

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 9 octobre 2012 à Poitiers

Par **Monsieur Nicolas GUILHEN**

Etude observationnelle sur la Version par Manœuvres Externes
réalisée chez les patientes ayant un antécédent de césarienne :
à propos d'une cohorte de 136 patientes.

Composition du jury :

Président:

Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres :

Monsieur le Professeur Guillaume MAGNIN

Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Monsieur le Professeur Jean-Louis KRAIMPS

Madame le Docteur Emmanuelle DESCOMBES

Monsieur le Docteur David DESSEAUVE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE



Le Doyen,

Année universitaire 2011 - 2012

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
11. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
12. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
13. DORE Bertrand, Urologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, Physiologie
16. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
17. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
18. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, Génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
26. GUILLET Gérard, Dermatologie
27. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
28. HANKARD Régis, Pédiatrie
29. HAUET Thierry, Biochimie
30. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
31. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
32. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
33. IRANI Jacques, Urologie
34. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (**détachement**)
35. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
36. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
37. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
40. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
41. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
42. MARCELLI Daniel, Pédopsychiatrie (**surnombre**)
43. MARECHAUD Richard, Médecine interne
44. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
45. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
46. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
47. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
48. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépatogastro-Entérologie
49. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
50. ORIOT Denis, Pédiatrie
51. PACCALIN Marc, Gériatrie
52. PAQUEREAU Joël, Physiologie
53. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
54. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
55. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
56. POURRAT Olivier, Médecine interne
57. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
58. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
59. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
60. ROBERT René, Réanimation médicale
61. ROBLLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
62. ROBLLOT Pascal, Médecine interne
63. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
64. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
65. SILVAIN Christine, Hépatogastro- Entérologie
66. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
67. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
68. TOUCHARD Guy, Néphrologie
69. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
70. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
71. VANDERMARCO Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
72. WAGER Michel, Neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie- Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
11. DIAZ Véronique, Physiologie
12. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
13. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
14. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
15. HURET Jean-Loup, Génétique
16. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
17. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
18. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
19. MIGEOT Virginie, Santé publique
20. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
21. ROY Lydia, Hématologie
22. SAPANET Michel, Médecine légale
23. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
24. TOUGERON David, Hépatogastro-Entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés

GAVID Bernard, médecine générale
SCEPI Michel, médecine d'urgence

Maitres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie
3. GIL Roger, Neurologie
4. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, Chirurgie générale (émérite)
5. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
7. BONTOUX Daniel, Rhumatologie (émérite)
8. BURIN Pierre, Histologie
9. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie – Hygiène
10. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et médecine nucléaire
11. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
12. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
13. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
14. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
15. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (émérite)
16. GOMBERT Jacques, Biochimie
17. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
18. KAMINA Pierre, Anatomie (émérite)
19. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
20. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
21. MARILLAUD Albert, Physiologie
22. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
23. PATTE Dominique, Médecine interne
24. PATTE Françoise, Pneumologie
25. POINTREAU Philippe, Biochimie
26. REISS Daniel, Biochimie
27. RIDEAU Yves, Anatomie
28. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion
29. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion (émérite)

Remerciements

A mon maître, directeur de thèse et président du jury,

Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE,

Votre enthousiasme à travailler n'a pas d'égal... Vous essayez de nous transmettre cette motivation à chaque instant. Je vous remercie également de votre disponibilité au cours des dernières semaines concernant ce travail. Vous me faites l'honneur de diriger ce travail ainsi que de présider ce jury. Soyez assuré de toute mon estime et de mon profond respect.

A mon maître et juge,

Monsieur le Professeur Xavier FRITEL,

Toujours tout remettre en cause, voici une qualité que vous essayez de nous transmettre et je vous en remercie. Il faudra d'ailleurs que je fasse une « biblio » sur l'innocuité ou non du Spasfon chez les femmes enceintes.

Je vous remercie également de m'avoir ouvert les portes de l'Institut Curie. Vous me faites l'honneur de votre présence dans ce jury. Recevez mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

A mon maître et juge,

Monsieur le Professeur Guillaume MAGNIN,

Schlasse, jaune, john... hormis ce vocabulaire, vous nous avez transmis des techniques chirurgicales précises et efficaces. Je vous remercie pour ces moments passés au bloc opératoire, regrettant tout de même que si peu d'externes aient perdu connaissance...

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

A mon maître et juge,

Monsieur le Professeur Jean-Louis KRAIMPS,

Je vous suis reconnaissant de m'avoir fait découvrir la pathologie thyroïdienne à travers votre rigueur et votre pratique chirurgicale exemplaire. Cette expérience s'est déroulée dans une ambiance professionnelle et chaleureuse, accompagnée de musique classique fort agréable.

Les thyroïdectomies vont me manquer. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être membre de mon jury.

A mon juge,

Madame le Docteur Emmanuelle DESCOMBES,

Merci pour les nouvelles toutes fraîches des nouveau-nés mis au monde les jours précédents, c'est toujours très intéressant. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde estime et de toute ma gratitude.

A mon juge,

Monsieur le Docteur David DESSEAUVE,

Je te remercie pour ton entrain au quotidien, ton soutien, ta disponibilité et tes conseils. Je te remercie d'accepter de juger ce travail. Sois assuré de ma profonde estime et de toute mon amitié.

Au personnel du service des archives du CHU de Poitiers,

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre amabilité et surtout votre efficacité à retrouver des dossiers datant de la fin du XX^{ème} siècle. Je vous suis extrêmement reconnaissant de votre aide.

A Madame Marie-Claire PASQUIER,

Je vous remercie de votre implication, en m'ayant fourni les listes de patientes et les données informatiques nécessaires pour ce travail.

A Madame le Docteur Mélanie ROBLIN-BOILEAU,

Tu as été mon premier contact sur Poitiers avant mon arrivée en tant qu'interne. Je t'ai côtoyé comme co-interne et comme chef de clinique, ton enthousiasme, ta rigueur et ton sens pédagogique ont été exemplaires. Nous ne t'avons pas choisi pour mettre au monde notre fille par hasard... Nous t'en sommes extrêmement reconnaissant.

Aux médecins et chirurgiens qui m'ont encadrer au cours de mes études de médecine,

Merci de votre accueil dans chacun de mes stages. Pour la grande majorité, vous avez su être pédagogues, enthousiastes et agréables.

A mes co-internes,

A tous mes co-internes, un grand merci pour tous les moments partagés. Tous mes stages se sont passés dans une ambiance chaleureuse, avec entraide et complicité. Merci...

A mon épouse, Anne-Gaëlle,

Depuis déjà 12 ans, tu m'accompagnes, me supportes, m'encourages et me guides dans mes choix personnels et professionnels. Merci pour ton soutien, ton enthousiasme, ta patience ...

Te témoigner toute ma reconnaissance et mon amour en quelques mots est illusoire, mais :

« Because you're all I want,

You're all I need,

You're Everything... »

A ma fille, Anna,

Nous avons choisi ton prénom avant ton arrivée, tu as décidé de rester en siège et on a du venir te sortir de ton petit nid douillé... drôle de coïncidence...

Dans cette aventure, tu as su m'aider à ta façon, avec tes sourires, tes mimiques, tes rires, tes pleurs, tes premiers « papa »... et en faisant tes nuits tôt !

Je suis extrêmement fier d'être ton père et tu dépasses de très loin toutes les espérances que je pouvais avoir lorsque tu es venu au monde. Merci Anna...

A mes parents,

Voilà déjà 30 ans que vous m'élevez, me soutenez, me supportez, m'encouragez... Je vous remercie de m'avoir transmis les valeurs du travail, de la rigueur, du respect, de la famille.

C'est peut être un peu cliché, c'est néanmoins la vérité, je ne serais pas là où j'en suis sans vous... Je vous en suis extrêmement reconnaissant.

