



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes Albert

Fruhinsholz NANCY

*Prise en charge des fœtus en présentation
du siège au troisième trimestre*

Evaluation des pratiques professionnelles
concernant les 99 patientes de la première
année d'application du protocole de mai 2012
à juin 2013 à la MRUN.

Mémoire présenté et soutenu par
SALON Maxime

Directeur de mémoire : Madame PICHON Marie-Laure
Sage-femme enseignante

Expert : Madame le docteur MONCOLLIN Marie
Médecin Obstétricien

Promotion 2014

Merci à Madame Pichon et Marie Moncollin pour leur précieuse aide et leurs conseils tout au long de ce projet.

Merci à Emeline, mes parents, mes amis qui m'ont aidé, soutenu, corrigé.

SOMMAIRE

Sommaire	1
Abréviations.....	2
Introduction	3
Partie 1 Prise en charge des sièges au troisième trimestre	5
1.1. Pourquoi intervenir ?.....	6
1.2. Comment intervenir ?.....	9
1.3. Evaluation de la première année d'application du protocole	14
Partie 2 Résultats de l'audit clinique.....	19
2.1. Description des données collectées	20
2.2. Résultats de l'audit clinique	20
Partie 3 Analyse et discussion	35
3.1. Analyse des données collectées	36
3.2. Discussion	42
Conclusion.....	46
Bibliographie	47
TABLE DES MATIERES	51
Annexe 1.....	I
Annexe 2.....	IV

ABREVIATIONS

- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- SA : Semaines d'Aménorrhée
- VME : Version par Manœuvre Externe
- MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy
- DIM : Département d'Information Médicale
- PH : Praticien Hospitalier
- CCA : Chef de Clinique Assistant
- Pelvi-IRM : Imagerie pelvienne par Rayonnement Magnétique
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
- RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

Introduction

En France, environ 3% à 4% des singletons se présentent en siège à terme [14, 24]. Pourtant, l'accouchement d'un fœtus en présentation du siège a toujours été controversé par les équipes obstétricales tant il est source de morbi-mortalité maternelle et néonatales.

L'accouchement de ce type de présentation augmente la morbi-mortalité en fonction de la voie d'accouchement.

En effet, la réalisation d'une césarienne augmente la morbi-mortalité maternelle. Quant à la voie basse, elle augmente la morbi-mortalité néonatale.

La Haute Autorité de Santé désire diminuer le nombre de césariennes afin de diminuer le nombre d'utérus cicatriciels par la suite. C'est pourquoi le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a créé des critères de sécurité pour réaliser un accouchement voie basse.

Cependant, le CNGOF recommande la réalisation d'une version par manœuvre externe afin de diminuer le nombre de fœtus en présentation du siège à terme.

En se basant sur les critères définis par le CNGOF, les gynécologues-obstétriciens de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN) ont rédigé en mai 2012 un protocole de prise en charge des fœtus en présentation du siège. Ce protocole encadre la découverte d'un fœtus en présentation du siège lors de l'échographie du troisième trimestre. Il recommande la réalisation de séances d'acupuncture ainsi que la réalisation d'une version par manœuvre externe afin de verser les fœtus.

Qu'en est-il de l'application de ce protocole ? Qu'en est-il du taux de réussite des différentes techniques permettant de verser les fœtus ? Quelles améliorations pouvons-nous apporter ?

Dans une première partie, nous évoquerons les raisons d'une prise en charge active des fœtus en présentation du siège ainsi que les moyens mis en œuvre afin d'y parvenir.

Dans une seconde partie, une évaluation de l'application du protocole relatif à la prise en charge des fœtus en présentation du siège sera mise en œuvre au cours d'une étude rétrospective et exhaustive des dossiers médicaux.

Enfin, dans une troisième partie, nous analyserons les résultats et nous soulèverons les points positifs et négatifs de l'application de ce protocole afin d'apporter d'éventuelles améliorations.

*Partie 1 Prise en charge des sièges au troisième
trimestre*

1.1. Pourquoi intervenir ?

En France, en 2012, la Haute Autorité de Santé rapporte un taux de césariennes d'environ 20% toutes grossesses confondues. Cependant, en cas de fœtus en présentation du siège, ce taux varie selon les études (3) et avoisine les 50% (il comprend les césariennes en urgence et les césariennes programmées).

1.1.1. Morbidité maternelle

En cas de fœtus en présentation du siège, la morbidité maternelle augmente du fait de l'augmentation du nombre de césariennes. En effet, ce mode de présentation est considéré à hauts risques traumatiques d'un point de vue obstétrical et entraîne fréquemment des dystocies mécaniques, des rétentions de tête dernière ainsi que des relèvements de bras. C'est pourquoi il encourage de nombreux obstétriciens à favoriser la césarienne.

Pourtant, cette dernière ne peut être considérée comme un acte sans risque. C'est ce que rapportent les études d'Hannah M. *et al* [2, 32] incluant 2088 patientes et de Taylor S. (3) : la césarienne multiplie par quatre la morbidité maternelle et par six ou sept la mortalité maternelle.

La morbidité maternelle lors des césariennes inclut une durée de rémission augmentée, des complications chirurgicales (lésion d'anses intestinales, lésion vésicale, plaies rectales, hémorragie) survenant pour environ 6% des césariennes programmées et pour 15% des césariennes en urgence, une déhiscence ou lâchage de cicatrice, une majoration des infections du post-partum et un risque de rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure.

D'après certains auteurs [3, 31, 32, 37, 38], les risques de décès maternel sont environ trois fois plus importants en cas de césarienne en urgence. Cela est dû tout d'abord à une augmentation des risques d'accidents anesthésiques (inhalations, allergies aux curares non connues) notamment chez les patientes n'ayant pas d'analgésie péridurale. De plus, la césarienne en urgence nécessite généralement la réalisation d'une anesthésie générale. Celle-ci engendre seize fois plus de risque de décès que l'analgésie

péridurale (38). Aussi, la réalisation d'une délivrance dirigée au syntocinon® lors de la césarienne augmente le risque d'arrêt cardiorespiratoire (38). Par ailleurs, la césarienne augmente également le risque d'infections puerpérales malgré une antibioprophylaxie réalisée au cours de celle-ci. Enfin, la mortalité maternelle est due à une augmentation des risques d'accidents thromboemboliques veineux. En effet, ils seraient multipliés par sept (37) lors de cet acte chirurgical du fait de l'immobilité qu'elle engendre surajoutée à l'hypercoagulabilité physiologique de fin de grossesse.

En revanche, le risque de décès par hémorragie secondaire du postpartum n'est pas supérieur en cas de césarienne ou en cas d'accouchement par voie basse.

1.1.2. Morbidité néonatale

D'après l'étude de Roman *et al* (31), la césarienne programmée est responsable de 1,5‰ des décès néonataux et celles en urgence sont responsables de 2,0‰ des décès néonataux. Cette mortalité est liée à l'indication de la césarienne, lorsque celle-ci est réalisée lors d'une hypoxie, d'une anoxie ou d'une asphyxie fœtale.

Hannah *et al* (2) rapportent qu'au cours d'une césarienne en urgence il survient une augmentation des détresses respiratoires nécessitant une oxygénothérapie pour 35,5‰ des enfants et une augmentation des Apgar inférieurs à deux à la naissance ou inférieurs à sept à cinq minutes de vie. Néanmoins, ils rapportent un taux inférieur de détresses respiratoires primaires dues à un défaut de résorption du liquide pulmonaire au cours des césariennes réalisées pendant le travail. En effet, 12,2‰ des enfants présentaient une détresse respiratoire primaire.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la césarienne est tout de même responsable de traumatisme obstétrical lors d'une présentation fœtale en siège : 0,2% lors d'une césarienne programmée et 0,4% lors d'une césarienne en cours de travail [3, 31]. Les traumatismes obstétricaux pouvant être retrouvés sont les mêmes lors d'une césarienne ou d'un accouchement par voie basse. Il s'agit de lésions traumatiques des membres, lésions des parties molles, hémorragies méningées, paralysies faciales ou du plexus brachial.

Malgré les critères fixés par le CNGOF, l'accouchement du siège par voie basse est responsable de morbidité néonatale causée par les traumatismes obstétricaux liés aux manœuvres : fracture humérale, fracture fémorale, élongation du plexus brachial, paralysie faciale, hémorragies cérébrales ainsi qu'une asphyxie par rétention de tête dernière. De plus, ce type d'accouchement ne permet pas l'utilisation d'outils obstétricaux de type ventouse ou forceps. La méta-analyse réalisée par Cheng (32) démontre une mortalité périnatale trois à quatre fois plus importante que par césarienne. Celle-ci est liée aux traumatismes obstétricaux décrits précédemment.

L'étude de Roman *et al* (31) trouve un pourcentage de traumatismes obstétricaux de 2,6%, un taux de mortalité infantile s'élevant à 3,1‰ et un score d'APGAR inférieur à sept à cinq minutes significativement plus élevé (2,8%) lors d'un accouchement par le siège par voie basse que lors d'une césarienne.

1.1.3. Risques à plus long terme

La césarienne présente également un problème concernant la fertilité future de la mère. Elle augmente le risque d'anomalies de placentation (praévia, acréta) chez 5,2‰ des patientes (2), le risque de décollement placentaire chez 11,2‰ des patientes (2). Ces deux derniers sont responsables de métrorragies lors d'une grossesse future (2). On rapporte également un taux de rupture utérine de 0,08% (34), ainsi que l'augmentation par la suite du nombre de césariennes itératives pour utérus cicatriciel.

La présentation podalique représente environ 3% à 4% des grossesses en France, et devant les comorbidités associées, il est justifié de se poser la question du mode de naissance de ces présentations.

1.2. Comment intervenir ?

Pour diminuer le nombre de présentation du siège à l'accouchement et donc les comorbidités liées à ce type d'accouchement, de nombreux auteurs [6,11, 12, 15, 19, 24] proposent de réaliser des séances d'acupuncture, des versions par manœuvre externe ou encore le pont de Bayer.

1.2.1. Acupuncture

L'acupuncture ou acuversion est une activité basée sur l'étude de l'esprit et des points de l'anatomie humaine et animale. On peut donc l'utiliser en vue de verser un fœtus en présentation du siège. Elle a pour avantage de ne pas interférer avec la version par manœuvre externe car elle est réalisée plus tôt et représente un faible coût économique, qui à l'heure actuelle est primordial dans la prise en charge médicale.

Les séances se déroulent généralement entre 32 semaines d'aménorrhée et 34 semaines d'aménorrhée (SA). Elles se font habituellement trois fois [6, 24] réparties sur une semaine et peuvent être reconduites sur la semaine suivante si nécessaire. D'après l'étude de Neri (6), cette technique serait plus efficace en la réalisant avec trois séances, 36,7% de versions dans le groupe témoin contre 53,6% de versions dans le groupe ayant bénéficié du traitement par acupuncture. Wen.W (36), dans son étude réalisée en 1979 sur 2041 femmes, rapportait un taux de réussite de 90,2%, dont 86% entre la première et la quatrième séance. L'acupuncture a l'avantage de ne présenter que peu de contre-indications : contre-indication formelle à un accouchement par voie basse, une menace d'accouchement prématuré ou un refus par la patiente de l'utilisation de la méthode.

1.2.2. Version par manœuvre externe

En cas de fœtus en présentation du siège n'ayant pas tourné, la version par manœuvre externe est indiquée pour éviter l'accouchement par le siège ou une

césarienne prophylactique. Il s'agit d'une technique mécanique permettant de transformer une présentation podalique en une présentation céphalique. L'obstétricien manipule le fœtus à travers la paroi abdominale. Ceci peut expliquer qu'une hémorragie fœto-maternelle ou des contractions utérines peuvent survenir après la manœuvre. L'obstétricien soulève le siège fœtal et le pousse latéralement. La tête est ensuite fléchie. Ces manœuvres sur le fœtus peuvent être responsables de ralentissements du rythme cardiaque fœtal (RCF) si le fœtus présente un circulaire du cordon.

La version se réalise le plus souvent à partir de 36 semaines d'aménorrhée et avant 39 semaines d'aménorrhée afin d'éviter la prématurité induite par la manœuvre [7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 25, 27, 29,30].

Ainsi, la réalisation après 36 semaines d'aménorrhée permet de ne pas minimiser les chances de versions spontanées pour les patientes. Parallèlement, la réalisation de la VME avant 39 SA évite la confrontation à un utérus contractile, minimisant les chances de réussite de celle-ci. Enfin, il semble qu'une VME réalisée plus tôt dans la grossesse ne réduit pas le nombre de sièges à terme. Bien que les taux de réussite de ces versions « précoces » soient meilleurs lors de la réalisation, nous constatons une augmentation des versions en siège dans les jours qui suivent (16).

La version par manœuvre externe permet de diminuer considérablement le taux de césarienne. En effet, l'étude de Faron G. *et al* (7) montre un taux de réussite de 37,6%. Parmi les versions réussies, le taux de césariennes est de 21,8%. Cela est similaire au taux de césariennes effectuées lors de présentations céphaliques (depuis l'échographie du troisième trimestre); tandis que ce taux s'élève à 77,7% lors de l'échec de la version.

Ils ont effectivement réalisé cette étude rétrospective sur 439 cas dans une maternité Belge de type III. Ils rapportent un taux de réussite des versions par manœuvre externe de 37,6%. La réalisation des versions par manœuvre externe dans cette maternité permettrait d'éviter une césarienne pour cinq à six versions tentées.

