUE : PEUT-ON ENCORE PROPOSER UNE VOIE BASSE ?

Pour beaucoup, l'information actuelle consiste à laisser (à faire ?) croire aux femmes que l'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège à terme est dangereux. Plusieurs facteurs expliquent cette attitude, tous sont très discutables.

- Les résultats du *Term Breech Trial*, nettement en défaveur de la voie basse, et le fait qu'il s'agisse du seul essai randomisé ont marqué les esprits. Cette conclusion définitive aurait dû être nuancée par les limites concernant la validité des résultats du *Term Breech Trial* à court terme et par les résultats rassurants à 2 ans de vie pour les enfants inclus dans cet essai. Les résultats des nombreuses études qui n'ont pas retrouvé cet excès de risque, sous certaines conditions de pratique obstétricale, n'ont pas non plus pesé lourd au moment de se faire une idée.

- La pertinence des critères de santé néonataux ayant conduit à utiliser le mot « dangereux » a été peu discutée. On sait que de nombreux critères néonataux (score d'Apgar, pH à la naissance, transfert en néonatalogie) sont peu prédictifs d'un mauvais état ultérieur de l'enfant.

- La tendance actuelle est de minimiser, voire d'éluder les risques maternels liés à la césarienne.

- De nombreux aspects qui pourraient être associés à une politique de césarienne systématique sont mal connus comme les effets à long terme (néonataux, maternels), les conséquences psychologiques.

- Les mots « risque » et « excès de risque » ont été considérés comme synonymes de « dangereux ». Schématiquement, le risque est la fréquence observée d'un mauvais état néonatal (en supposant que le critère choisi est pertinent) et l'excès de risque est la différence ou le rapport entre les risques observés pour les deux voies d'accouchement. Si l'on adopte cette équivalence, il faut réaliser une césarienne programmée systématique même en cas de présentation céphalique. Car un accouchement par voie basse avec un fœtus en présentation

céphalique, eutrophe, sans pathologie materno-fœtale, est associé à un certain risque et à un certain excès de risque fœtal par rapport à la césarienne programmée, même si ceux-ci sont très faibles, du fait de la possibilité de survenue d'une hémorragie de Benkiser, d'un hématome rétro-placentaire, d'une procidence du cordon ou encore d'une asphyxie per-partum. Peut-être faut-il conseiller aux femmes de ne plus être enceintes, la grossesse comportant un niveau de risque donné et un excès de risque par rapport aux femmes non enceintes ?

L'importance de l'excès de risque et le niveau du risque correspondant à chaque stratégie ont donc une part décisive dans ces décisions. On ne considérera pas de la même manière des risques de l'ordre de 1 % et de 5 %, de même que des excès de risque de l'ordre de 1,4 et de 10 (risques relatifs ici). Cette discussion devra, de plus, tenir compte de la nature du risque considéré ; l'interprétation ne sera pas la même selon que l'on juge sur le score d'Apgar à 5 mn, le transfert néonatal ou sur l'état psychomoteur à 5 ans.

Enfin, les décisions médicales pour un patient donné se prennent d'une part en prenant en compte les données de la littérature, et d'autre part en essayant de confronter ces données aux caractéristiques de l'individu et aux conditions médicales dans lesquelles il est pris en charge. L'ensemble des caractéristiques (individuelles, environnement et pratiques médicales) d'un individu donné est souvent différent de la moyenne d'un groupe étudié dans une étude. C'est toute la difficulté d'extrapoler les résultats de l'*evidence based medicine*. Cette extrapolation est encore plus difficile dans une situation obstétricale comme la présentation du siège, compte tenu de tous les éléments intervenants. Elle est beaucoup plus difficile par exemple que l'extrapolation des résultats d'un essai randomisé montrant l'efficacité biologique d'une molécule (19).

Les résultats du *Term Breech Trial* ont entraîné dans les pays développés qui avaient encore une pratique large de la voie basse un « bond » important du taux de césariennes programmées comme cela a été montré en Hollande (22). Il est possible que le sujet de ce papier soit vite dépassé et que, prochainement, la règle en cas de présentation du siège soit la césarienne programmée dans tous les pays développés. Est-ce un progrès pour les femmes ? En attendant, l'information complète qui doit être faite à la femme ne nous semble pas être la conclusion sans appel des auteurs du *Term Breech Trial*. Dans une maternité où existe une pratique large de la tentative de voie basse avec des obstétriciens qui en ont l'expérience, il paraît raisonnable de proposer une attitude plus nuancée aux femmes. Les conditions d'acceptation de la voie basse

ainsi que celles de la surveillance du travail doivent bien sûr être rigoureuses. Sous ces conditions, il semble qu'il n'existe pas un excès de risque néonatal important entre les deux voies d'accouchement et que le niveau du risque néonatal soit faible. L'information donnée au couple doit être la plus complète possible mais surtout bien comprise. C'est pourquoi les mots « risque » et « excès de risque » doivent être utilisés de manière prudente et être bien expliqués. Le mot « dangereux » ne devrait pas être utilisé lorsque toutes les conditions obstétricales sont réunies pour un accouchement par voie basse.