A ma sœur, Mélanie,

Nos chamailleries d'enfants me rendent nostalgique... Nous avons évolué depuis, mais la complicité et l'amour sont restés inchangé. Je suis extrêmement fier de toi. Je te souhaite tout le bonheur et la réussite que tu mérites, mais c'est déjà en bonne voie !!!

A mes beaux-parents,

Dès le début vous m'avez accueilli chaleureusement, nous avons toujours partagé des moments agréables et vous avez su m'accompagner lors des nombreuses périodes de révision d'examens. Inutile de vous dire merci d'avoir élevé une fille si formidable... Je vous remercie également de votre disponibilité et des nombreux allers retours effectués pour garder Anna, notamment lors de mon stage à Paris.

A mon beau-frère, Cédric,

C'est toujours très agréable de se voir, que ce soit à Marmande ou à Aix en Provence. Les conversations avec toi sont toujours riches et intéressantes. Merci.

A tous mes enseignants,

Je remercie tous les enseignants qui ont su m'apporter un goût certain pour les études. Je ne suis cependant pas mécontent d'en voir le bout !

Une attention particulière à Mlle BARROSSO, qui m'a appris les bases : lire et écrire...

A mes amis,

Pour n'oublier personne, MERCI A TOUS !!!

Une attention particulière à mes témoins Charles, Serge et Sofiane, vous avez toujours été présent, on a partagé tant d'excellents moments...

Merci également à Roy, Pierre-Olivier et Eric, avec qui nous avons partagé tant de soirées révisions et cas-cliniques...

Roy, merci pour ton amitié, ta disponibilité, tes avis, tu dois maintenant bien connaître mon sujet de thèse...

A tous les membres de ma famille...

1. Abréviations.

ACOG : American College of Obstetricians and Gynaecologists
ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal
AVB : accouchement par voie basse
BCBA : bi-chorial bi-amniotique
bpm : battements (cardiaque) par minute
CG : culot globulaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF : Collège National des Gynécologue-Obstétriciens Français
CU : contractions utérines
DAW : déclenchement artificiel du travail
DSW : déclenchement spontané du travail
EEG : Electro-encéphalogramme
EPF : estimation poids fœtal
G : gestité
g : grammes
H : heure
IRM : imagerie par résonance magnétique
J ou j : jour
L : litre
LA : liquide amniotique
max : maximum
min : minimum
mm : millimètre
N : nombre
NC : non communiqué
NN : nouveau né
NS : non significatif
OR : odds ratio
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
P : parité
PE : pré-éclampsie

PFC : concentrés de Plasma Frais Congelés

PP : placenta praevia

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

RCF : rythme cardiaque fœtal

RCIU : retard de croissance intra-utérin

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RPM : rupture prématurée des membranes

RR : risque relatif

RSM : rupture spontanée des membranes

SA : semaine(s) d'aménorrhée(s)

SCOG : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

1. Abréviations.....	8
2. Introduction.....	12
3. Généralités.....	13
3.1. La présentation du siège.....	13
3.1.1. Sa définition.....	13
3.1.2. Ses étiologies.....	13
3.2. L'utérus cicatriciel.....	16
3.2.1. Sa fréquence et les modes d'accouchements qui y sont liés.....	16
3.2.2. Les morbidité et mortalité liées à la césarienne.....	16
3.2.1. Le risque de rupture utérine.....	17
3.2.2. Les recommandations actuelles sur la prise en charge d'une patiente ayant un utérus cicatriciel.....	18
3.3. Les différentes options de prise en charge d'une présentation du siège sur utérus cicatriciel.....	19
3.3.1. La césarienne itérative.....	19
3.3.2. L'intention de voie basse du siège.....	22
3.3.3. La VME sur utérus cicatriciel.....	23
3.4. La version par manœuvres externes.....	27
3.4.1. La technique de la VME.....	27
3.4.2. La satisfaction des patientes.....	29
4. Population et méthodes.....	30
4.1. Population étudiée.....	30
4.1.1. Critères d'inclusion.....	30
4.1.2. Critères de non inclusion.....	30
4.2. Recueil de données.....	31
4.2.1. Méthodologie du recueil de données.....	31
4.3. Méthodologie d'analyse statistique.....	31
5. Résultats.....	32
5.1. Constitution de la population.....	32
5.2. Caractéristiques générales de la population.....	32
5.3. Résultats de la VME.....	34
5.3.1. Réalisation de la VME.....	34
5.3.2. Taux de succès de la VME.....	34

5.4.	Modes d'accouchements.	35
5.4.1.	Présentations à la naissance.....	35
5.4.2.	Accouchements par voie basse.....	35
5.4.3.	Accouchements par césarienne.	36
5.5.	Complications maternelles.	37
5.5.1.	Complications précoces.....	37
5.5.2.	Complications lors de l'accouchement.....	38
5.6.	Issues néonatales.	39
5.6.1.	Cas des pH artériels au cordon inférieurs à 7.....	40
5.6.2.	Prématurité.	41
5.6.3.	Gestes de réanimation et transferts immédiats.....	41
6.	Discussion.	42
6.1.	Limites de l'étude.....	42
6.2.	Succès de la VME.	43
6.3.	Impact de la VME sur les modalités d'accouchement.	43
6.4.	Complications.....	44
6.4.1.	Complications précoces.....	44
6.4.2.	Complications lors de l'accouchement.....	46
6.5.	Issues néonatales.	47
6.6.	Bilan de la VME sur utérus cicatriciel.	51
7.	Conclusion.....	53
8.	Annexes.....	54
	Fiche d'information des patientes, du CNGOF, concernant la VME (version révision 2009)	55
	Tableau de synthèse des séries de la littérature rapportant des cas de VME sur utérus cicatriciel.	57
9.	Références bibliographiques.	58
	RESUME.....	64
	SERMENT	65

2. Introduction.

La présentation du siège à terme concerne 3 à 4% des grossesses. Le choix entre césarienne ou accouchement voie basse est un sujet de controverse persistant. En 2000, le Term Breech Trial d'Hannah ^[1] a marqué un tournant en objectivant une augmentation de la morbi-mortalité périnatale liée à l'accouchement par voie basse. La pratique de la césarienne systématique en cas de siège était alors considérée comme l'option la plus raisonnable. Cette attitude a par la suite été remise en question ^[2-5], notamment par l'essai franco-belge PREMODA ^[6,7] ne retrouvant pas ce sur-risque périnatal associé à la voie basse du siège. Par ailleurs, la césarienne est associée à une augmentation de la morbi-mortalité maternelle ^[8].

Une troisième option s'offre à la prise en charge de la présentation du siège : la version par manœuvres externes (VME).

L'antécédent de césarienne est une contre-indication relative à la réalisation d'une VME, considérée comme à risque, avec la crainte de la rupture utérine. Les cas colligés dans la littérature rapportant cette pratique sont peu nombreux, avec un total de 222 VME réparties sur 7 séries au cours des vingt dernières années ^[9-15].

Nous allons donc nous intéresser à la pratique du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, avec sa politique de proposition systématique de VME, y compris chez les patientes ayant un antécédent de césarienne, cela, depuis plus de vingt ans.

Nous espérons ainsi apporter quelques éléments de réponse concernant le doute sur le risque maternel et périnatal de la VME réalisée sur utérus cicatriciel.

3. Généralités.

3.1. La présentation du siège.

3.1.1. Sa définition.

Egalement dénommée présentation podalique, il s'agit d'une présentation longitudinale dans laquelle le mobile fœtal présente son extrémité pelvienne au détroit supérieur du bassin maternel. Son extrémité céphalique se situe ainsi au niveau du fond utérin.

Classiquement, il existe deux types de présentation du siège :

- le siège complet où les jambes sont fléchies sur les cuisses, elles-mêmes fléchies sur le bassin. Le fœtus semble ainsi assis « en tailleur ».
- le siège décomplété en mode des fesses où les jambes sont totalement en extension sur le tronc, les cuisses étant hyperfléchies sur le bassin, amenant les pieds à hauteur de la tête du fœtus. Il s'agit de la plus fréquente des présentations du siège (environ 2/3 des cas).