La réalisation d'une version par manœuvre externe permet donc de diminuer le taux de césariennes et par conséquent la comorbidité liée à la présentation du siège. En effet, en 2008, la maternité de Lyon (8) Edouard-Herriot rapporte un taux de réussite de 24,4%. En 2004, la maternité de Port Royal (29) rapporte quant à elle un taux de réussite de 50,6%.

La version par manœuvre externe a pour avantage de présenter une bonne tolérance fœtale. D'après l'étude de Roux-Chevalier(8), réalisée sur 78 patientes, la version par manœuvre externe entraîne un taux de complications de 6,4% à type d'anomalies bénignes du rythme cardiaque fœtal, mais aucune complication grave nécessitant une césarienne en urgence n'a été déplorée. Faron G. *et al* (7) confirment ces résultats.

Certaines équipes (35) préconisent l'utilisation d'une analgésie péridurale pour la réalisation du geste qui permettrait un taux de réussite de la manœuvre de 58% contre 33% sans analgésie, mais cette technique a tendance à alourdir la VME. Effectivement, elle n'est pas pratiquée par la plupart des équipes [7, 8, 16, 25].

La version par manœuvre externe comporte également comme avantage un pronostic obstétrical identique à celui des fœtus en présentation céphalique spontanée. Selon l'étude de Roux-Chevalier, 16% des versions réussies se sont achevées par une césarienne. Cette statistique est également retrouvée par Faron G. *et al* (7) pour qui 21,8% des patientes, dont la VME était réussie, ont eu une césarienne.

La VME comporte certaines contre-indications absolues qui sont (9) : les grossesses multiples, la rupture des membranes, une chirurgie utérine autre qu'une césarienne, et les contre-indications formelles à l'accouchement par voie basse (placenta prævia, utérus pluricatriciel). Il existe aussi certaines contre-indications relatives (10) : une restriction de croissance intra-utérine, un circulaire du cordon, un oligoamnios, la suspicion d'une macrosomie, la contre-indication à l'emploi de tocolytiques chez la mère. L'utérus monocatriciel ne représente pas une contre-indication formelle à réaliser une VME, il en va de même pour l'obésité maternelle. Il faudra peser le rapport bénéfices/risques.

Si l'on peut évoquer des facteurs de risques, il semble que l'on puisse aussi trouver des facteurs de réussite [7, 29], notamment un faible tonus utérin (toutes les études sont en accord sur ce point), une tête facilement palpable, un siège non engagé dans le bassin, le dos fœtal postérieur, la multiparité, une prise de poids maternelle modérée (<12 kg).

Un siège complet serait versé plus facilement qu'un siège décompleté mais les études divergent. En effet, selon T. Le Bret *et al* (29), le siège complet est versé plus facilement. A contrario, l'étude de Faron G. *et al* (7) rapporte un taux de succès similaire : 33,8% de réussite pour un siège décompleté et 33,0% pour un siège complet.

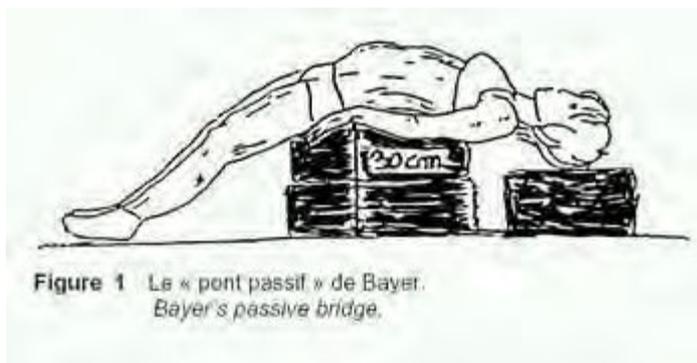
La réalisation de la version par manœuvre externe par un praticien habitué à en réaliser représenterait un facteur de réussite. Effectivement (25), en Irlande du Nord, 82% des gynécologues-obstétriciens disent réaliser des VME. Leur taux d'accouchement par le siège est de 2,19%. En Angleterre, seulement 43% en réalisent et le taux d'accouchement de fœtus en présentation du siège est de 3,56%. Cela est également confirmé par G. Faron *et al* (7). Ceux-ci rapportent un taux de réussite plus faible chez les médecins moins expérimentés (34,1%) que chez les médecins seniors (44,8%).

En cas d'échec de version par manœuvre externe, il convient de réaliser une pelvi-IRM, une estimation de poids fœtal ainsi qu'une biométrie fœtale en vue de réaliser un accouchement par voie basse.

1.2.3. La version spontanée

Bien que l'utilité de ces deux méthodes, acupuncture et VME, soit démontrée, il faut tout de même savoir qu'une version spontanée n'est pas à exclure. En effet, d'après l'étude de Westgren *et al* [21, 33], elle représente tout de même 57,5% des grossesses pour les multipares et 15,5% pour les nullipares entre 33 SA et 36 SA et six jours. Ce taux diminue fortement après 36 SA, 28% pour les multipares et 8% pour les nullipares.

Cette version spontanée serait favorisée par la pratique du « pont passif » de Bayer, il diminuerait le nombre de présentations du siège à terme de 75% (11).



Les patientes surélèvent leurs vertèbres lombaires de 30 à 35 centimètres et gardent cette position pendant une vingtaine de minutes. Elles réalisent le pont de Bayer matin et soir tous les jours. Elles stoppent cette technique lorsqu'elles ressentent une modification du site des mouvements du fœtus.

De plus, cette méthode a pour avantage de représenter un coût nul et n'engendre pas de douleur.

1.2.4. Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Concernant les présentations du siège, le CNGOF a rédigé des critères de prise en charge encadrant la découverte de cette présentation. Il recommande un accouchement voie basse lors que des critères sont respectés. Lorsqu'ils ne le sont pas, il recommande aux équipes de proposer et de réaliser une version par manœuvre externe pour éviter la réalisation d'une césarienne prophylactique.

1.2.5. Application de ces recommandations à la MRUN

En 2012, à la maternité régionale de Nancy, les obstétriciens ont rédigé un protocole encadrant la découverte d'une présentation du siège à l'échographie du troisième trimestre (annexe n°1).

Pour résoudre ce débat entre césarienne programmée et accouchement voie basse, le protocole se base sur les recommandations évoquées par le CNGOF et met l'accent sur la version du siège. Pour ce faire, il encourage les versions par acupuncture dans un premier temps puis les versions par manœuvre externe si l'acupuncture n'a pas été efficace.

Notre travail d'études et de recherches portera sur ce point. Il s'agira d'évaluer la première année de mise en place du protocole et son application par les professionnels médicaux de la MRUN.

1.3. Evaluation de la première année d'application du protocole

1.3.1. Schéma général de l'étude

Cette étude, qui appartient à la catégorie des évaluations des pratiques professionnelles, est réalisée à la maternité régionale universitaire de Nancy. Il s'agit par conséquent d'une étude monocentrique.

Cette étude est aussi exhaustive. En effet, elle regroupe tous les cas de fœtus en présentation du siège à l'échographie du troisième trimestre, en respectant certains critères d'inclusion définis au préalable. Elle est dite rétrospective. Le protocole étant sorti en mai 2012, les situations des dossiers analysées ont toutes été prises en charge à partir de mai 2012 jusqu'au premier juin 2013.

Cette étude est également descriptive. Elle a pour but d'analyser un certain nombre de dossiers en en faisant ressortir les éléments significatifs. Il s'agit donc dans un premier temps d'une description puis dans un second temps d'une analyse des éléments extraits.

1.3.2. Description de l'action et cadre méthodologique

Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la mise en route du protocole de prise en charge des présentations du siège au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Cette évaluation est réalisée en comparant une pratique clinique à une démarche optimale exprimée dans des recommandations et traduite dans un référentiel d'évaluation que représente ici le protocole.

Cette comparaison est réalisée à l'aide d'une grille de recueil de données (annexe 2). L'objectif de l'étude étant de rechercher si les soins et les prises en charge réalisés à la maternité régionale de Nancy sont conformes aux recommandations décrites dans le protocole. Chaque item du protocole attendu et réalisé est coché « oui » et ceux attendus mais non réalisés sont cochés « non ». Une case « non évaluée » est également prévue lorsque des items n'ont pas été renseignés.

Cette grille de recueil a été construite en suivant chaque item du protocole. A chaque élément apparaissant dans le protocole correspond une case permettant son analyse.

La première partie de cette grille correspond à la consultation suivant la découverte de la présentation du siège lors de l'échographie, consultation devant permettre la mise en place de la prise en charge conformément au protocole.

La deuxième partie de la grille est basée sur la prise en charge de la présentation du siège.

Dans un premier temps, sont rapportés les résultats bruts de l'étude. Ensuite, le contenu en est analysé en s'appuyant sur la littérature. Ceci permet dans un second temps d'émettre des hypothèses sur des actes d'amélioration des pratiques ou plus simplement de faire un constat de bonnes pratiques.

Hypothèses

Les hypothèses concernant l'évaluation du protocole sont les suivantes :

- l'acupuncture est proposée aux patientes ;
- la VME est proposée quand elle est nécessaire ;
- le protocole de VME est respecté pour chaque version ;
- le taux de réussite des versions par manœuvre externe est similaire à celui des études.

1.3.3. Population étudiée

Cette étude porte sur toutes les patientes ayant présenté un diagnostic de présentation du siège lors de l'échographie du troisième trimestre de la grossesse à la maternité régionale de Nancy.

Pour un travail comme celui-ci, il semblait légitime de collecter tous les dossiers pour être le plus représentatif possible de l'établissement concerné et permettre ainsi une analyse constructive des pratiques professionnelles. Cette information a été confirmée par le personnel du Département d'Informations Médicales (DIM).

La lecture des compte-rendus d'échographie a permis d'identifier les dossiers à analyser.

1.3.4. Echantillonnage

Les compte-rendus ont été sélectionnés à l'aide du logiciel Xplore exploitation® du service d'échographie. Ce logiciel permet de rechercher diverses données dans tous les compte-rendus du service à l'aide de mots-clés. Cette étude concerne la période du premier mai 2012 au premier juin 2013.

Pour réaliser les recherches avec ce logiciel, on définit des critères d'inclusion et d'exclusion. Ces critères ont été définis de telle sorte qu'ils puissent être utilisés lors de

la lecture des compte-rendus d'échographie et qu'ils correspondent à l'objet d'application du protocole étudié. Les informations sur la grossesse en cours apparaissant dans les compte-rendus étant assez limitées ont restreint l'établissement de critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- toute patiente enceinte d'un singleton et dont l'échographie du troisième trimestre diagnostique une présentation fœtale du siège à la maternité régionale de Nancy (n'ont pas été étudiées les prises en charge des grossesses multiples ainsi que les patientes ayant réalisé leurs échographies du troisième trimestre dans un établissement extérieur) ;
- toute patiente dont l'échographie du troisième trimestre réalisée à la maternité régionale de Nancy a diagnostiqué une présentation fœtale en siège et dont le suivi de la grossesse s'est déroulé à la MRUN ;
- les patientes ayant accouché à la maternité régionale de Nancy.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- les patientes présentant une grossesse multiple ;
- les patientes présentant un fœtus en siège lors d'une échographie antérieure à celle du troisième trimestre mais ne l'étant plus lors de celle-ci (le protocole étant basé sur la prise en charge après l'échographie du troisième trimestre) ;
- la contre-indication absolue à l'accouchement voie basse : on retiendra ici l'utérus bicatriciel et le placenta praevia (tout en sachant que ces critères apparaissent sur les compte-rendus d'échographie) ;
- certaines contre-indications à la version par manœuvre externe comme la rupture prématurée des membranes et les malformations utérines bien qu'elles soient discutables au cas par cas en staff obstétrical.

A l'aide du logiciel Xplore exploitation® et des mots-clés suivants : « présentation du siège échographie troisième trimestre » et « présentation podalique échographie troisième trimestre », nous avons pu étudier 517 compte-rendus. Parmi ces 517 compte-rendus, 117 se sont retrouvés éligibles en appliquant les critères retenus. La perte de ces 400 compte-rendus est liée au fait que la majorité concernait des grossesses gémellaires, d'autres ne présentaient pas de fœtus en siège ou n'étaient pas des

échographies du troisième trimestre et ne correspondaient donc pas aux critères d'inclusion de l'étude. Ceci étant dû aux limites posées par le logiciel Xplore exploitation®.

Parmi les 117 dossiers étudiés, 18 ont dû être exclus de l'étude. Six patientes présentaient des utérus malformés de type unicorne, six des ruptures prématurées des membranes contre-indiquant une tentative de version, deux transferts materno-fœtaux n'ayant pas accouché à la maternité régionale de Nancy et quatre utérus bicatriciels contre-indiquant un accouchement voie basse.

Après lecture des dossiers, 99 patientes ont été retenues.