Résumé

Les résultats du Term Breech Trial, nettement en défaveur de la voie basse, et le fait qu'il s'agisse du seul essai randomisé ont incité de nombreux praticiens et femmes enceintes à conclure que l'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège était dangereux. Ce papier résume les données existantes qui devraient nuancer ce type de conclusion. En effet, il existe des limites concernant la validité des résultats à court terme du Term Breech Trial et les résultats à 2 ans de vie des enfants de cette étude sont très rassurants dans une publication 4 ans plus tard. D'autres études, souvent réalisées dans des conditions de pratiques obstétricales homogènes, n'ont retrouvé ni l'excès de risque ni le niveau de risque néonatal rapportés dans le Term Breech Trial dans le groupe « tentative de voie basse ». C'est le cas de l'étude prospective franco-belge PREMODA qui porte sur 8 105 singletons en présentation du siège à terme. Par ailleurs, même si les risques maternels associés à la césarienne programmée ont diminué ces dernières années, les risques rares et graves à court terme ainsi que ceux des grossesses ultérieures sont mal évalués.

Nous avons essayé également de clarifier les mots « risque » et « excès de risque » qui sont souvent considérés à tort comme synonymes de dangereux.

Les décisions médicales se prennent d'une part en prenant en compte les données de la littérature et d'autre part en essayant de les adapter au cas individuel qui est forcément différent de la moyenne d'un groupe étudié. Dans une maternité où existe une pratique large de la tentative de voie basse avec des obstétriciens qui en ont l'expérience, il paraît raisonnable de proposer une attitude plus nuancée aux femmes. Les conditions d'acceptation de la voie basse ainsi que celles de la surveillance du travail doivent bien sûr être rigoureuses. Sous ces conditions, il semble qu'il n'existe pas un excès de risque néonatal important entre les deux voies d'accouchement et que le niveau du risque néonatal soit faible. L'information donnée au couple doit être la plus complète possible mais surtout bien comprise. C'est pourquoi les mots « risque » et « excès de risque » doivent être utilisés de manière prudente et être bien expliqués.

Bibliographie

1. Recommandations pour la pratique clinique: La césarienne: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2000; <http://cngof.asso.fr>.
2. Bartlett DJ, Okun NB, Byrne PJ, Watt JM, Piper MC. Early motor development of breech- and cephalic-presenting infants. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 425-32.
3. Blondel B, Norton J, du Mazaubrun C, Breart G. [Development of the main indicators of perinatal health in metropolitan France between 1995 and 1998. Results of the national perinatal survey]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001; 30: 552-64.
4. Brown L, Karrison T, Cibils LA. Mode of delivery and perinatal results in breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 28-34.
5. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 907-12.
6. Carbonne B, Goffinet F, Breart G, Frydman R, Maria B, Uzan S. [The debate on breech presentation: Delivery of breech presentations: the position of the National College of French gynecologists]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001; 30: 191-2.
7. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 605-18.
8. Danielian 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: 1451-3.
9. Gilbert WM, Hicks SM, Boe NM, Danielson B. Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 911-7.
10. Giuliani A, Scholl WM, Basver A, Tamusino KF. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1694-8.
11. Goffinet F, Blondel B, Breart G. Breech presentation: questions raised by the controlled trial by Hannah et al. on systematic use of cesarean section for breech presentations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001; 30: 187-90.
12. Golfier F, Vaudoyer F, Ecochard R, Champion F, Audra P, Raudrant D. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 98: 186-92.
13. 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 multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet* 2000; 356: 1375-83.
14. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, Amankwah K, Cheng M, Helewa M, Hewson S, Saigal S, Whyte H, Gafni A. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Jama* 2002; 287: 1822-31.
15. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Saigal S, Willan A. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 917-27.
16. Hauth JC, Cunningham FG. Vaginal breech delivery is still justified. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 1115-6.
17. Irion O, Hirsbrunner Almagbaly P, Morabia A. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 710-7.
18. Kayem G, Goffinet F, Clement D, Hessabi M, Cabrol D. Breech presentation at term: morbidity and mortality according to the type of delivery at Port Royal Maternity hospital from 1993 through 1999. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 102: 137-42.
19. Kotaska A. Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. *Bmj* 2004; 329: 1039-42.
20. Krupitz H, Arzt W, Ebner T, Sommergruber M, Steininger E, Tews G. Assisted vaginal delivery versus caesarean section in breech

presentation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 588-92.

21. Lumley J. Any room left for disagreement about assisting breech births at term? *Lancet* 2000; 356: 1369-70.

22. Molkenboer JF, Bouckaert PX, Roumen FJ. Recent trends in breech delivery in the Netherlands. *Bjog* 2003; 110: 948-51.

23. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 2003; 362: 1779-84.

24. Sorensen HT, Steffensen FH, Olsen J, Sabroe S, Gillman MW, Fischer P, Rothman KJ. Long-term follow-up of cognitive outcome after breech presentation at birth. *Epidemiology* 1999; 10: 554-6.

25. Subtil D, Vaast P, Dufour P, Depret-Mosser S, Codaccioni X, Puech F. [Maternal consequences of cesarean as related to vaginal delivery]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2000; 29: 10-6.

26. van Roosmalen J, Rosendaal F. There is still room for disagreement about vaginal delivery

of breech infants at term. *Bjog* 2002; 109: 967-9.

27. Vendittelli F, Riviere O, Pons JC, Mamelle N. [Breech presentation at term: evolution of French practices and an analysis of neonatal results in regards to obstetrical management of breech presentation, from AUDI-POG Database]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2002; 31: 261-72.

28. Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, Heaman M, Liu S. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1263-9.

29. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Willan A. 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.