Les enquêtes nationales périnatales rapportent un taux de présentations du siège à l'accouchement de 4,7% en 2010, contre 5,4% en 2003, et 4,8% en 1998 sans différence statistiquement significative ^[16,17]. Il s'agit du deuxième type de présentation le plus fréquent après la présentation céphalique.

3.1.2. Ses étiologies.

Selon la loi de Pajot ou loi d'accommodation : "Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant" ^[18].

Au cours des six premiers mois de grossesse, le pôle fœtal le plus important en volume correspond au pôle céphalique. La cavité utérine est piriforme, du fait de la formation du segment inférieur, la partie la plus large de l'utérus correspond au fond utérin. Le fœtus s'y accomode en plaçant dans le fond utérin son pôle le plus volumineux, correspondant à son pôle céphalique au début du troisième trimestre, puis à son siège au fur et à mesure que la

grossesse avance. Cette version est également nommée « culbute physiologique ».

Cette loi peut être prise à défaut, la présentation du siège pouvant persister jusqu'à terme. Les causes en sont diverses, et pas toutes expliquées par un défaut mécanique ^[19].

3.1.2.1. Les causes maternelles.

Les causes maternelles susceptibles d'entraîner une présentation du siège sont dominées par les malformations congénitales ou acquises.

Parmi les malformations congénitales, on a principalement

- l'hypoplasie utérine avec utérus cylindrique, qui s'oppose à la culbute physiologique et favorise le siège décomplété en mode des fesses ;
- les malformations utérines (utérus cloisonné, bicorné, unicomé,...).

Parmi les malformations acquises, on retrouve :

- la multiparité, en raison de l'hypotonie utérine qui ne sollicite qu'imparfaitement l'accommodation ;
- les tumeurs intrinsèques (par exemple les fibromes), déformant la cavité utérine ;
- les tumeurs extrinsèques (par exemple les kystes ovariens) ;
- les rétrécissements transversaux du bassin.

3.1.2.2. Les causes ovulaires.

Parmi les causes ovulaires favorisant une présentation du siège, on retrouve :

- Les anomalies quantitatives du liquide amniotique (oligoamnios ou hydramnios) ;
- Les pathologies du cordon (brièveté de sa portion libre, circulaire du cordon) ;
- Le placenta bas inséré, pouvant créer un obstacle à l'accommodation fœtale.

3.1.2.3. Les causes fœtales.

La prématurité est une cause fréquente de présentation du siège ^[20].

Elle serait expliquée par le fait que la migration du pôle céphalique en bas s'effectue tardivement au cours de la grossesse.

Dans les grossesses multiples, la présentation du siège d'un des deux fœtus est plus fréquente, de l'ordre de 30% ^[19].

Certaines malformations congénitales sont deux à trois fois plus fréquentes chez les fœtus en présentation du siège ^[20]. C'est notamment le cas des anomalies d'un des deux pôles du fœtus ou des pathologie neurologiques, pouvant diminuer les mouvements fœtaux.

3.2. L'utérus cicatriciel.

3.2.1. Sa fréquence et les modes d'accouchements qui y sont liés.

D'après les enquêtes nationales périnatales, le taux de césariennes avait nettement augmenté entre 1998 et 2003, avec un taux passant respectivement de 17,5% à 20,3% ^[17]. Le taux de césarienne n'a par la suite pas augmenté de manière significative entre les enquêtes de 2003 et 2010 (21%) ^[16], ce qui suggère une probable prise de conscience, pour limiter le nombre de césariennes.

Ces taux, relativement hauts, engendrent une augmentation du nombre de femmes ayant un utérus cicatriciel, susceptibles d'avoir plus de complications lors d'une grossesse ultérieure. Ces complications restent cependant exceptionnelles et sont principalement marquées par les anomalies de l'implantation placentaire, la grossesse ectopique sur cicatrice et la rupture utérine.

Les patientes ayant un antécédent de césarienne accouchent par voie basse dans 74 % des cas ^[8], ce taux augmente si elle ont déjà accouché par voie basse, particulièrement après leur césarienne ^[21,22].

Actuellement, le taux de femmes enceintes ayant un antécédent de césarienne est évalué à 10% ^[23].

3.2.2. Les morbidité et mortalité liées à la césarienne.

Selon les données de la littérature, la césarienne programmée est associée à une augmentation de morbi-mortalité maternelle par rapport à la tentative par voie basse ^[8].

- Concernant la mortalité, Deneux-Tharaux ^[24] rapporte une augmentation du risque de décès maternel après césarienne, comparativement à un accouchement par voie basse (OR à 3.64, IC95% [2.15-6.19]).

- Liu ^[25] rapporte une augmentation de la morbidité sévère après césarienne, comparativement à un accouchement par voie basse (2,73% versus 0,9%, soit OR à 3.1, IC95% [3-3,3]).

- Concernant la morbidité périnéale (incontinence urinaire, incontinence fécale ou aux gaz), aucune relation entre fréquence de ces troubles et mode d'accouchement n'a été retrouvée ^[26,27].

- Concernant les grossesses ultérieures, une seconde césarienne programmée en comparaison à une tentative de voie basse chez les patientes porteuses d'un utérus unicatriciel est associée à une augmentation du risque de décès maternel ^[8]. Par ailleurs une seconde césarienne programmée aboutira, dans la majorité des cas, à des césariennes itératives systématiques aux grossesses suivantes. Ces césariennes répétées sont associées à une augmentation de la morbidité maternelle sévère ^[28-36], principalement en rapport avec une augmentation des anomalies de la placentation (placenta prævia et accreta) ^[28-31].

3.2.1. Le risque de rupture utérine.

La rupture utérine est une complication pouvant engager le pronostic vital. Elle est définie comme une solution de continuité atteignant toute l'épaisseur de la paroi utérine, y compris la séreuse. Elle est à différencier de la pré-rupture sous-péritonéale qui est une rupture incomplète (la séreuse n'est pas atteinte), en général asymptomatique.

Le risque de rupture utérine est difficile à estimer dans les études parce que, d'une part des résultats ont été rapportés selon le mode d'accouchement réel et non le mode d'accouchement prévu et, d'autre part, les ruptures anatomiques vraies et les déhiscences ont souvent été confondues ^[8].

Globalement, le risque de rupture utérine chez des femmes ayant un antécédent de césarienne a été estimé à 0,3% ^[37]. Ce risque de rupture utérine est augmenté de façon statistiquement significative lors d'une tentative de voie basse comparée à une césarienne programmée (respectivement 0,47% versus 0,028%, soit un RR de 20,74 avec IC95% [9,77 – 44,02]) ^[37].

D'autres facteurs sont liés à une augmentation du taux de rupture utérine en cas d'utérus cicatriciel ^[38] : le type d'hystérotomie segmentaire transversale et surtout corporéale ^[39,40] ; un antécédent de plusieurs césariennes ^[41] ; l'accouchement après 41 SA ^[42] ; la macrosomie fœtale ^[43] ; l'absence d'accouchement par voie basse après l'antécédent de césarienne ^[44] ; un intervalle entre la césarienne et l'accouchement suivant inférieur à 18 mois ^[45] ; l'induction du travail par prostaglandine ^[46].

3.2.2. Les recommandations actuelles sur la prise en charge d'une patiente ayant un utérus cicatriciel.

Publiées en janvier 2012, les recommandations de l'HAS ^[8] concernant la conduite à tenir chez une patiente ayant un utérus cicatriciel, sont les suivantes :

- L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne programmée (grade C).
- Les comptes-rendus des interventions antérieures sur l'utérus et de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont utiles pour choisir le mode d'accouchement. Cependant, l'absence de ces éléments n'est pas en elle-même une indication à une césarienne programmée (accord d'experts).
- L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie (accord d'experts).
- Une échographie de la cicatrice utérine n'est pas nécessaire (accord d'experts).
- En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse, sauf en cas de cicatrice corporeale (grade C).
- En cas d'antécédent de 3 césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée (grade C).
- Dans les autres situations (utérus bicicatriciel par exemple), le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas (grade C).