Partie 2 Résultats de l'audit clinique

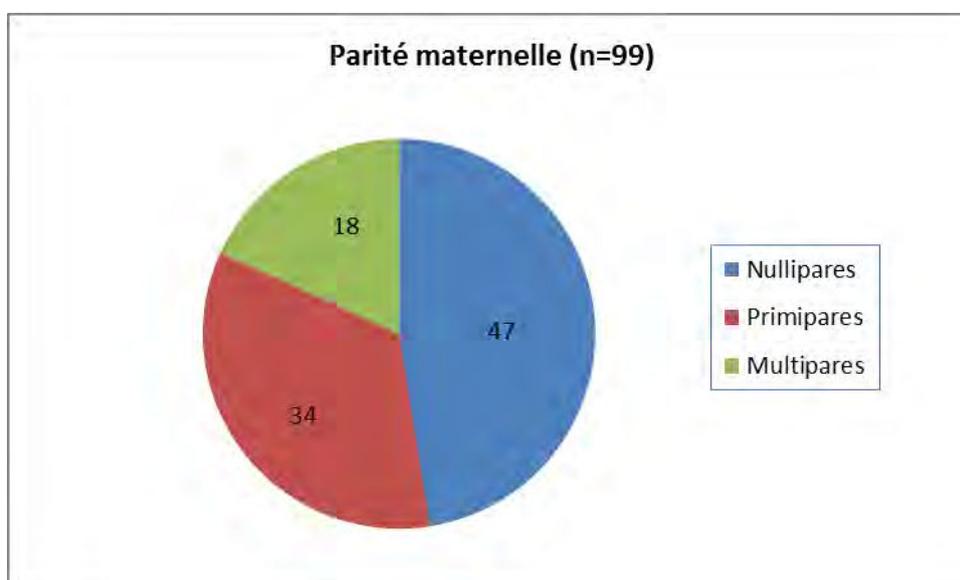
2.1. Description des données collectées

Les données collectées et analysées sont détaillées dans la grille. Elles concernent la consultation suivant la découverte de présentation du siège, son déroulement et le délai entre l'échographie et celles-ci : l'acupuncture, la version par manœuvre externe et son protocole de réalisation, les versions spontanées et la présentation à l'accouchement. La prise de poids maternelle durant la grossesse ainsi que la parité ont également été recueillies du fait qu'elles représentent d'après la littérature des facteurs de réussite de la version par manœuvre externe.

2.2. Résultats de l'audit clinique

2.2.1. Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques maternelles : la parité



Graphique n°1.

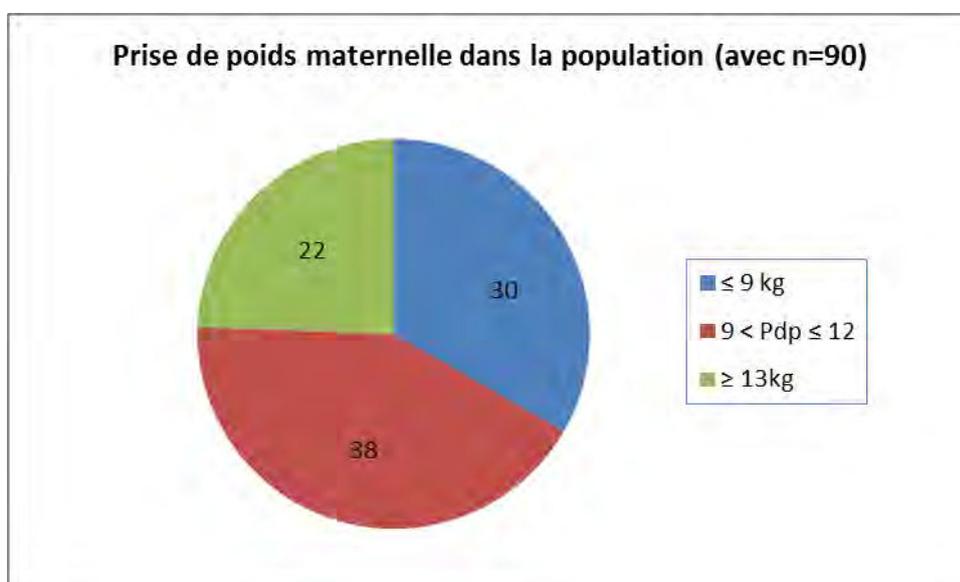
La population étudiée comporte 47 nullipares, 34 primipares et 18 multipares.

Caractéristiques maternelles : la prise de poids

Un élément important à étudier du fait qu'il représente un facteur de réussite de version par manœuvre externe est la prise de poids maternelle durant la grossesse. Une prise de poids inférieure à douze kilogrammes serait un facteur de réussite d'une version par manœuvre externe.

Parmi les 99 patientes, la prise de poids n'a pas pu être recueillie pour neuf d'entre elles par défaut de données (informations manquantes : poids au début ou à la fin de la grossesse).

Pour les 90 autres femmes, la répartition se traduit ainsi :



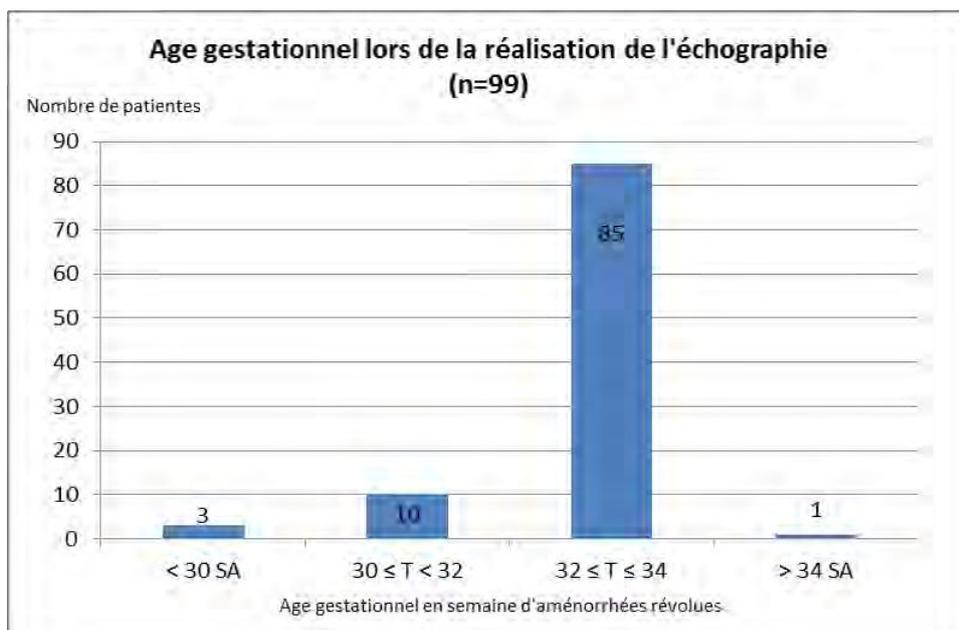
Graphique n°2.

Soit, 75% des patientes ont pris douze kilogrammes au plus au cours de leur grossesse.

2.2.2. Age gestationnel lors de l'échographie

Le terme de réalisation de l'échographie ne représente pas en soi un élément déterminant dans la prise en charge, mais il permet en le corrélant au terme de la

consultation suivante de mettre en évidence ou non un retard dans la prise en charge du siège.



Graphique n°3.

2.2.3. Caractéristiques de la consultation suivant l'échographie du troisième trimestre

Lors de l'étude de la consultation suivant l'échographie, il semblait intéressant d'étudier **le délai** entre la réalisation de l'échographie et celui de la consultation.

Tableau 1.

	< 32 SA	32 ≤ C ≤ 34	34 < C ≤ 36	> 36 SA	Total
Age gestationnel lors de l'échographie					
< 30 SA	0	2	1	0	3
30 ≤ T < 32	0	7	2	1	10
32 ≤ T ≤ 34	0	56	19	10	85
> 34 SA	0	0	1	0	1
Total	0	65	23	11	99

Parmi les 85 patientes ayant réalisé leur échographie entre 32 semaines d'aménorrhée et 34 semaines d'aménorrhée, 56 (65,9%) ont eu leur consultation lors de cette même période, 19 (22,4%) entre 34 SA et 36 SA et 10 (11,8%) au-delà de 36 semaines d'aménorrhée révolues.

Chez les 10 patientes ayant réalisé leur échographie entre 30 SA et avant 32 SA, sept d'entre elles (soit 70%) ont passé leur consultation entre 32 SA et 34 SA, 2 entre 34 SA et 36 SA (soit 20%) et une seule (soit 10%) au-delà de 36 SA.

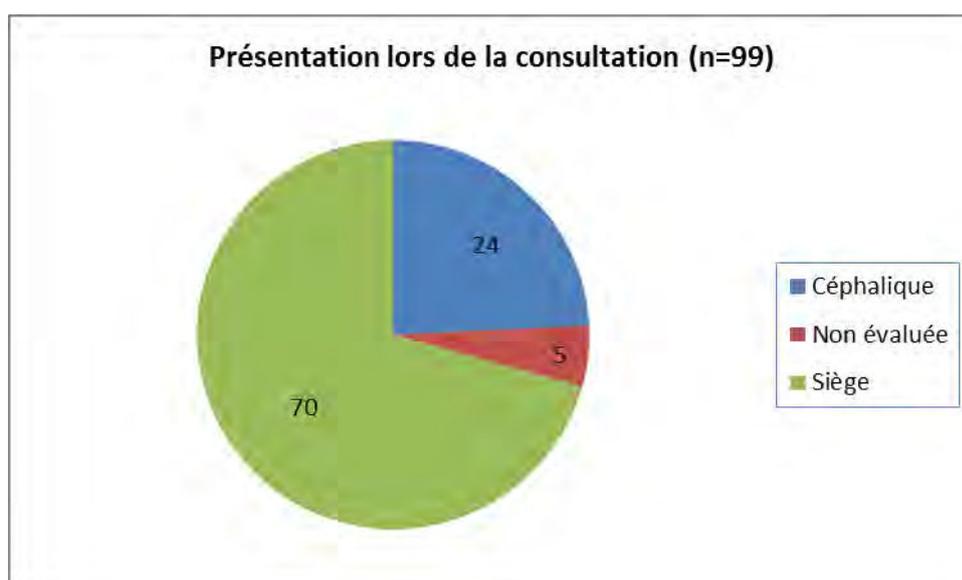
Deux patientes (66,6%) ayant passé leur échographie avant 30 SA ont consulté entre 32 SA et 34 SA, l'autre a consulté entre 34 SA et 36 SA.

L'unique patiente ayant réalisé son échographie après 34 SA a consulté entre 34 SA et 36 SA.

Un utérus tonique étant un critère défavorable concernant la version d'un siège, **la tonicité utérine** a été étudiée lors de la consultation avec le praticien obstétricien ou la sage-femme.

Le palper utérin, lorsqu'il a été réalisé, n'a jamais mis en évidence un utérus tonique lors de la consultation. L'utérus était souple pour 95 patientes (96%) et n'a pas été évalué ou renseigné pour quatre patientes (4%).

Lors de la consultation suivant l'échographie, il était nécessaire d'étudier si la **vérification de la présentation** avait été effectuée pour permettre d'évaluer sa prise en charge.



Graphique n°4.

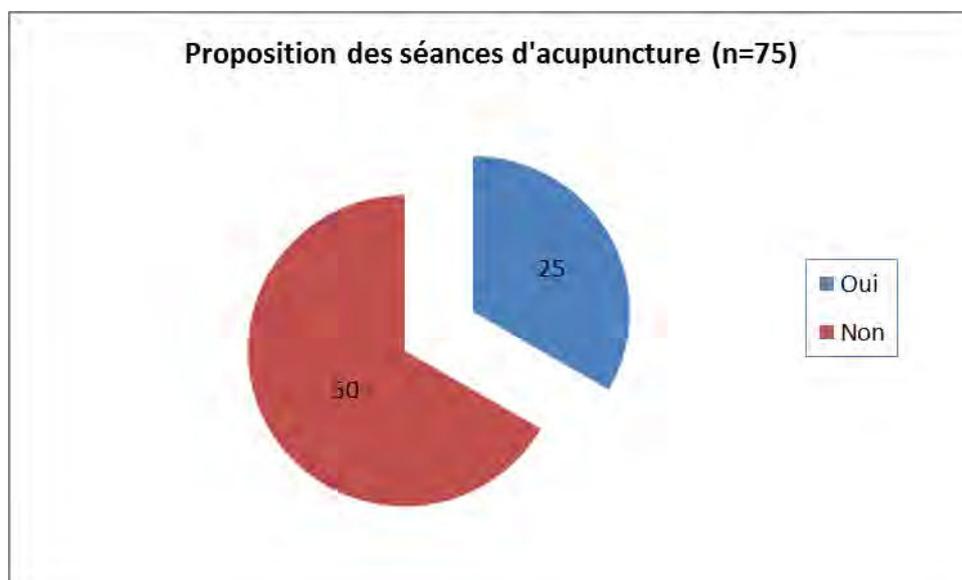
Parmi les 99 patientes, pour 70 d'entre elles (soit 70,7%), les praticiens retrouvent la même présentation que lors de l'échographie, et pour 24 d'entre elles une version spontanée a eu lieu. A noter que parmi cinq patientes dont la présentation n'a pas été renseignée, le praticien avait un doute pour trois d'entre elles quant à la présentation et a prescrit une échographie de contrôle.

2.2.4. Acupuncture

Si les patientes le souhaitent, les praticiens peuvent leur proposer la réalisation de séances d'acupuncture dans le but d'aider la version du siège.