L'utilisation de l'analgésie péridurale en cas d'utérus cicatriciel n'est pas contre-indiquée, cela constitue une recommandation de niveau A selon l'ACOG ^[47].

Concernant un éventuel déclenchement artificiel du travail, l'HAS ^[48] et l'ACOG ^[47,49] concluent qu'il est une option raisonnable lorsqu'une indication maternelle ou fœtale est présente. Le risque de rupture utérine qui y est associé doit être discuté avec la patiente. Ce risque est cependant minimisé en n'utilisant pas de prostaglandines.

Dans l'éventualité d'une contre-indication ou d'un refus d'IVB, la césarienne prophylactique est à programmer à partir de 39 SA révolue, du fait de la morbidité respiratoire fœtale associée à la naissance par césarienne avant ce terme ^[8,50,51].

3.3. Les différentes options de prise en charge d'une présentation du siège sur utérus cicatriciel.

Chez une patiente sans utérus cicatriciel ayant un fœtus en présentation du siège, trois options s'offrent à nous, à savoir : la réalisation d'une césarienne itérative ; l'intention de voie basse avec la présentation du siège ; ou bien la version par manœuvres externes (VME) dont l'objectif est d'obtenir une présentation céphalique.

Nous avons vu que l'intention de voie basse chez une patiente ayant un antécédent de césarienne était une option raisonnable, avec toutefois quelques précautions.

A priori les 3 options sus-citées pourraient s'appliquer également chez une patiente ayant à la fois un utérus cicatriciel et une présentation non céphalique. Nous allons discuter chacune de ces options.

Les données de la littérature concernant le cas particulier du siège sur utérus cicatriciel sont rares. Aussi, pour chacune des options, nous évaluerons d'abord le cas de la patiente ayant un fœtus en présentation du siège sans utérus cicatriciel afin de mieux appréhender le cas particulier de la patiente ayant à la fois une présentation du siège et un utérus cicatriciel.

3.3.1. La césarienne itérative.

3.3.1.1. L'étude d'Hannah.

En octobre 2000, alors que la méthode d'accouchement la plus appropriée pour les présentations par le siège restait controversée, Hannah a publié l'étude « Term Breech Trial », afin de déterminer si l'accouchement par césarienne programmée était plus indiqué que l'accouchement par voie basse en cas de présentation par le siège d'une grossesse à terme ^[1].

Il s'agissait d'un essai randomisé multicentrique à laquelle participèrent 26 pays, avec 121 centres au total.

Cette étude concernait 2083 patientes présentant une grossesse unique en présentation du siège, avec deux bras en intention de traiter : césarienne programmée (n=1043) ou intention de voie basse (n=1045). Parmi les patientes assignées à ce dernier groupe, 591 (56,7 %) ont

réellement accouché par voie basse.

Le critère principal comprenait le taux de mortalité périnatale et le taux de morbidité néonatale sévère. La mortalité et la morbidité sévère maternelle constituaient les critères secondaires.

Les auteurs ont rapporté une diminution significative de la mortalité périnatale et de la morbidité néonatale sévère, dans le groupe césarienne programmée (RR de 0,33 avec IC95% [0,19 – 0,56] et $p < 0,0001$), comparé au groupe intention de voie basse.

Il n'a pas été observé de différence significative entre les deux groupes concernant la mortalité ou la morbidité sévère maternelle.

Ces résultats ont eu un impact important sur l'évolution des pratiques au niveau international, et a suscité de très nombreuses réactions, avec plusieurs publications françaises [2-4] et internationales [5] mettant en avant les limites d'interprétation et d'extrapolation des résultats de cette étude. En effet, les critères d'intention de voie basse de l'étude d'Hannah n'étaient pas du tout comparables aux critères admis en France.

C'est pourquoi en 2001, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français a décidé d'engager, en collaboration avec l'INSERM (Unité 149) et la Société Française de Médecine Périnatale, une évaluation prospective de nos pratiques et de leurs conséquences sur la morbidité et la mortalité périnatales en cas de présentation du siège : l'étude PREMODA [6,7] (pour PREsentation et MODE d'Accouchement).

A noter qu'à deux ans du début de l'essai « Term Brech Trial », les conclusions étaient les suivantes : la césarienne planifiée n'est pas associée à une réduction du risque de décès ou de retard de développement neurologique chez les enfants de deux ans [52] avec des suites maternelles identiques dans les deux groupes [27].

3.3.1.2. L'étude PREMODA [6,7].

Réalisée entre le 1er juin 2001 et le 31 décembre 2002, cette étude franco-belge a observé 8108 patientes ayant un fœtus en présentation du siège, prises en charge au sein de 179 maternités. Dans 68,8 % des cas, une césarienne était programmée avant travail [7]. Parmi les 2526 patientes pour qui une voie basse était programmée, 1796 (71,0 %) ont accouché par voie basse. En considérant la mortalité et la morbidité périnatale sévère, selon les critères définis par Hannah, mais en excluant les décès sans rapport avec l'accouchement, cette étude montrait un sur-risque faible et sans signification statistique dans le groupe voie basse

programmée, par rapport au groupe césarienne programmée (OR à 1,40 ; IC95 %[0,89–2,23]). Ces résultats ont été confortés par l'étude rétrospective de Vendittelli ^[53] à partir de la base de données AUDIPOG entre 1994 et 2000, concernant 2095 patientes ayant une présentation du siège. Après prise en compte des facteurs de confusion, il n'a pas été mis en évidence d'augmentation du risque périnatal pour une voie d'accouchement.

Par ailleurs, la morbi-mortalité maternelle associée à la césarienne n'est pas négligeable, comme cela a été développé dans le chapitre traitant de l'utérus cicatriciel.

Au total, la césarienne ne semble pas être l'attitude systématique à avoir face à une présentation du siège.

3.3.1.3. Le cas particulier de la patiente ayant un utérus cicatriciel.

Dans l'étude PREMODA, sur les 8108 patientes ayant une présentation du siège, 963 avaient également un utérus cicatriciel, dont 904 (93,9%) ont eu une intention de césarienne itérative ^[7]. Nous n'avons pas les résultats sur la voie d'accouchement finale. Cependant, cela montre l'attitude préférentielle de la plupart des équipes, considérant à priori que l'AVB est contre-indiquée dans ce cas.

Nous avons malgré tout pu voir que ni l'antécédent de césarienne, ni la présentation du siège ne constituait une indication formelle à la réalisation d'une césarienne itérative.

Nous sommes donc en mesure de se demander si l'association de ces deux critères justifie réellement la réalisation d'une césarienne itérative, au vu de la probable absence de sur-risque périnatal et de l'existence de sur-risque maternel.

3.3.2. L'intention de voie basse du siège.

3.3.2.1. L'accouchement voie basse de la présentation du siège chez la patiente sans utérus cicatriciel.

L'étude PREMODA ^[6] et l'étude de Vendittelli ^[53] ont montré que l'accouchement par voie basse d'un enfant en siège à terme était une pratique obstétricale sûre, dans la mesure où elle était pratiquée dans des maternités habituées à cette technique et respectant des critères stricts d'acceptabilité de l'intention de voie basse.

La plupart des grandes instances internationales concluent que l'intention de voie basse chez une patiente ayant un fœtus en présentation du siège, informée et désireuse d'accoucher par voie basse est une option raisonnable, lorsque les critères d'acceptabilité sont présents ^[54-56].

Concernant ces critères d'acceptabilité de la voie basse pour le siège, d'après les dernières recommandations de l'HAS ^[8] il faut réunir :

- la confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales,
- l'absence de déflexion de la tête fœtale,
- la coopération de la patiente.

L'évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse définis ci-dessus doit être réalisée, avant toute décision de césarienne programmée (grade C).

Ils concluent également que « pour toutes les autres situations, le choix entre la césarienne et la voie basse est à discuter au cas par cas » (grade C). C'est à priori le cas de l'association siège et utérus cicatriciel.

3.3.2.2. Le cas particulier de la patiente ayant un utérus cicatriciel.

Comme nous venons de le voir, l'association présentation du siège sur utérus cicatriciel ne constitue à priori pas une contre-indication à l'accouchement par voie basse.

Actuellement, nous n'avons que très peu d'informations sur le nombre de patientes présentant à la fois une présentation du siège et un utérus cicatriciel qui accouchent par voie basse, ou chez qui une intention de voie basse est proposée. Notons que dans l'étude PREMODA, sur les 963 patientes ayant un utérus cicatriciel ainsi qu'une présentation du siège, seulement 59

patientes (6,1%) ont eu une intention de voie basse ^[7]. Nous n'avons cependant pas de donnée concernant plus particulièrement l'issue de ces grossesses car celles-ci sont incluses au sein des données globales.

L'accouchement par voie basse du siège sur utérus cicatriciel a été peu étudié, ou du moins peu publié.

Trois études rétrospectives, publiées entre 1989 et 1990 rapportent cette attitude, avec un total de 294 patientes ^[57-59]. Les taux d'intentions de voies basses variaient de 19,7% (27/137) ^[58] à 66,2% (47/71), parmi lesquels l'accouchement par voie basse a été respectivement obtenu chez 48% (13/27) et 79% (37/47) des patientes ^[57]. Par rapport aux effectifs initiaux, cela fait un taux de voie basse final compris entre 9,5% ^[58] et 52% ^[57].

Aucune complication maternelle ou néonatale particulière n'a été rapportée.

Ces études, rares et de faibles effectifs ne permettent pas de conclure sur l'innocuité, notamment périnatale de cette attitude.

Par ailleurs, l'HAS concluait de proposer à la patiente une version par manœuvres externes, en cas de siège et d'indication de césarienne programmée ^[8].

Cela nous amène à considérer notre troisième option.

3.3.3. La VME sur utérus cicatriciel.

Comme nous l'avons vu, l'accouchement de la présentation du siège par voie basse nécessite de répondre à certains critères d'acceptabilité. Un certain nombre de patientes ne remplissant pas ces critères n'auront alors pas accès à un accouchement par voie basse. De même que les patientes prises en charge par des équipes ayant une politique de césarienne systématique en cas de présentation du siège.

La version par manœuvres externes, visant à transformer une présentation dystocique, le plus souvent présentation du siège en présentation céphalique permet de passer outre ces deux obstacles potentiels à la proposition de voie basse.

3.3.3.1. L'efficacité de la VME.

Le taux de succès de la VME est en moyenne de 58%, avec une hétérogénéité très importante des séries, le taux variant entre 16% et 100% ^[60].

Certains facteurs sont plus ou moins prédictifs de succès de la VME.

3.3.3.1.1. Les facteurs intrinsèques de succès de la VME.

- L'efficacité de la VME semble liée à l'âge gestationnel.

Dans une étude multicentrique randomisée concernant 1534 patientes, Hutton a comparé l'efficacité de la VME réalisée entre 34 et 36 SA, à celle réalisée après 37 SA ^[61]. Il y avait significativement moins de fœtus en présentation du siège à la naissance dans le groupe VME « précoce », comparé au groupe VME « tardive » (41,1% versus 49,1%, RR de 0,84 avec un IC95% [0,75 - 0,94], p=0,002). Il n'y avait pas de différence significative dans les taux de césariennes (respectivement 52% versus 56%, RR 0,93 avec IC95% [0,85 - 1,02], p=0,12). Concernant le risque d'accouchement prématuré, il y avait une tendance, mais non significative, à l'augmentation du risque pour le groupe VME « précoce » (6,5% versus 4,4%, RR 1.48, IC95% [0,97 - 2,26], p= 0,07).

- La multiparité est un facteur prédictif de succès de VME ^[62-67].
- D'autres facteurs semblent également être prédictifs de succès de VME, mais de façon moins évidente, comme:
 - la présentation du siège complet ^[66-69],
 - la localisation postérieure du placenta ^[66-68],
 - une quantité importante de liquide amniotique (index amniotique supérieur à 10 ou 12 cm selon les études) ^[67-69],
 - une épaisseur myométriale fundique supérieur à 6,75mm ^[69] (l'auteur conclue que la combinaison de ce facteur avec un IA supérieur à 12 cm entraine une réduction de risque absolu d'échec de VME de 27,2%),
 - un poids maternel « normal » ^[62,65].

- Il est important de noter que le taux de césariennes en cours de travail est plus important en cas de présentations céphaliques obtenue après VME, comparé aux présentations spontanément céphaliques ^[70,71].

Au total, la VME bien que permettant une réduction du nombre de présentations du siège à terme semble n'avoir qu'un faible impact sur la diminution du taux de césarienne. Ceci est particulièrement vrai pour les patientes nullipares.

3.3.3.1.2. Les facteurs extrinsèques de succès de la VME.

L'utilisation de tocolytiques, notamment de bêtamimétique est directement associé au succès de la VME, comme le montre Cluver dans sa récente méta-analyse ^[72]. Il retrouve en effet une augmentation du taux de présentations céphaliques pendant le travail (RR moyen 1,32, IC 95% [1,03 – 1,85]) et une diminution du taux de césarienne (RR moyen 0,82, IC 95% [0,71 – 0,94]). Cependant, il ne retrouve pas de différence de succès, en considérant les patientes nullipares ou multipares.

Toujours dans la même méta-analyse, l'utilisation d'une analgésie locorégionale associée à des tocolytiques est associée à une augmentation du taux de succès de la VME (RR moyen 0,67, IC95% [0,51 – 0,89]), mais sans différence significative sur le taux de présentations céphaliques pendant le travail, ni sur le taux de césariennes.

L'auteur conclut par ailleurs qu'il n'existe pas assez de données concernant l'utilisation de la stimulation vibro-acoustique ou l'amnio-infusion.

3.3.3.2. Les complications de la VME.

Grootscholten, dans une méta-analyse de 84 études concernant 12 955 tentatives de VME retrouve un taux de complications sérieuses (mort fœtal et décollement placentaire) de 0,24% et un taux de césariennes en urgence dans les suites immédiates de la VME de 0,35% ^[60]. Il note par ailleurs que le taux de complications n'est pas lié au succès ou à l'échec de la VME.

Dans une revue de la littérature comparant des patientes ayant eu une VME avec des patientes n'en ayant pas eu, Nassar ne relève pas de taux de complications maternelles ou néonatales significativement plus important après version, mais souligne le faible nombre d'études correctement menées sur cette question ^[63].

3.3.3.3. Le cas particulier de la patiente ayant un utérus cicatriciel.

Chez une femme ayant un utérus cicatriciel, pratiquer une VME permettrait alors de se retrouver dans la situation classique d'une patiente ayant une présentation céphalique sur utérus cicatriciel, dont on a vu que l'intention de voie basse était raisonnable.

La principale question est : est-ce que la VME sur utérus cicatriciel présente un danger pour le futur nouveau-né ou pour la mère ?

Nous ne retrouvons pas de réponse, certaines grandes instances d'obstétrique contre-indiquent cette attitude, comme le NICE ^[73] (National Institute for Health and Clinical Excellence), mais la plupart ne se prononcent pas, comme l'ACOG ^[54] (American College of Obstetricians and Gynaecologists) ou le RCOG ^[55] (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists).

Une des principales raisons de ce manque de positionnement est le manque d'études sur le sujet. En effet, nous en avons répertorié 7 ^[9-15] (cf. tableau de synthèse à l'Annexe n°2).