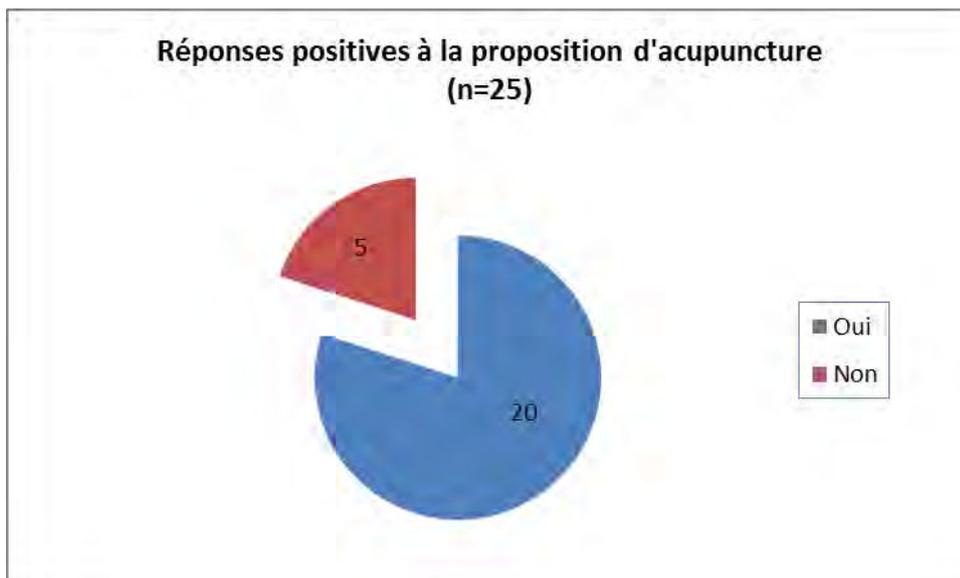
La proposition des séances est étudiée chez les 70 patientes dont le fœtus est en présentation du siège lors de la consultation suivant l'échographie et chez les cinq dont la présentation n'a pas été évaluée.

La répartition des propositions se présente ainsi :



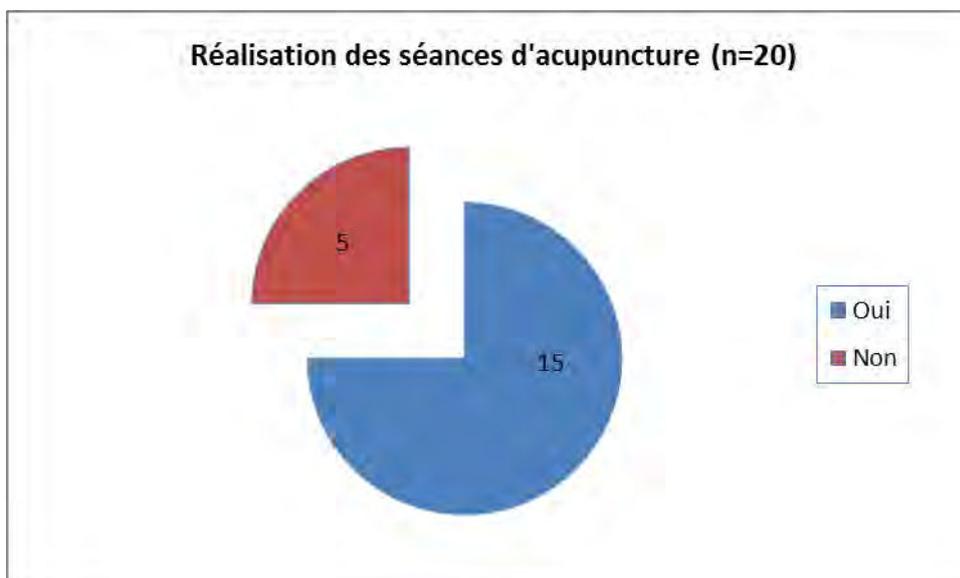
Graphique n°5.

L'acupuncture a été proposée chez 25 patientes (soit 33,3%) mais ne l'a pas été pour 50 (soit 66,6%).



Graphique n°6.

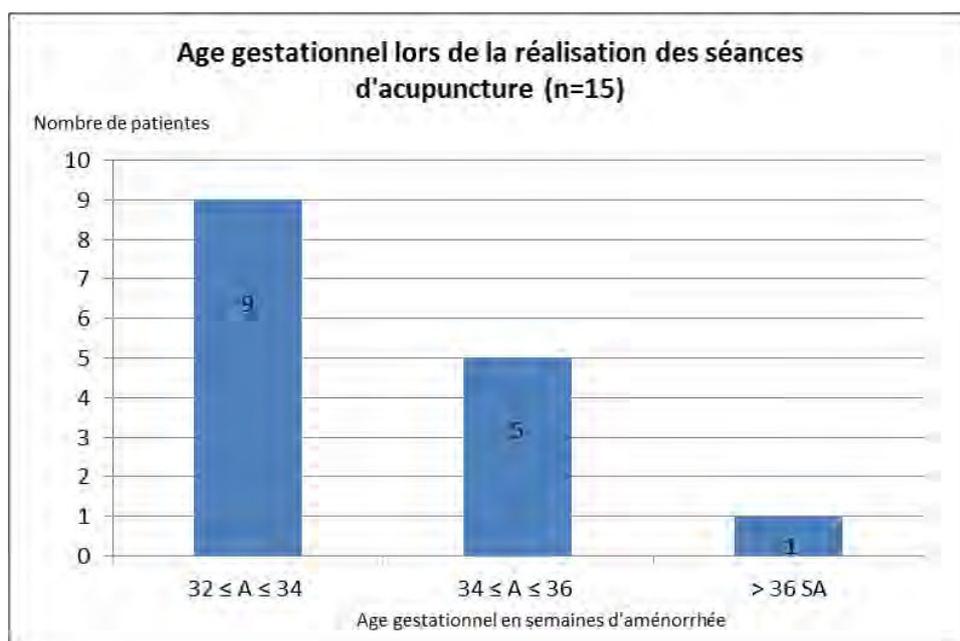
Parmi les 25 propositions d'acupuncture, vingt patientes (soit 80%) ont accepté de réaliser ces séances contre cinq (soit 20%) qui ont refusées.



Graphique n°7.

Les séances d'acupuncture ont été réalisées pour quinze patientes (soit 75%). Il est à noter que les cinq patientes, dont les séances sont notées comme non réalisées, ont pu l'être mais l'information ne figurait à aucun endroit dans le dossier médical.

Bien qu'il n'existe aucun consensus réellement établi, il est intéressant d'étudier le terme auquel ont été réalisées les séances d'acupuncture.



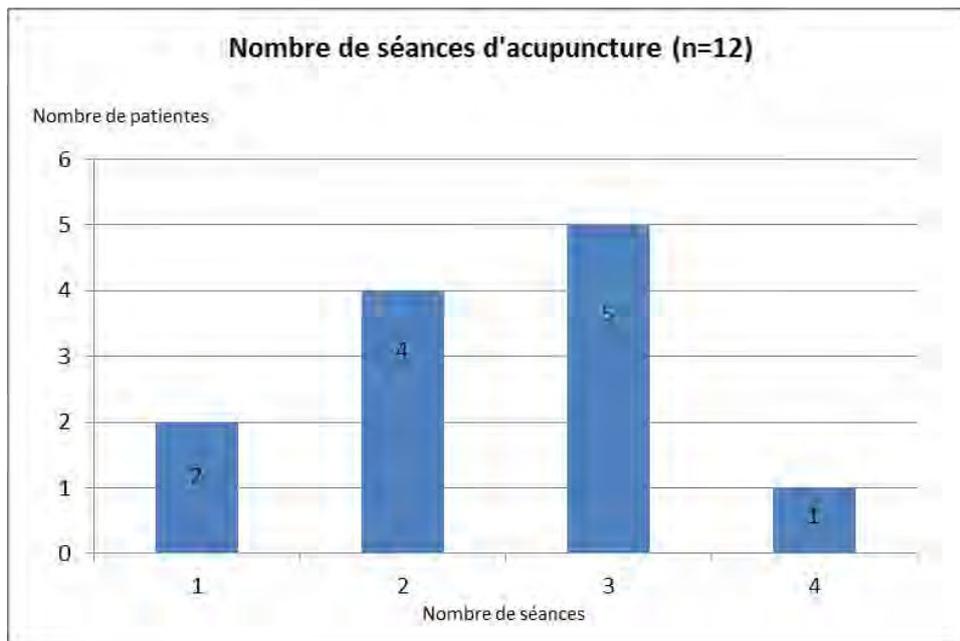
Graphique n°8.

Soit : $32 \leq A \leq 34$: 60% des patientes

$34 < A \leq 36$: 33.3% des patientes

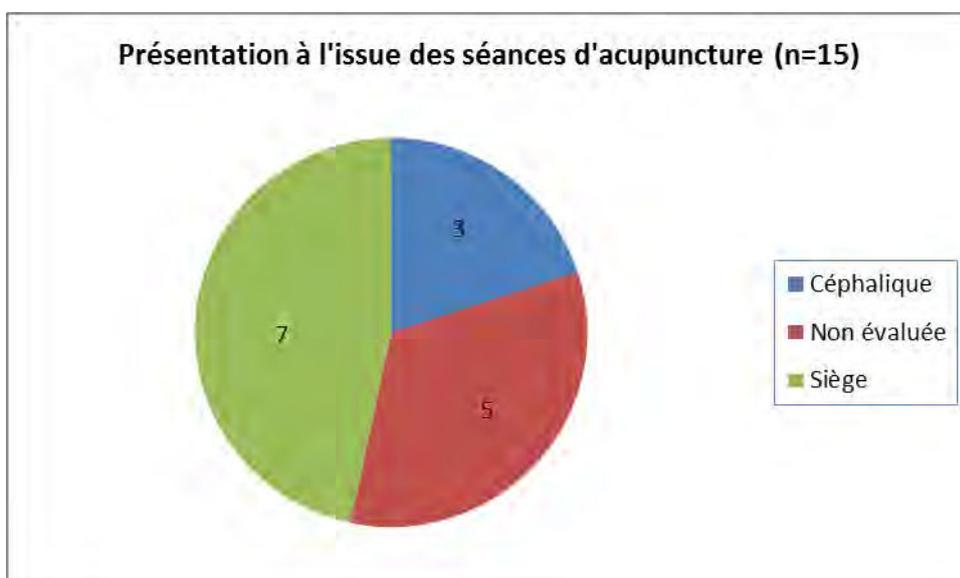
> 36 SA : 6.6% des patientes

Le nombre de séances préconisé dans la littérature est de trois. Dans notre étude, le nombre de séances n'a pu être recueilli que pour douze patientes par défaut de données.



Graphique n°9.

L'acupuncture étant utilisée dans le but de verser le fœtus, il semble intéressant de vérifier à l'issue des séances la présentation de ce dernier.



Graphique n°10.

Pour sept patientes (soit 46,7%), le fœtus reste en présentation du siège à l'issue des séances, trois fœtus (soit 20%) ont versé et pour cinq patientes (soit 33,3%), la position fœtale n'a pas été évaluée.

2.2.5. Version par manœuvre externe

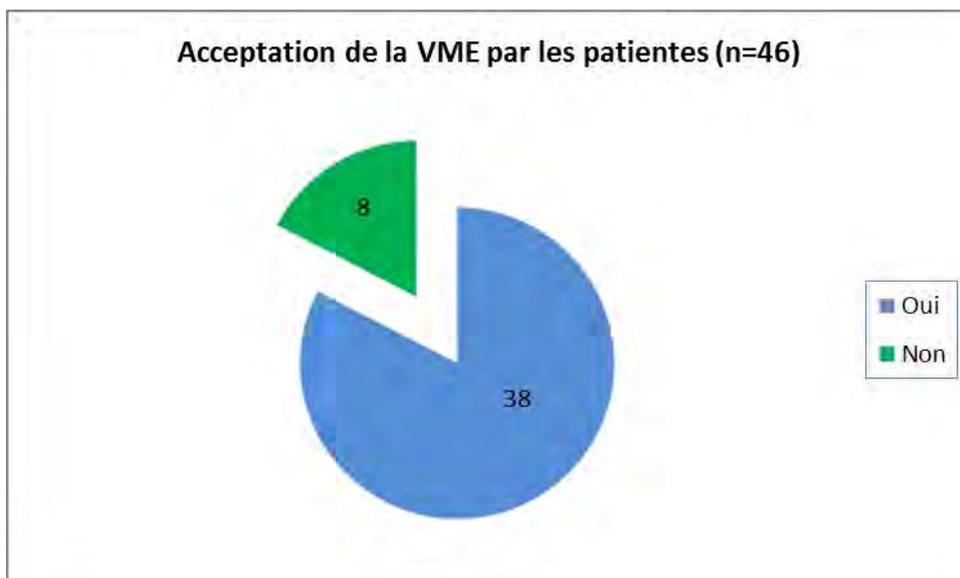
La version par manœuvre externe est au centre de l'étude puisqu'elle permet de diminuer le nombre de fœtus en présentation du siège à l'accouchement.

Le protocole stipule qu'elle doit être systématiquement proposée et réalisée aux alentours de 36 SA. Nous étudions sa proposition pour 72 patientes, 27 patientes avaient au moment de la proposition de la VME un fœtus en présentation céphalique (24 versions spontanées, 3 versions suite à l'acupuncture).



Graphique n°11.

Cette répartition est établie chez 72 patientes du fait de l'exclusion des patientes dont les fœtus ont versé spontanément ou suite aux séances d'acupuncture. Parmi ces 72 patientes, la version par manœuvre externe n'a été proposée que 46 fois (soit 64%).