Il s'agit d'études rétrospectives avec de petits effectifs, allant de 11 ^[12] à 56 cas ^[13], avec un total de 222 cas. Le taux de succès de la VME était compris entre 50% ^[15] et 100% ^[12] (il s'agit de la série de 11 patientes). Le taux de succès global étant de 71,6%. Le taux d'accouchement par voie basse global était compris entre 50% ^[10] et 64% ^[14].

Aucun cas de rupture utérine ou de morbidité maternelle grave n'a été rapporté, et il n'y aurait eu qu'une seule césarienne en urgence réalisée à la suite de la VME pour anomalie du rythme cardiaque fœtal persistant.

Ces éléments sont donc plutôt rassurants et les auteurs concluent que la VME doit être proposée à toute patiente ayant un utérus cicatriciel et désireuse d'accoucher par voie basse.

Cependant, ces données restent insuffisantes pour conclure à l'innocuité de la VME sur utérus cicatriciel.

De plus, il s'agit d'une addition de petites séries, avec des patientes possiblement sélectionnées et une politique de réalisation de VME sur utérus cicatriciel probablement non systématique.

3.4. La version par manœuvres externes.

Nous l'avons vu, l'accouchement du siège reste sujet à controverse. L'intention de voie basse sous-entend de répondre à des critères de sélection stricts, laissant ainsi une place importante à la césarienne. Une solution est de réaliser une version par manœuvres externes (VME), qui consiste à passer d'une présentation du siège ou transversale à une présentation céphalique, par action manuelle sur l'abdomen maternel.

3.4.1. La technique de la VME.

La patiente doit avoir reçu une information complète sur les risques et les avantages de la VME et avoir donné son accord. Cette information est donnée oralement, en complément de la fiche d'information du CNGOF (cf. Annexe n°1).

Elle doit avoir eu une consultation d'anesthésie et être à jeun.

La VME doit être réalisée au bloc obstétrical, à proximité d'une salle d'opération libre, dans l'éventualité de réaliser une césarienne en urgence en cas de nécessité.

La tocolyse utilisée est l'administration de bêtamimétiques par voie rectale (suppositoires de Salbutamol®), après vérification de l'absence de contre-indication (diabète, anomalie thyroïdienne, pathologie cardiaque).

3.4.1.1. Préalablement à la VME.

La vessie doit être vidée. Un examen clinique recherche le type de présentation par rapport au détroit supérieur.

Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal est réalisé pendant 30 minutes et pendant la préparation tocolytique.

Une échographie est pratiquée, permettant de préciser la présentation du fœtus (présentation du siège complet, décompleté, présentation transverse) le côté du dos, la localisation placentaire exacte et d'éliminer une circulation du cordon.

La patiente est habituellement en décubitus dorsal. Le relâchement abdominal doit être total.

3.4.1.2. La manœuvre elle-même.

Le premier temps consiste à remonter le siège avec le bord cubital de la main et à le refouler vers le côté où se trouve le dos fœtal. En cas de siège fixé, la mise en position de Trendelenburg associée à un toucher vaginal prudent permettent le refoulement de la présentation.

Une fois le siège refoulé et maintenu dans cette position, l'autre main repère la tête fœtale pour la fléchir vers la face ventrale du fœtus puis l'abaisser, tandis que le siège est toujours poussé vers le haut. Une fois le franchissement du diamètre transverse par les deux extrémités fœtales effectué, il reste à orienter la tête vers le détroit supérieur.

L'ensemble de ces étapes est effectué sous contrôle échographique, permettant d'objectiver le bon déroulement de la version, ainsi qu'un ralentissement du RCF.

Lorsque la version dans ce sens de rotation classique est impossible, un essai doit être fait dans l'autre sens (en refoulant le siège vers le ventre fœtal, puis en abaissant la tête du côté du dos fœtal). En cas d'échec, il est préférable de ne pas insister et de convoquer de nouveau la patiente quelques jours plus tard, pour une deuxième tentative.

3.4.1.3. Surveillance après la tentative de VME.

Le RCF est enregistré pendant 120 minutes après toute tentative de VME, quel qu'en ait été son résultat. Une diminution des oscillations et de la réactivité est classique. Par contre une bradycardie permanente sévère est exceptionnelle, elle peut être une indication à replacer le fœtus dans sa position initiale ou à l'extraire en urgence par césarienne si l'anomalie persiste. Chez les patientes à Rhésus négatif, il est réalisé un prélèvement sanguin pour recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) et test de Kleihauer, avec une injection d'immunoglobulines anti-D si elle n'en a jamais reçu ou si les RAI sont négatifs.

En cas de succès de la version, la patiente est convoquée de nouveau la semaine suivante pour un examen clinique, un enregistrement du RCF et un échographie afin de vérifier la présentation et de s'assurer du bien-être fœtal.

La répétition des tentatives de VME à quelques jours d'intervalle est classique, n'excédant cependant pas 3 tentatives.

3.4.2. La satisfaction des patientes.

L'essai « *External Cephalic Version 2* », réalisé dans 68 centres répartis dans 21 pays a concerné 1458 patientes ^[74]. Elles ont toutes eu une VME soit précocement entre 34SA et 35SA+6J, soit plus tardivement à partir de 37SA, le choix étant effectué par randomisation. Elles ont ensuite répondu à un questionnaire au cours du post-partum, portant notamment sur la perception de la VME, la satisfaction, la préférence par rapport au moment de sa réalisation.

Ils concluaient que les patientes étaient satisfaites de la pratique de VME et que sa réalisation précoce était préférée, étant perçue comme plus physiologique et plus pratique.

4. Population et méthodes.

4.1. Population étudiée.

Il s'agit d'une étude observationnelle sur la version par manœuvres externes réalisée chez les patientes ayant un antécédent de césarienne, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, entre le 1^{er} janvier 1990 et le 31 décembre 2011.

La politique de VME y est de longue date instaurée et proposée de principe à toute patiente ayant une présentation non céphalique (concernant donc les présentations du siège et les présentations transverses) sur grossesse monofœtale à 35 SA, y compris en cas d'antécédent de césarienne ^[75]. Elle est réalisée par l'obstétricien en charge de la salle d'accouchement. Cette attitude permet ainsi d'alléger la procédure de VME et de permettre sa réalisation à tout moment, permettant l'inclusion du maximum de patientes.

4.1.1. Critères d'inclusion.

Tous les dossiers de patientes présentant une grossesse monofœtale, avec antécédent d'une ou deux césariennes et réalisation d'une VME au-delà de 35 SA pour présentation non céphalique, ont été considérés.

4.1.2. Critères de non inclusion.

Les critères de non inclusion étaient les suivant :

- les patientes ayant un utérus cicatriciel en rapport avec une chirurgie de l'utérus et n'ayant jamais eu de césarienne,
- les patientes ayant eu plus de 2 césariennes,
- les patientes ayant une indication de césarienne par rapport à une pathologie maternelle ou fœtale, ou ayant une contre-indication à l'intention de voie basse.
- les patientes ayant refusé la VME,
- les grossesses inférieure à 35 SA,
- les grossesses multiples,
- les morts fœtales in utéro.

4.2. Recueil de données.

4.2.1. Méthodologie du recueil de données.

4.2.1.1. Constitution de la population.

La constitution de la population a été effectuée grâce aux données médicales informatisées. Nous avons croisé plusieurs listes : celle des patientes ayant un antécédent de césarienne et celles des patientes ayant eu une VME ou une présentation du siège ou une présentation transverse à la naissance.

4.2.1.2. Recueil de données.

Les dossiers médicaux de chaque patiente ont été étudiés. A noter que trois patientes ont eu deux grossesses avec VME et antécédent de césarienne. Les deux grossesses ont donc été incluses séparément, pour chacune de ces patientes.

4.3. Méthodologie d'analyse statistique.

Une base de données informatiques a été effectuée sur tableur Excel 2011.

Les variables quantitatives sont décrites avec la moyenne, l'écart-type et les minimum et maximum. Les variables nominales sont décrites avec les fréquences de chacune des classes.

Les données ont été analysées avec le logiciel Stateview 5.0, en utilisant le test t de Student pour les variables numériques et le test de χ^2 ou le test exact de Fisher pour les variables nominales. La significativité été fixée pour une valeur de $p < 0,05$.

5. Résultats.

5.1. Constitution de la population.

Pendant la période d'étude, le nombre d'accouchements de fœtus vivants à un terme supérieur ou égal à 35 SA chez une patiente ayant un utérus cicatriciel a été de 3140, parmi lesquelles 124 ont eu une VME.

En plus de ces 124 patientes, 12 ont eu une VME réalisée avant 35 SA révolues, en raison soit d'un terme imprécis, soit d'une suspicion de début de travail faisant anticiper la VME, soit d'une préférence de la patiente du fait d'une indisponibilité dans les jours suivants, soit d'une attitude par l'équipe obstétricale pour des grossesses datant des années 1990. Nous avons choisi de les inclure au même titre que les autres, amenant notre effectif à 136 patientes.

Soixante-trois patientes avaient une présentation non céphalique à l'accouchement et n'avaient pas eu de VME, soit par refus, soit par présence d'un critère d'exclusion (utérus multicicatriciel, malformation utérine sévère, antécédent de rupture utérine, placenta praevia recouvrant, infection VIH, contre-indication à l'accouchement par voie basse).

5.2. Caractéristiques générales de la population.

Les caractéristiques générales de la population sont représentées dans le Tableau 1.

L'âge moyen était de 31,5 ans +/- 4,4 ans, avec un âge minimum de 20 ans et maximum de 43 ans.

L'IMC moyen était de 23,9 kg/m² +/- 5,5 kg/m², avec un IMC minimum de 13,9 kg/m² et maximum de 49,6 kg/m².

La gestité moyenne était de 3,1 +/- 1,2, avec une gestité minimale de 2 et maximale de 7. La médiane était de 3 et la majorité des patientes (43,4%) était deuxième geste.

La parité moyenne était de 1,5 +/- 0,8, avec un minimum de 1 et un maximum de 5. La majorité des patientes (62,5%) n'avait eu qu'une seule grossesse antérieurement.

Seules 6 patientes (4,4%) avaient un antécédent de deux césariennes, les autres n'en avaient eu qu'une seule.

Tableau 1. Caractéristiques générales de la population étudiée (n=136).

Caractéristiques	N (%)	Caractéristiques	N (%)
Âge (années)	31,5 +/- 4,4*	VME	
20-24	7 (5,1%)	<i>1^{ère} tentative</i>	136 (100%)
25-29	43 (31,6%)	âge gestationnel	36SA+2J +/- 1SA+4J*
30-34	50 (36,8%)	succès	60 (44,1%)
35-40	32 (23,5%)	échec	76 (55,9%)
≥40	4 (2,9%)	<i>2^{ème} tentative</i>	52 (38,2%)
Taille (m)	160,8 +/- 6,1*	âge gestationnel	36SA+5J +/- 1SA+4J*
Poids (kg)	61,9 +/- 14,8*	succès	18 (34,6%)
IMC (kg/m2)	23,9 +/- 5,5*	échec	34 (65,4%)
<18,5	9 (6,6%)	<i>3^{ème} tentative</i>	13 (9,6%)
18,5-24,9	88 (64,7%)	âge gestationnel	37SA+2J +/- 1SA+1J*
25-29,9	20 (14,7%)	succès	3 (23,1%)
≥30	19 (14%)	échec	10 (76,9%)
Gestité	3,1 +/- 1,2*	Âge gestationnel	
2	59 (43,4%)	min / max	34SA / 41SA+3J
3	32 (23,5%)	Délais VME-Naissance	2SA+4J +/- 2SA *
≥4	45 (33,1%)	min / max	0SA / 8SA
Parité	1,5 +/- 0,8*	VME pendant travail	
1	85 (62,5%)	<i>Total</i>	11 (8,1%)
2	36 (26,5%)	succès	6 (54,5%)
3	11 (8,1%)	échec	5 (45,5%)
≥4	4 (2,9%)	Sexe NN	
Césariennes antérieures :		féminin	63 (46,3%)
1	130 (95,6%)	masculin	73 (53,7%)
2	6 (4,4%)	Mode d'accouchement	
AVB avant césarienne :		<i>AVB</i>	52 (38,2%)
0	122 (89,7%)	spontané	38 (73,1%)
1	8 (5,9%)	non spontané	14 (26,9%)
2	5 (3,7%)	<i>Césariennes</i>	84 (61,8%)
≥3	1 (0,7%)	avant travail	50 (59,5%)
AVB après césarienne :		pendant travail	34 (40,5%)
0	105 (77,2%)	Anesthésie/Analgésie	
1	26 (19,1%)	anesthésie générale	12 (9,6%)
2	5 (3,7%)	anesthésie péridurale	31 (24,8%)
Position Placentaire :		rachianesthésie	43 (33,6%)
antérieur	53 (39%)	analgésie péridurale	40 (32%)
postérieur	42 (30,9%)	Présentation naissance	
fundique	38 (27,9%)	céphalique	72 (52,9%)
autre	3 (2,2%)	siège complet	23 (16,9%)
Quantité LA :		siège décompleté	34 (25,1%)
normal	126 (92,6%)	transverse	7 (5,1%)
oligoamnios	6 (4,4%)		
hydramnios	4 (2,9%)		

* exprimé en moyenne +/- écart-type

Quatorze patientes (10,3%) avaient eu au moins un accouchement par voie basse avant la césarienne, et 31 patientes (22,8%) en avait eu un au moins un après.

La majorité des patientes (39%) avait un placenta antérieur. Le reste des patientes avait de manière à peu près équivalente un placenta soit postérieur, soit fundique.

Seule 10 patientes (7,3%) avaient une anomalie de la quantité de liquide amniotique, parmi lesquelles 6 avaient un oligoamnios et 4 un hydramnios.

5.3. Résultats de la VME.

5.3.1. Réalisation de la VME.

La première tentative de VME a été réalisée en moyenne à 36 SA + 2 J +/- 1 SA + 4 J, avec un terme minimum de 34 SA et un maximum de 41 SA + 3 J. Douze patientes (8,8%) ont eu une première tentative de VME réalisée hors protocole, avant 35 SA.

Cinquante-deux patientes (38,2%) ont eu une deuxième tentative de VME, et 13 patientes (9,6%), une troisième.

Le délai moyen entre la dernière VME réalisée et l'accouchement était de 2SA + 4J +/- 2 SA, avec un minimum de 0 et un maximum de 8 SA.

Onze patientes (8,1%) ont eu une VME réalisée en cours de travail.

5.3.2. Taux de succès de la VME.

La VME a été un succès pour 71 patientes (52,2%), correspondant au taux de succès global, défini de la façon suivante : une version est considérée comme réussie lorsque la présentation est céphalique au décours d'une ou plusieurs tentatives de VME.

La pratique de tentatives itératives a permis 44,1% de succès à la première tentative, et respectivement 34,6% et 23,1% de succès aux deuxième et troisième tentatives.

Au décours du succès de la première tentative, un reversion en siège a été constaté chez 10 patientes (14,1%), dont 9 ont eu une deuxième tentative (avec 8 succès).

Au décours de l'ensemble des tentatives de VME, parmi les succès, une reversion en présentation du siège a eu lieu chez 2 patientes (2,8%). Parmi les échecs, une version spontanée en présentation céphalique a eu lieu chez 3 patientes (4,6%).

5.4. Modes d'accouchements.

La Figure 1 illustre sous forme de diagramme les différents modes d'accouchement de l'ensemble des patientes selon le résultat de la VME.