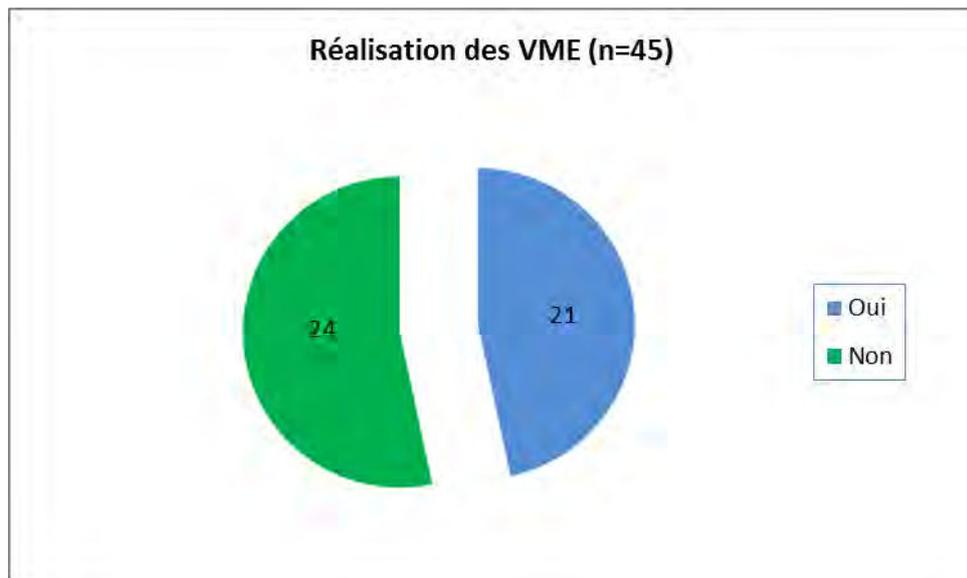


Graphique n°12.

Parmi les 46 patientes pour qui la version par manœuvre externe s'est vue proposer, 38 (82,6%) ont accepté. Huit patientes ont refusé la version par manœuvre externe.

Lorsqu'une patiente refuse la VME, le protocole prévoit la réalisation d'une consultation supplémentaire avec un praticien hospitalier (PH) ou un chef de clinique assistant (CCA). Les huit patientes ayant refusé ont eu une consultation avec un PH ou un CCA. Parmi ces huit patientes, sept ont accepté la réalisation d'une version par manœuvre externe après cette consultation.

La répartition de la réalisation de la version par manœuvre externe chez les 45 patientes se traduit ainsi :

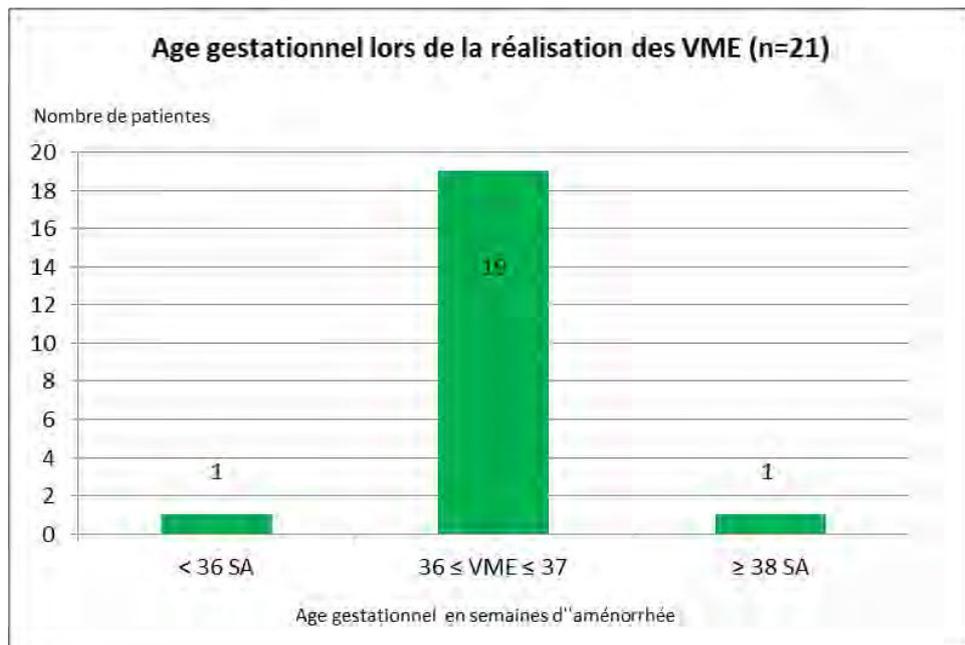


Graphique n°13.

Une version par manœuvre externe a été réalisée pour 21 patientes (46,67%). Concernant les 24 patientes n'ayant pas bénéficié d'une VME, il est à noter que :

- dix patientes ne se sont pas présentées le jour de la version ;
- deux patientes présentaient un utérus contractile ce qui contre-indique la version ;
- onze patientes avaient un fœtus en présentation céphalique suite à une version spontanée.

Parmi les patientes ayant accepté la réalisation d'une version par manœuvre externe, le protocole définit un période de réalisation située entre 36 SA et 37 SA.



Graphique n°14.

Soit : 90,5% des patientes ont réalisé la version par manœuvre externe entre 36 semaines d'aménorrhée et 37 semaines d'aménorrhée révolues.

Quant aux 21 patientes qui ont bénéficié de la VME, le protocole a été respecté. Chaque patiente a reçu une fiche d'information du CNGOF et le consentement a été recueilli. Toutes ont eu une échographie par le praticien responsable, la vérification de la présentation, du type de siège, de la quantité de liquide, de la flexion de la tête et des biométries (céphaliques). Chaque patiente s'est vue poser une perfusion de Ringer lactate® et prélever des RAI. Toutes ont reçu un suppositoire de salbutamol® une heure avant le geste. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) a été réalisé une demi-heure avant et après la version pour chaque patiente. Un test de Kleihauer a également été prélevé après le geste afin de détecter une éventuelle hémorragie fœto-maternelle.

La réalisation des 21 VME n'a entraîné aucune hémorragie fœto-maternelle, ni aucune anomalie du RCF.

La répartition des versions réussies suite à la réalisation du protocole se traduit de cette façon :

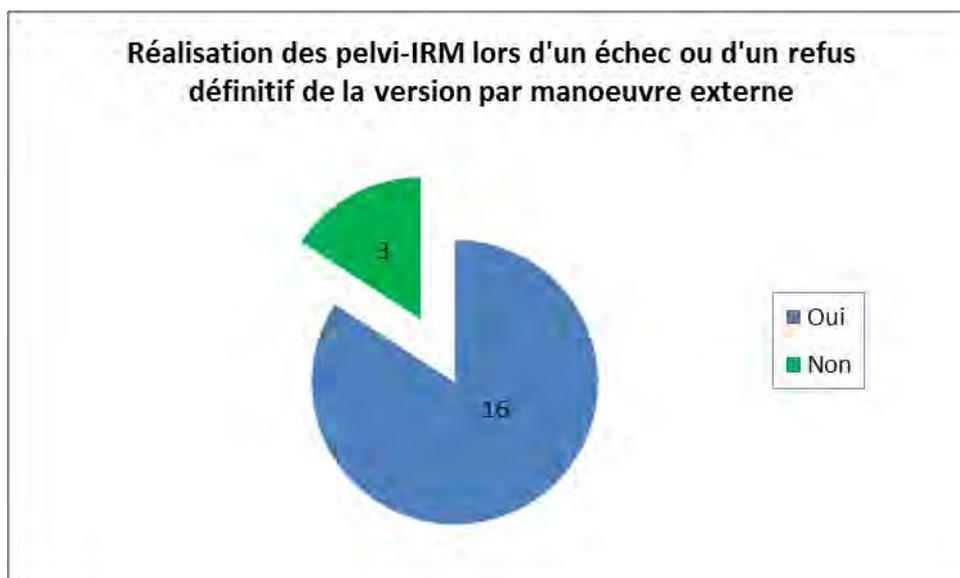


Graphique n°15.

Parmi les 21 VME tentées, trois ont abouti à une présentation céphalique soit 14,3%. Les trois versions réussies ont eu lieu pour deux d'entre elles chez des patientes ayant pris moins de douze kilogrammes durant la grossesse la troisième patiente ayant pris seize kilogrammes.

Il est également à noter que deux des versions réussies ont été réalisées chez des nullipares, la troisième étant chez une primipare.

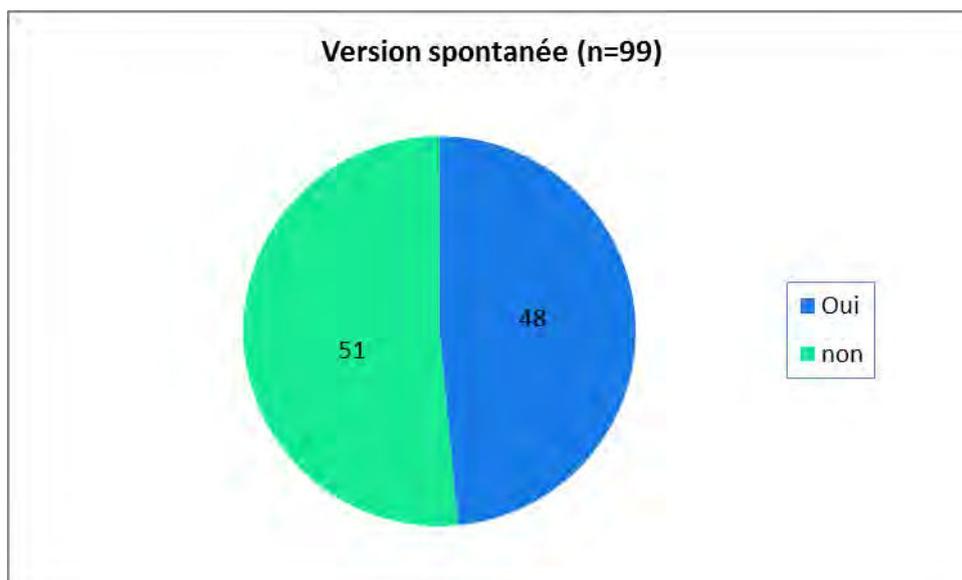
Lorsque l'on rencontre un échec de version par manœuvre externe, ou un refus de celle-ci par la patiente, il est prévu de réaliser une pelvi-IRM.



Graphique n°16.

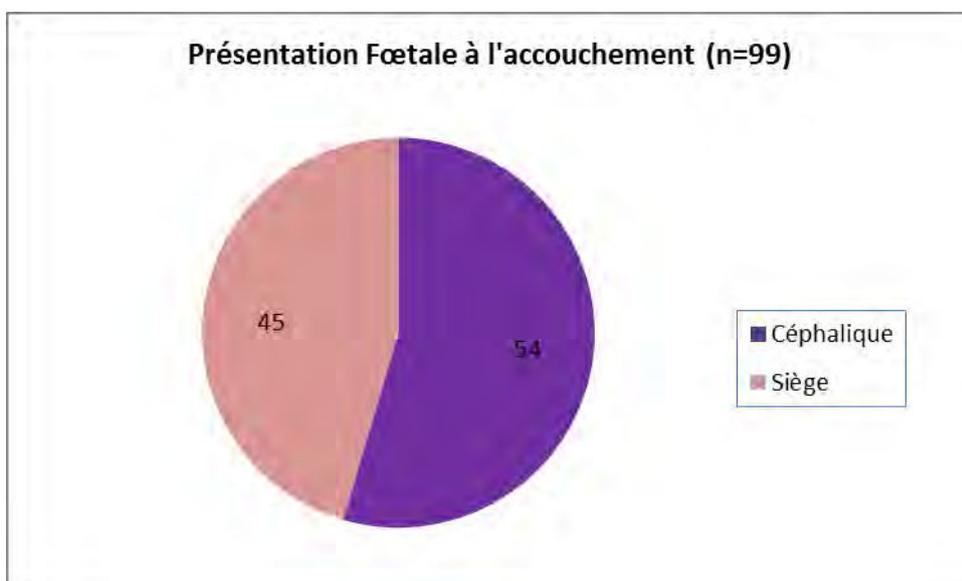
2.2.6. Version spontanée

Le nombre de versions spontanées s'élèvent à 48 (48,5%).



Graphique n°17.

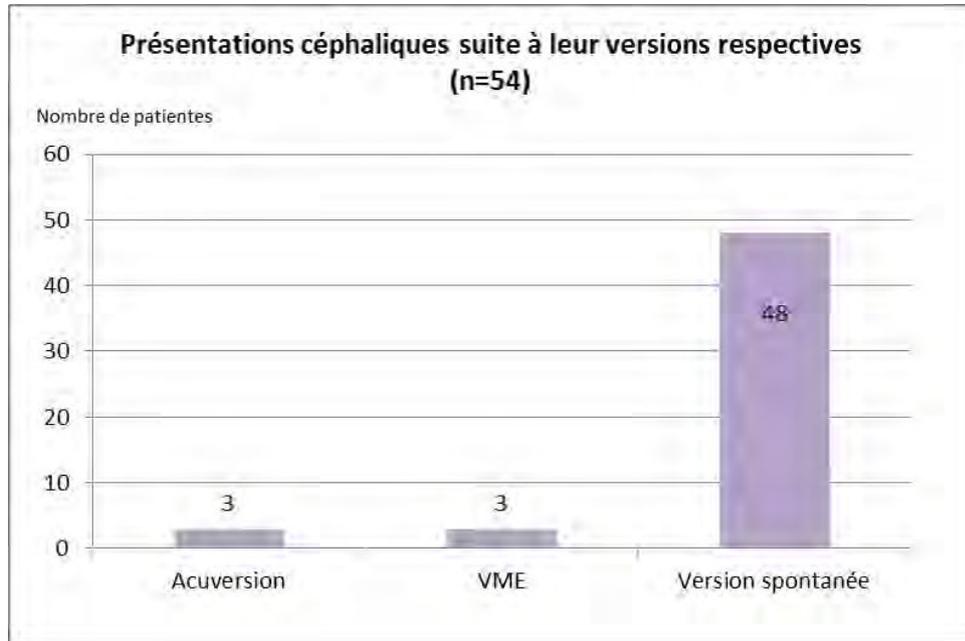
2.2.7. Présentation à l'accouchement



Graphique n°18.

A l'accouchement 54,5% des présentations du siège diagnostiquées à l'échographie du troisième trimestre étaient en position céphalique.

La répartition des présentations céphaliques en fonction du type de version se présente ainsi :



Graphique n°20.

L'acuversion et la version par manœuvre externe représentent chacune 5,6% des présentations céphaliques. La version spontanée représente quant à elle 88,8%.

Partie 3 Analyse et discussion

3.1. Analyse des données collectées

3.1.1 Analyse des versions spontanées

Toutes les études s'accordent sur la plus grande facilité de version spontanée des sièges chez les patientes ayant précédemment accouché. Ceci s'explique par une distension utérine plus importante au cours des grossesses.

Dans la population étudiée, le pourcentage de versions spontanées est de 34% chez les nullipares, 64,7% chez les primipares et 55,6% chez les multipares. On rapporte pourtant, dans cette étude, un taux plus important de versions spontanées chez les nullipares que celui rapporté par Westgren *et al* [21, 33] qui est de 15%. Néanmoins, le taux de versions chez les multipares est relativement similaire à celui décrit 57,5% contre 55,6%.

Parmi les quatre patientes dont la tonicité utérine n'était pas renseignée lors de la consultation suivant l'échographie, aucune n'a eu de version spontanée. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un utérus contractile est un facteur défavorable de version spontanée.

La réalisation d'une échographie du troisième trimestre précoce, avant 32 SA, peut expliquer des présentations du siège qui pourraient encore verser avant 34 SA. Ceci est dû à l'instabilité des présentations fœtales à ce terme de la grossesse. En effet, parmi les treize patientes ayant eu leur échographie du troisième trimestre avant 32 SA, dix ont eu une version spontanée avant leur consultation suivante réalisée entre 32 SA et 34 SA.

Un délai long entre la réalisation de l'échographie et la consultation suivante peut expliquer un plus grand nombre de versions spontanées du fait d'une impossibilité d'intervention médicale. Effectivement, parmi onze patientes, sept avaient un fœtus en présentation céphalique lors de leur consultation réalisée entre 37 SA et 38 SA, bien que leur échographie du troisième trimestre était réalisée entre 32 et 34 SA.

3.1.2. Analyse de l'acupuncture

La première caractéristique à évoquer est le manque de propositions de l'acupuncture par les professionnels de santé concernant la version des sièges.

En effet, l'acupuncture, ou acuversion, n'est proposée que pour 33,3% des patientes. Cela peut s'expliquer par le manque d'informations des professionnels médicaux par rapport à cette méthode.

L'acupuncture étant considérée comme médecine traditionnelle, celle-ci semble parfois accessoire par rapport à d'autres méthodes, comme la VME par exemple.

Bien que des études [6, 24, 36] en faveur de l'acuversion démontrent une relation entre acupuncture et versions des sièges, l'efficacité réelle de la méthode reste difficile à prouver.

Le faible pourcentage de propositions provient probablement d'une réticence des soignants quant à la méthode, mais aussi du fait que certaines patientes ont peut-être réalisé leurs séances avant que le professionnel qui les prend en charge n'ait pu leur proposer. En effet, certaines patientes peuvent réaliser leurs séances chez une sage-femme libérale avant d'avoir leur consultation de suivi de grossesse, et ce, sans que le professionnel ne le mentionne obligatoirement dans le dossier médical.

Enfin, ce taux peut encore s'expliquer par un délai long entre l'échographie du troisième trimestre et la consultation suivante. Cela pourrait freiner la prise en charge obstétricale et empêcher les professionnels médicaux de proposer l'acupuncture.

On peut aussi remarquer que l'acupuncture n'a pas été proposée pour les cinq patientes dont la présentation n'avait été renseignée. Malgré une échographie de contrôle de présentation prescrite pour trois patientes et rapportant un fœtus en présentation du siège, aucune ne s'est vue proposer l'acupuncture. Le fait de ne pas vérifier la présentation fœtale explique donc un frein à la prise en charge des sièges. En effet, la méconnaissance de la présentation fœtale ne permet pas au professionnel de proposer la prise en charge adéquate.

D'autre part, il est important de souligner le taux important de réponses positives des patientes par rapport à l'acupuncture. Lorsque celle-ci est proposée, 80% des patientes sont d'accord pour réaliser des séances. Cela s'explique certainement car c'est un acte non douloureux et qui permet d'éviter une césarienne ou un accouchement par le siège. En effet, ils sont souvent source d'inquiétude et d'angoisse pour les patientes.

Lorsque l'acupuncture est acceptée par les patientes, les séances sont réalisées pour au moins 75% d'entre elles. Il est difficile de savoir si les séances ont été réellement effectuées, notamment pour les patientes s'étant rendues chez une sage-femme libérale. De plus, cela n'est pas toujours renseigné dans les dossiers. Enfin, certaines patientes ont pu ne pas avoir de rendez-vous pour la réalisation de leurs séances du fait de la fréquence restreinte des vacations d'acupuncture à la MRUN.

Pour 93,3% des patientes, les séances ont été réalisées avant 36 semaines d'aménorrhée ce qui permet de ne pas freiner la tentative de version par manœuvre externe, tout en permettant aux fœtus de se verser avant celle-ci.

Le nombre de séances réalisées est en majorité de trois. Ce nombre est en accord avec les différents auteurs [6, 24].

Néanmoins, on remarque que quatre patientes n'ont bénéficié que de deux séances. Pour une de ces quatre patientes, deux séances ont suffi à la version. Les trois autres patientes ne se sont pas présentées à la troisième séance ou n'ont pu bénéficier de celle-ci par manque de créneaux disponibles. Entre ces trois patientes, deux ont bénéficié d'une unique séance. Elles n'ont pas adhéré à la méthode ou n'ont pas eu la possibilité de réaliser les suivantes. L'autre patiente a réalisé quatre séances chez une sage-femme libérale qui ne s'accorde peut-être pas avec le nombre de réalisations de la MRUN.

Parmi les patientes ayant réalisé leurs séances d'acupuncture, on remarque pour trois d'entre elles une version en présentation céphalique, même s'il est difficile de juger de l'efficacité de la méthode. Ces versions sont apparues pour deux patientes ayant réalisé trois séances, et pour une patiente en ayant réalisé deux.

On remarque que pour un tiers des patientes, une vérification de la présentation n'a pas été effectuée ou n'a pas été renseignée. Il est donc d'autant plus difficile de savoir si la réalisation des séances a été efficace ou non.

3.1.3. Analyse de la version par manœuvre externe

Le protocole mis en place à la MRUN axe la prise en charge sur la réalisation de la version par manœuvre externe en vue de diminuer le nombre de sièges à terme. Pourtant, celle-ci a tendance à ne pas être proposée par le personnel médical. En effet, la VME n'a été proposée que chez 64% des patientes.

Le faible taux de proposition peut être dû, tout d'abord, à une idée préconçue quant au manque d'efficacité de la version par manœuvre externe. Bien que certaines maternités approchent un taux de version par manœuvre externe proche de 50% chez des nullipares et 80% chez des multipares, la VME est encore perçue comme une méthode ne présentant qu'une efficacité limitée.

Ensuite, ce faible taux peut s'expliquer par un délai long entre la réalisation de l'échographie du troisième trimestre et la consultation suivante ; notamment pour les patientes ayant eu leur consultation après 37 semaines d'aménorrhée rendant difficile la réalisation de la VME en raison de l'âge gestationnel de réalisation.

Lorsque la version par manœuvre externe est proposée, elle reçoit un avis favorable des patientes. Dans un premier temps, 82,6% des patientes sont d'accord pour la réalisation de la VME. Néanmoins, pour celles l'ayant refusé lors de la première proposition, 87,8% sont d'accord suite à une consultation chez un praticien hospitalier ou avec un chef de clinique assistant. Suite à ces démarches, 97,8% des patientes l'acceptent.

La version par manœuvre externe reçoit donc finalement une réponse très positive des patientes, lorsqu'elle est proposée. Cela s'explique probablement par l'angoisse des patientes face à l'accouchement du siège ou la césarienne, ainsi que par l'insistance des professionnels la proposant vis-à-vis de l'importance de sa réalisation. Les patientes sont donc favorables aux techniques permettant d'éviter ces modes d'accouchement.

Néanmoins, on déplore un faible taux de réalisation. En effet, seulement 21 versions sur 45 (soit 46,67%) ont été réalisées. Ce taux s'explique, en partie, par les onze patientes ayant un fœtus en présentation céphalique le jour de la version et deux

autres présentant des contractions utérines, contre-indiquant la manœuvre. Pour les dix patientes restantes, leur absence peut être liée à un défaut de compréhension des informations concernant la version, son objectif ou sa réalisation.

En effet, lors de la consultation précédant la VME le professionnel n'a peut-être pas assez expliqué le protocole de réalisation, le lieu de réalisation, la nécessité de réaliser la manœuvre. Leur absence peut parfois être liée à une impossibilité de déplacement le jour prévu sans prise de rendez-vous ultérieur. Aussi, certaines patientes ont pu ne pas se présenter suite à une peur, une angoisse liée à ce défaut d'information.

Le protocole de réalisation de version a lui été respecté par le personnel de salle de naissances. C'est le cas grâce à la clarté et à la précision du protocole concernant la réalisation des actes. De plus, l'affichage du protocole en salle de naissances a facilité sa lecture et sa mise en place au sein du personnel médical.

Un point important est à souligner : le faible taux de réussite des versions par manœuvre externe. Seules 14,3% des versions tentées ont été réussies.

Ce faible taux de réussite rapporté dans notre étude s'explique certainement par le fait que la Maternité Régionale Universitaire de Nancy est un établissement de formation. Les versions par manœuvre externe sont réalisées par des chefs de cliniques assistants. En effet, G. Faron *et al* (7) ont rapporté un taux de réussite plus faible chez les médecins moins expérimentés (juniors) que chez les médecins seniors. Les juniors avaient un taux de réussite de 34,1% et les seniors de 44,8%. On explique cela par le fait qu'une profession médicale est synonyme de formation continue mais aussi que l'apprentissage des actes ne s'effectue que par la répétition de ceux-ci.

De plus, la VME peut être une pratique relativement nouvelle pour le praticien, sachant que le protocole concernant la prise en charge des sièges vient d'être mis en place. Effectivement, au moment de l'étude, la mise en place du protocole avait tout juste un an, les professionnels réalisant la version n'étaient donc peut-être pas encore tout à fait expérimentés.

De plus, le pourcentage assez faible de sièges à terme entraîne un manque de pratique de la part des professionnels, qui s'accroît par le fait que seulement 50% des patientes ayant accepté la VME se présentent le jour de celle-ci. De mai 2012 à juin 2013 seulement 24 VME ont été réalisées. T. Le Bret *et al* (29) concluent leur étude en

disant que « la pratique régulière de la VME permet de diminuer le taux de césariennes des présentations du siège ». Ils insistent sur la régularité de la pratique.

Enfin, ce faible taux de réussite des VME est dû à l'importante population de nullipares composant l'étude. En effet, les études démontrent que la multiparité est un facteur de réussite des versions par manœuvre externe. Or, mon étude est composée de seulement 18,2% de multipares.

En effet, ce taux de réussite est inférieur à ceux rapportés par la majorité des auteurs. En 2008, M. Roux-Chevalier *et al* (8) de la maternité de Lyon (Edouard-Herriot) rapportaient un taux de réussite de ses versions de 24,4% et en 2004, T. Le Bret *et al* (29), de la maternité de Port-Royal rapportaient quant à eux un taux de réussite de 50,6%. De même, l'étude réalisée par G. Faron *et al* (7) dans une maternité de type III et suivant un protocole de réalisation relativement similaire, rapporte un taux de réussite de 37,6%.

Le facteur multiparité n'a semble-t-il pas été déterminant dans notre étude. Parmi les trois VME réussies, deux étaient nullipares et une primipare. Pourtant pour de nombreux auteurs [7, 8, 16, 20, 25], il est décrit comme facteur de réussite des versions par manœuvre externe. En moyenne, le taux de réussite s'élève à 50%.

En revanche, la faible prise de poids maternelle semble avoir été efficace puisque deux des patientes, dont les versions étaient réussies, avaient pris moins de douze kilogrammes, tandis que l'autre avait pris seize kilogrammes. Ceci s'explique sûrement par une plus grande facilité pour l'obstétricien à maintenir le fœtus lors de la réalisation de la version. Néanmoins, l'étude ne portant que sur un faible effectif, nous ne pouvons pas conclure à ce propos.

On peut également remarquer le taux important de réalisation des pelvi-IRM lorsque la VME n'a pas été réussie. Effectivement, 84,2% des patientes dont la VME a échoué ont réalisé une pelvi-IRM avant la décision du mode d'accouchement. Seulement trois patientes n'en ont pas réalisé. Deux patientes refusaient un accouchement par voie basse et une a accouché dans la nuit précédant la réalisation de sa pelvi-IRM. Ce taux important de réalisation de la pelvi-IRM s'explique par la volonté du professionnel réalisant la VME de se baser sur les recommandations du CNGOF. En effet, par principe, à la MRUN, le praticien réalisant la version par manœuvre externe prescrit une pelvi-IRM si la VME a échoué.

L'évaluation des pratiques professionnelles est basée sur l'analyse des actes en les comparants à un référentiel étant ici le protocole.

Dans notre étude, il était donc intéressant de faire ressortir les points positifs et négatifs de la prise en charge des fœtus en présentation du siège et les comparer avec les recommandations du protocole.

La prise en charge des présentations du siège à la MRUN (séances d'acupuncture et VME) est moyennement satisfaisante. En effet, l'acupuncture n'est proposée que pour une femme sur trois et la VME pour deux femmes sur trois. De plus, celle-ci n'a permis la version que de 6% des sièges.

3.2. Discussion

3.2.1 Points positifs

Cette étude a pu démontrer la volonté du personnel de la MRUN de se baser sur les critères du CNGOF par rapport à la prise en charge des fœtus en présentation du siège.

Tout d'abord, la majorité des échographies du troisième trimestre sont réalisées entre 32 SA et 34 SA comme le préconisent les recommandations nationales.

Aussi, la réalisation des consultations obstétricales à la MRUN est en accord dans plus de 94% des cas avec les recommandations nationales concernant la vérification de la présentation fœtale et le palper utérin.

Les deux points précédents montrent que les professionnels médicaux se tiennent informés des recommandations pour la pratique obstétricale.

Ensuite, le protocole de réalisation des versions par manœuvre externe a toujours été respecté. Ceci montre bien l'implication des professionnels réalisant ces actes. De plus, les deux patientes présentant des contractions utérines le jour de leur version n'ont pas eu de tentative de VME, ceci étant contre-indiqué dans le protocole. Aussi, la

réalisation des versions par manœuvre externe n'a entraîné aucune hémorragie fœto-maternelle, ni anomalie du RCF.

Enfin, les pelvi-IRM sont réalisées systématiquement lorsqu'elles sont nécessaires (échec de VME et accouchement voie basse envisagé).

Ces deux derniers points démontrent la volonté d'application du protocole de prise en charge des fœtus en présentation du siège de la part du personnel médical réalisant les versions.

3.2.2 Points à améliorer

Le premier point à améliorer dans notre étude est le faible taux de réussite des versions par manœuvre externe.

Néanmoins, ce taux peut s'expliquer par les nombreuses causes développées précédemment. Il serait toutefois intéressant de voir dans les années futures si l'acquisition d'expérience par les professionnels réalisant les versions leur permet d'augmenter leur taux de réussite.

En revanche, nous avons pu remarquer dans notre étude que deux items du protocole ne correspondaient pas aux attentes. Il s'agit de la proposition de l'acupuncture et de la proposition de la VME.

Bien que le protocole n'axe pas sa prise en charge sur l'acupuncture, il encourage toutefois sa réalisation. Seule une femme sur trois se voit proposer l'acupuncture. De plus, lorsqu'elle est proposée, elle reçoit une réponse relativement favorable des patientes. Aussi, d'après de nombreux auteurs elle permet d'aider considérablement à la version des fœtus. Néanmoins, certaines patientes n'ont pu réaliser leurs séances à la MRUN du fait d'un manque de disponibilités lors de la prise de rendez-vous.

Concernant la proposition de la version par manœuvre externe, son taux de proposition ne correspond pas à celui auquel on pourrait s'attendre. Seulement 64% des patientes sont informées des techniques permettant une version de leur fœtus en présentation céphalique. D'autre part, lorsque la VME est proposée elle reçoit une réponse très favorable de la part des patientes.

Enfin, nous avons également pu remarquer le faible taux de présence des patientes lors de la réalisation des VME. Ce taux s'expliquant notamment par un absentéisme majeur des patientes le jour de la version.

Les propositions concernant les améliorations à apporter se feront notamment sur les trois points précédents. D'une part, une augmentation du nombre de propositions de ces techniques devrait permettre au long cours de diminuer le nombre de fœtus en présentation du siège à terme. D'autre part, un meilleur taux de réalisation des versions donnerait des chances supplémentaires aux patientes et permettrait aux professionnels d'acquérir de l'expérience.

3.2.3 Améliorations à apporter

Les améliorations à apporter sont notamment basées sur la lecture du protocole ainsi que sur l'analyse des données recueillies.

Il conviendrait de sensibiliser les professionnels réalisant des consultations obstétricales anténatales à proposer systématiquement des séances d'acupuncture ainsi qu'une version par manœuvre externe à toutes les patientes dont l'échographie du troisième trimestre a diagnostiqué un fœtus en présentation du siège. En effet, la proposition de l'acupuncture dans le protocole de prise en charge ne tient pas une place importante et paraît même accessoire. La rédaction de cet item, dès les premières lignes du protocole, pourrait faire en sorte que les professionnels médicaux la proposent davantage.

La MRUN désirant utiliser des dossiers médicaux informatisés, il pourrait être intéressant de créer une partie « fœtus en présentation du siège » dans le logiciel de prise en charge des patients. Dans cette partie, on pourrait y inclure la proposition d'acupuncture ainsi que celle de la VME. Cela pourrait permettre une meilleure prise en charge des patientes.

Pour les patientes favorables à la réalisation de séances d'acupuncture, il pourrait être nécessaire de les adresser chez une sage-femme libérale pour la réalisation

de leurs séances ; notamment lorsque les créneaux d'acupuncture ne sont plus disponibles. Il pourrait également être nécessaire d'augmenter le nombre de séances disponibles à la MRUN.

Il serait alors important d'insister sur la rédaction des dossiers médicaux. Il est nécessaire de noter toute proposition de prise en charge ainsi que l'accord ou non de la patiente. Le dossier médical est un document médico-légal nécessitant une rigueur absolue.

Cette rédaction devrait s'améliorer vis-à-vis de l'acupuncture afin d'y renseigner l'évaluation de la présentation fœtale à l'issue de chaque séance, le nombre de séances proposées et réalisées, et le lieu ou à défaut le professionnel ayant réalisé les séances.

Il serait tout aussi important d'insister auprès des patientes sur la nécessité de la réalisation d'une version par manœuvre externe. Il faudrait également les rassurer à propos de sa réalisation et leur indiquer le lieu de réalisation. Ceci pourrait permettre de diminuer le taux d'absentéisme le jour de la version.

Concernant le taux de réussite des versions par manœuvre externe, il devrait s'améliorer dans les années futures. Cette hypothèse est basée sur le fait qu'en augmentant le nombre de réalisations et en acquérant de l'expérience, ce taux s'améliorera.

3.2.4 Limites de l'étude

Lors de cette étude il aurait pu être intéressant de travailler sur certains facteurs de réussite supplémentaires des versions par manœuvre externe comme la position du dos fœtal, une tête facilement palpable. Cependant, les renseignements se trouvant dans les dossiers médicaux ne m'auraient pas permis d'étudier ces critères par défaut de données.

Conclusion

La présentation podalique, nous l'avons vu, est une présentation responsable de morbidité et mortalité fœto-maternelle. Ceci s'explique par la difficulté des obstétriciens à décider d'une voie d'accouchement. La réalisation de séances d'acupuncture et de versions par manœuvre externe permet de diminuer le taux de fœtus en présentation du siège à terme.

La mise en place d'un protocole encadrant les fœtus en présentation du siège à la MRUN a permis une meilleure prise en charge de ces patientes.

Les conclusions de cette étude sont positives pour la MRUN, notamment pour la réalisation des versions par manœuvre externe ainsi que la réalisation des pelvi-IRM qui sont conformes au protocole.

De plus, la réalisation des VME n'a engendré aucune anomalie du RCF ni aucune hémorragie fœto-maternelle.

Cependant, la proposition de l'acupuncture et de la version par manœuvre externe reste le point le plus important à améliorer. En effet, celles-ci ne sont que trop rarement proposées aux patientes.

La mise en place du protocole a permis de verser 6% des sièges, acupuncture et VME incluses. 48,5% des fœtus ont quant à eux versé spontanément.

La proposition de la VME à toutes les patientes, lorsqu'elle est nécessaire, devrait permettre d'augmenter le pourcentage de patientes présentes pour sa réalisation et donc un meilleur taux de réussite par la suite.

Une sensibilisation des professionnels réalisant des consultations prénatales concernant le protocole de prise en charge, ainsi que la création d'un item « présentation du siège » dans le dossier patient informatisé, pourrait permettre une meilleure proposition de l'acupuncture et de la version par manœuvre externe à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Carbonne B, Goffinet F, Bréart 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). <http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/00300002/191/> [Internet]. 2008 Aug 3 [cited 2013 Jan 3]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/114170/resultatrecherche/46>
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 multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000 Oct 21;356(9239):1375–83.
3. La césarienne a-t-elle une indication en cas de présentation du siège ? <http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/0029SUP2/30/> [Internet]. 2008 Aug 3 [cited 2013 Jan 2]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/114130/resultatrecherche/22>
4. Janela A, Lamy C, MO Delaporte, O Morel. Prise en charge du siège. 2012.
5. Grigorieff G. L'acupuncture : des aiguilles à l'automassage des points chinois. Paris: Eyrolles pratique; 2007.
6. Neri I, Airola G, Contu G, Allais G, Facchinetti F, Benedetto C. Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2004 Apr;15(4):247–52.
7. Faron G, Vokaer A. Facteurs de réussite d'une version par manoeuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Sep;37(5):493–8.
8. Roux-Chevalier M, Gaucherand P, Cluze C. La version par manoeuvre externe : audit sur un an dans une maternité de niveau 3. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2011 Jun;39(6):346–50.
9. Schaal J-P. Mécanique et techniques obstétricales. Montpellier: Sauramps médical; 2007.
10. Hohlfeld P, Marty F. Le livre de l'interne, obstétrique. Paris: Médecine sciences publications-[Lavoisier]; 2011.
11. VIERNE F, D'HALLUIN G, MÉNARD J, SOUBEYRAN C, PIERRE F, MAGNIN G. Groupement régional Ouest. http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/00300008/799_4/. 2008 Aug 3;799–806.

12. Beau J-P. 10 - Acupuncture et présentation non céphalique - JP Beau 2010 - Acupuncture en Obstétrique pour sages-femmes [Internet]. [cited 2013 Jan 2]. Available from: http://agore.blog4ever.com/blog/lire-article-185506-2368243-10___acupuncture_et_presentation_non_cephalique___html
13. Rozenberg P. À la question du mode d'accouchement du siège, la réponse est au-dessus de la ceinture. <http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/00300002/196/> [Internet]. 2008 Aug 3 [cited 2013 Jan 2]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/114172/resultatrecherche/10>
14. Moncollin M. Choix de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège : Évaluation des pratiques cliniques à la Maternité Régionale de Nancy en 2008 [Internet]. Henry Poincaré; 2008 [cited 2013 Jan 13]. Available from: http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2011_MONCOLLIN_MARIE.pdf
15. Nguyen J. Evaluation de l'acupuncture 67V dans la version des présentations du : un nouvel ECR positif. Acupuncture et Moxibution [Internet]. [cited 2013 Jan 13]. Available from: http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/Acupuncture-en-obstetrique/Version-des-presentations-du-siege-par-acupuncture/nguyen-131700.pdf
16. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(10).
17. Rauf B, Mehrun-nisa, Hassan L. External Cephalic Version for Breech Presentation at Term. *JCPSP-J. Coll. Physicians Surg.* 2007 Sep;17(9):550–3.
18. Marpeau L. Faut-il faire ou non des versions par manoeuvres externes (VME) *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2008 Apr;36(4):469.
19. Stéphan J-M. L'acupuncture autour de la naissance : bases scientifiques et état des lieux. *La Revue Sage-Femme.* 2010 Apr;9(2):93–7.
20. Helmlinger C, Langer B. La version par manoeuvres externes a-t-elle vraiment un intérêt ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2008 Apr;36(4):472–4.
21. Boog G. Les méthodes alternatives à la version par manoeuvre externe en cas de présentation du siège. <http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/00330002/94/> [Internet]. 2008 Sep 3 [cited 2013 Jan 2]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/114945/resultatrecherche/6>
22. Lansac J, Magnin G. *Obstétrique pour le praticien.* Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson; 2008.
23. Baudet J, Ronayette D, Aubard Y. *Obstétrique pratique.* Paris: Maloine; 1990.
24. Beau J-P. Place de l'acupuncture dans la version des présentations non céphaliques. <http://www.em-premium.com/data/revues/16340760/00100090/36/> [Internet]. 2011

- May 20 [cited 2013 Jan 3]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/292373/resultatrecherche/53>
25. Magnin G, Pierre F. Pour la version par manoeuvres externes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2008 Apr;36(4):470–1.
26. Lansac J, Marret H, Oury J-F. *Pratique de l'accouchement*. 4^e édition. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Masson; 2006.
27. Présentation par le siège à terme. Version par manoeuvres externes : quand et comment [Internet]. EM-Consulte. [cited 2013 Jan 2]. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/12147/presentation-par-le-siege-a-terme-version-par-mano>
28. Technique. <http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/00260004/413/> [Internet]. 2008 Aug 3 [cited 2013 Jan 3]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/113586/resultatrecherche/39>
29. Bret TL, Grangé G, Goffinet F, Cabrol D. Version par manoeuvre externe. <http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/00330004/297/> [Internet]. 2008 Sep 3 [cited 2013 Jan 2]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/114997/resultatrecherche/3>
30. Magnin G. Versions obstétricales. <http://www.em-premium.com/data/traites/ob/05-09501/> [Internet]. [cited 2013 Jan 2]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/7975/resultatrecherche/12>
31. Roman J, Bakos, Cnattingius S. Pregnancy outcomes by mode of delivery among term breech births : swedish experience 1987-1993. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 945-50.
32. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term. A critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 605-18
33. Westgren M, Edwall H, Nordström L, Svalenius E, Ranstam J. Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester. *Br J Obstet Gynecol* 1985; 92: 19-22.
34. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, Mann WJ. *South Med J*. Uterine rupture and dehiscence: ten-year review and case-control study. 2002 Apr;95(4):431-5.
35. Schorr SJ, Speights SE, Ross EL, Bofill JA, Rust OA, Norman PE, et al. A randomized trial of epidural anesthesia to improve external cephalic version success. *AM j Obstet Gynecol* 1997;107:401-5.
36. Wen W. Correcting abnormal fetal position with moxibustion. *Midwives chronicle and nursing notes*. 1979:810-19.
37. Herbain.D. Anesthésie en cours de grossesse pour chirurgie non obstétricale. Cours donné aux étudiants sage-femmes de cinquième année le 9 décembre 2013.

38. Herbain.D. Anesthésie pour l'accouchement. Cours donné aux étudiants sage-femmes de cinquième année le 9 décembre 2013.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	1
Abréviations.....	2
Introduction	3
Partie 1 Prise en charge des sièges au troisième trimestre	5
1.1. Pourquoi intervenir ?.....	6
1.1.1. Morbidité maternelle	6
1.1.2. Morbidité néonatale	7
1.1.3. Risques à plus long terme	8
1.2. Comment intervenir ?.....	9
1.2.1. Acupuncture	9
1.2.2. Version par manœuvre externe	9
1.2.3. La version spontanée.....	12
1.2.4. Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français	13
1.2.5. Application de ces recommandations à la MRUN.....	13
1.3. Evaluation de la première année d'application du protocole	14
1.3.1. Schéma général de l'étude	14
1.3.2. Description de l'action et cadre méthodologique.....	15
Objectif.....	15
Hypothèses	16
1.3.3. Population étudiée.....	16
1.3.4. Echantillonnage.....	16
Partie 2 Résultats de l'audit clinique.....	19
2.1. Description des données collectées	20
2.2. Résultats de l'audit clinique	20
2.2.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	20
Caractéristiques maternelles : la parité	20
Caractéristiques maternelles : la prise de poids	21
2.2.2. Age gestationnel lors de l'échographie	21
2.2.3. Caractéristiques de la consultation suivant l'échographie du troisième trimestre	22
2.2.4. Acupuncture	24
2.2.5. Version par manœuvre externe	28
2.2.6. Version spontanée	33
2.2.7. Présentation à l'accouchement.....	33
Partie 3 Analyse et discussion	35
3.1. Analyse des données collectées	36
3.1.1. Analyse des versions spontanées	36
3.1.2. Analyse de l'acupuncture	37
3.1.3. Analyse de la version par manœuvre externe	39

3.2.	Discussion	42
3.2.1	Points positifs	42
3.2.2	Points à améliorer.....	43
3.2.3	Améliorations à apporter.....	44
3.2.4	Limites de l'étude.....	45
	Conclusion.....	46
	Bibliographie	47
	TABLE DES MATIERES	51
	Annexe 1	I
	Annexe 2	IV

ANNEXE 1



MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.36.74

Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
OBS. 402. PS. 041	1	PRISE EN CHARGE DES PRESENTATIONS DU SIEGE	Mai 2012	1/3

	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
Fonction	Chef de Clinique Assistant	Praticien hospitalier Chef de clinique	Responsable de la filière Obstétrique
Nom	A. JANELA	MO. DELAPORTE C. LAMY	O. MOREL
Date	Mai 2012	Mai 2012	Mai 2012
Visa			

HISTORIQUE

Date	Nature des modifications
23 juin 2011	Création

I - OBJET

Cette procédure définit les modalités de prise en charge des patientes présentant une grossesse par le siège.

II - DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure s'applique au personnel médical et paramédical de la Maternité Régionale (Médecins, sages-femmes et étudiants médecins et sages-femmes).

III - DOCUMENTS ET REFERENCES

- *Recommandations pour la pratique clinique : La césarienne a-t-elle une indication en cas de présentation du siège ?*
Taylor S
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000; 29 (suppl.2): 30-39
- *External cephalic version for breech presentation before term (Review)*
Hutton EK, Hofmeyr GJ
The Cochrane Library 2010, issue 1
- *Moxibustion for breech version - A randomised controlled trial*
Guittier M-J, Pichon M, Hongguang D, Irion O and Boulvain M
Obstet Gynecol 2009 ; 114 : 1034-40
- Am J Obstet Gynecol. 2006 Apr;194(4):1002-11. *Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium.* Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Bréart G; PREMODA Study Group.
- J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2009 Sep;38(5):411-20. *Evaluation of decisional elements of vaginal delivery in case of breech presentation in 19 university hospitals in France.* Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D.

Seule la dernière version disponible sur BlueKanGo fait foi



Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
OBS. 402. PS. 041	1	PRISE EN CHARGE DES PRESENTATIONS DU SIEGE	Mai 2012	2/3

IV - ABREVIATIONS

BIP	= Diamètre BiPariétal
CCA	= Chef de Clinique Assistant
CNGOF	= Collège National d'Obstétrique et Gynécologie Français
DBP	= Diamètre BiPariétal
PH	= Praticien Hospitalier
PRP	= Promoto Retro Pubien
RAI	= Recherche d'Agglutines Irrégulières
RCF	= Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU	= Restriction de Croissance Intra Utérine
SA	= Semaine d'Aménorrhée
TM	= Transverse Médian
VME	= Version par Manœuvre Externe
VVP	= Voie Veineuse Périphérique

V - PROCESSUS

V.1 - En cas de diagnostic d'une présentation du siège à l'échographie du 3^{ème} trimestre :

- La VME, permettant de diminuer les risques de césarienne en cours de travail en cas de succès (NP1), **doit être systématiquement proposée vers 36 SA.**
- Une trace écrite de la discussion de la VME doit apparaître dans le dossier obstétrical
- Si la patiente accepte d'emblée, programmer la VME en salle de naissance à 36 SA (geste réalisé par le consultant ou le chef de garde). La consultation d'anesthésie doit avoir été réalisée au préalable. Le bilan pré opératoire doit comporter un RAI. Vérifier la présence des 2 déterminations de GS et une NFS valide
- Prévoir systématiquement une consultation avec un CCA ou un PH d'obstétrique vers 36 SA pour discussion en cas de refus initial de la VME.
- Si la patiente le souhaite, lui proposer des séances d'acupuncture dans l'intervalle, **sans retarder la VME.**

VI.1 - Protocole VME :

- Vers 36-37 SA
- Après information de la patiente et remise de la fiche d'information du CNGOF, recueil du consentement
- Convocation de la patiente en Salle des Naissances
- Echographie par le Praticien responsable :
- Vérification de la présentation
- Flexion de la tête, (position du placenta, quantité de liquide amniotique)
- Biométries
- VVP, Ringer Lactate 500 ml
- RAI
- Tocolyse par un suppositoire de Salbumol® 1h avant
- Enregistrement du RCF 30 min
- Après la VME, test de Kleihauer et enregistrement du RCF 30 min

V.I.2 - Contre-indications à la VME (discutables au cas par cas en staff obstétrical) :

- Utérus cicatriciel
- Placenta praevia
- Retard de croissance intra-utérin
- Malformation utérine
- Altération du RCF
- Contre-indication autre à la voie basse
- Rupture prématurée des membranes et oligoamnios.



Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
OBS. 402. PS. 041	1	PRISE EN CHARGE DES PRESENTATIONS DU SIEGE	Mai 2012	3/3

V.2 - Si refus définitif de VME ou échec de la VME :

- Pelvi IRM, biométries fœtales échographiques, estimation de poids clinique et examen du bassin
- Dossier au Staff d'obstétrique pour discussion de la voie d'accouchement (ne pas « arrêter » la réflexion de la patiente avant d'avoir discuté le dossier au Staff)
- Patiente revue en consultation pour explication de l'orientation donnée par le staff pour la voie d'accouchement à privilégier

V.2.1- Critères d'acceptabilité de la voie basse si absence de déflexion primitive de la tête fœtale :

- Information et consentement de la patiente
- Pelvi IRM : mensurations normales de toutes les dimensions du bassin cf. V.2.2
- Tête fœtale fléchie
- Estimation du poids (clinique et/ou échographique) < 3800g

Ces précédents critères sont applicables pour toute grossesse \geq à 37 SA.

Avant 37 SA il n'existe pas de contre indication formelle à laisser accoucher l siège par voie basse. Une analyse bénéfices risques est à réaliser au cas par cas.

La prématurité, la primiparité, l'utérus cicatriciel et la présentation en siège complet ne sont pas de façon isolée une contre-indication médicale à la voie basse.

La présentation du siège n'est pas une contre indication formelle à un déclenchement

V.2.2- Indications de césarienne prophylactique d'emblée (dossier à présenter en staff obstétrical) :

- Bassin anormal: PRP < 10 cm ou TM < 11,5 cm (au-delà de ces valeurs, le dossier doit être discuté dans son ensemble en staff obstétrical)
- Bi-épineux < 9,5 cm
- BIP supérieur au diamètre bi-épineux ou > 98mm
- Estimation pondérale (clinique et/ou échographique) > 3 800 g

En cas de demande répétée de la patiente, une césarienne peut être réalisée hors indication médicale après discussion du dossier au staff.

La patiente devra alors avoir bénéficié d'une information loyale concernant les risques respectifs de la voie basse et de la césarienne prophylactique hors indication médicale.

Cette information délivrée devra être clairement reportée dans le dossier obstétrical

V.3 - Prise en charge du travail et de l'accouchement en cas de présentation du siège si absence de déflexion de la tête fœtale:

- Prise en charge par la sage-femme et le praticien de garde
- Echographie à l'admission : contrôle de la présentation, de la flexion de la tête et mesure du DBP
- Analgésie péridurale souhaitable en l'absence de contre-indication,
- Obtention d'une bonne dynamique utérine : ocytocine à dose efficace, à augmenter en phase expulsive
- Rupture artificielle des membranes tardive, en l'absence de dilatation ou en cas de stagnation
- Equipe de garde présente à l'accouchement : obstétricien, anesthésiste et pédiatre.

ANNEXE 2

Fiche de recueil de données

Parité :
Echographie àSA

Consultation suivante :

Age gestationnel :SA

Vérification clinique de la présentation :

Siège Céphalique Non évaluée

Utérus : *Souple Tendu Non évalué*

Prise de poids maternelle :kg

Existence de contrindications à l'accouchement par voie basse : *Oui / Non*

Acupuncture :

	Oui	Non	Non évaluable
Proposée			
Acceptée			
Réalisée			

Si Oui à quel terme :SA

Nombre de séances :

Présentation à l'issue des séances : *Siège Céphalique Non évaluée*

Version par manœuvre externe :

	Oui	Non	Non évaluable
Proposée			
Acceptée			
Si refusée consultation avec un CCA ou PH vers 36SA			
Réalisée			
Vérification de la présentation			
Flexion de la tête et biométries			
VVP + RAI			
Tocolyse			
ERCF avant et après la VME			
Réussie			
Kleihauer			
Contraindiquée			
Si refus définitif ou échec de la VME pelvi-IRM réalisée			

Si Oui à quel terme :SA

Type :

Anomalies du RCF

Version spontanée : *Oui / Non*

Présentation à l'accouchement : *Siège Céphalique Non évaluée*

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de SALON Maxime - Année 2014

Prise en charge des fœtus en présentation du siège au troisième trimestre

Evaluation des pratiques professionnelles concernant les 99 patientes de la première année d'application du protocole de mai 2012 à juin 2013 à la MRUN.

Directeur de mémoire : Mme Pichon Marie-Laure cadre sage-femme enseignante.

Expert : Mme le docteur Moncollin Marie.

Problématique : L'accouchement des fœtus en présentation du siège est source de morbi-mortalité. Qu'en est-il de l'application du protocole concernant la prise en charge réalisée au troisième trimestre à la maternité régionale universitaire de Nancy ?

Méthode : Réalisation d'une étude exhaustive et rétrospective sur 99 patientes concernant l'application du protocole.

Résultats : L'acupuncture ainsi que la version par manœuvre externe ne sont que trop rarement proposées, respectivement 33,3% et 64%, bien qu'elles reçoivent une réponse favorable des patientes (80%, 97,8%). La réalisation des versions par manœuvre externe est quant à elle conforme au protocole. La prise en charge réalisée au troisième trimestre a permis de verser 6% des fœtus en présentation du siège.

Conclusion : La prise en charge des fœtus en présentation du siège est positive pour la MRUN. Néanmoins, des améliorations sont à apporter concernant la proposition de l'acupuncture et de la version par manœuvre externe.

Mots clés :

Présentation du siège – Version par manœuvre externe – Acupuncture.

Problem: Delivery of breech presentation is source of morbimortality. What about the application of the protocol concerning the care realized at the MRUN during the third trimester?

Method: Realization of an exhaustive and retrospective study on 99 patients concerning the application of the protocol.

Results: acupuncture and external cephalic version are offered too rarely, respectively 33.3% and 64%. The realization of external cephalic version is in compliance with the protocol. The care realized during the third trimester has allowed versing 6% of foetus in breech presentation.

Conclusion: The care of breech presentation in the MRUN is positive. Nevertheless, improvements concerning the proposal of acupuncture and external cephalic version could be made.

Key-words:

Breech presentation – External cephalic version – Acupuncture.