5.4.1. Présentations à la naissance.

Soixante-douze patientes (52,9%) ont accouché d'un fœtus en présentation céphalique, correspondant aux 71 cas de succès de VME, avec soustraction des 2 reversions en présentation de siège et addition des 3 versions spontanées en présentation céphalique.

Cinquante-sept patientes (42%) ont accouché d'un fœtus en présentation du siège, dont 23 sièges complets et 34 sièges décomplétés.

On compte 7 présentations transverses (5,1%) à la naissance.

5.4.2. Accouchements par voie basse.

Au total, on compte 52 accouchements par voie basse (38,2%), parmi lesquels 14 (26,9%) ont nécessité une instrumentation ou une manœuvre obstétricale à l'extraction.

Le terme moyen d'accouchement par voie basse est de 39 SA + 6 J.

Parmi 71 VME réussies, il y a eu 43 AVB (60,6%), avec 35 (81,4%) accouchements spontanés (dont 6 déclenchements artificiels du travail) et 8 (18,6%) accouchements ayant nécessité une aide instrumentale à l'extraction (étiologies détaillées dans le diagramme de la Figure 1).

Parmi les 65 VME échouées, il y a eu 9 AVB (13,8%), avec 3 accouchements spontanés dont 2 présentations du siège et une présentation céphalique (version spontanée), et 6

accouchements ayant nécessité une manœuvre obstétricale (petite extraction du siège, manœuvre de Bracht, de Mauriceau, de Lovset).

5.4.3. Accouchements par césarienne.

Au total, on compte 84 césariennes (61,8%), parmi lesquels 27 (32,1%) césariennes en urgence dont 24 (88,9%) dans le groupe succès de VME (étiologies détaillées dans le diagramme de la Figure 1) et 3 (11,1%) dans le groupe VME échouée (1 ARCF et 2 stagnations).

Il y a eu 57 césariennes itératives (67,9%), dont 53 (93%) dans le groupe VME échouées et 4 (7%) dans le groupe succès de VME (2 césariennes pour présentation du siège après reversion et 2 césariennes pour dépassement de terme sur présentation céphalique).

Le siège constitue l'indication majoritaire de césariennes itératives (46,4%).

Le terme moyen d'accouchement par césarienne est de 39 SA :

- 38 SA + 4 J pour les césariennes itératives,
- 40 SA pour les césariennes en urgences.

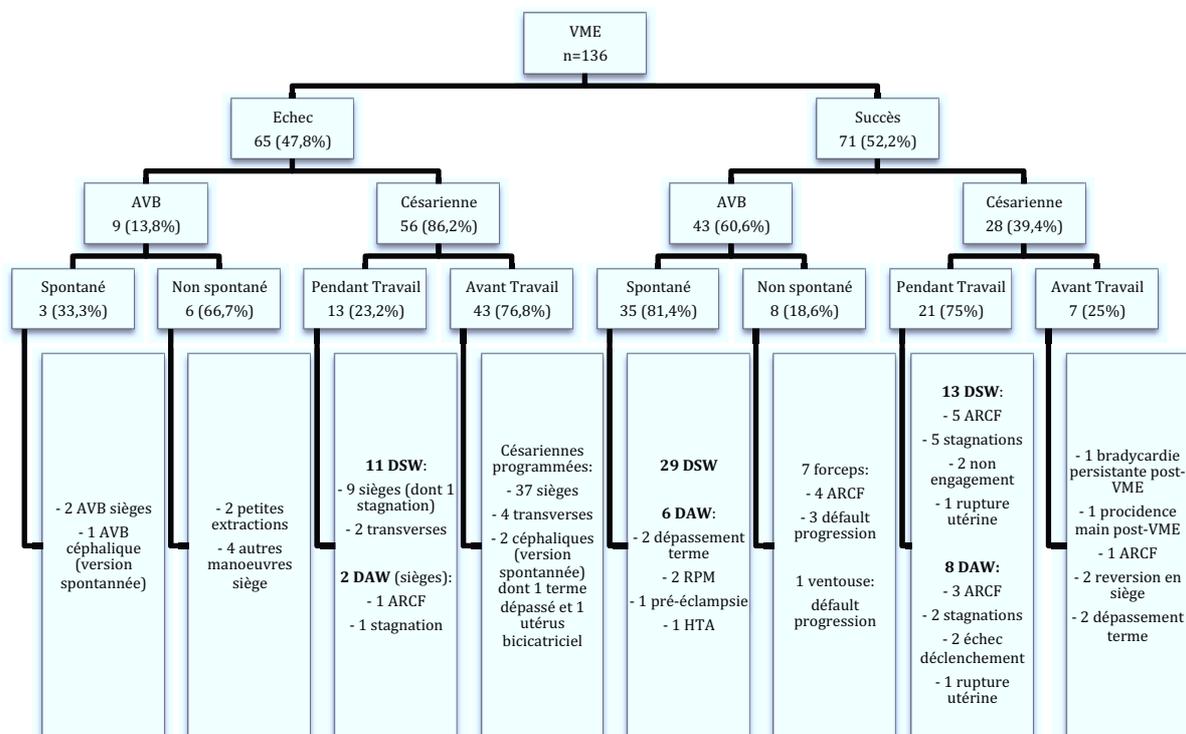


Figure 1. Diagramme des modes et caractéristiques générales d'accouchements en fonction du résultat de la VME. (n=136).

5.5. Complications maternelles.

5.5.1. Complications précoces.

Nous avons considéré comme complications précoces, tout incident ou complication modifiant le cours de la grossesse survenant au décours immédiat de la VME ou dans les 3 jours suivants.

Sept patientes (5,1%) sont concernées, dont 3 dans les suites d'un succès de la VME et 4 dans les suites d'un échec.

Le détail de ces complications est repris dans le Tableau 2.

Tableau 2. Détails des cas de complications précoces de la VME (n=7).

Complications (Antécédents) Circonstances	Âge gesta. VME Résultat VME	Âge gesta. lors accouchement pH artériel au cordon	Mode d'accouchement Présentation
Procidence main (G4P2, 1 AVB après césarienne. Utérus bicorne). RPM à J3 d'une 1 ^{ère} VME. 2 ^{ème} VME puis procidence de la main et ARCF.	35SA+6J succès	35SA+6J pH : 7,28	Césarienne urgence main/céphalique
Bradycardie persistante (G2P1). 1 ^{ère} VME puis bradycardie persistante.	37SA+5J échec	37SA+5J pH : 7,24	Césarienne urgence siège
Pré-rupture utérine J0 (G3P1). DSW, avait eu 2 échecs de VME. 3 ^{ème} VME pendant travail, succès. ARCF à 9cm de dilatation.	3 ^{ème} : 40SA+3J (en travail) succès	40SA+3J pH : 6,82	Césarienne urgence céphalique
DSW J0 (G4P3, 2 AVB après césarienne, Alcoolisme). Alcoolisme pendant la grossesse, RCIU. oligoamnios. 1 ^{ère} tentative VME, DSW quelques heures plus tard.	38SA échec	38SA+1J pH : 7,28	AVB siège
DSW J0 (G2P1). Patiente arrive avec quelques CU, pas de modification cervicale, découverte siège, 1 ^{ère} tentative VME, RSM quelques heures après.	40SA+2J succès	40SA+2J pH : 7,27	Césarienne urgence (ARCF à 10cm) céphalique
RPM J0 (G2P1, Utérus bicorne) 1 ^{ère} tentative VME sur utérus bicorne, RPM quelques heures après.	36SA+1J échec	36SA+2J pH : 7,31	Césarienne itérative siège
DSW J1 (G3P2, 1 AVB après césarienne) 1 ^{ère} tentative VME, puis consulte à J1 pour DSW.	37SA échec	37SA+1J pH : 7,37	Césarienne siège

5.5.2. Complications lors de l'accouchement.

Nous avons considéré les complications survenant au cours du travail, de l'expulsion ou de la délivrance, particulièrement les cas d'hémorragie de la délivrance, de transfusions, de rupture ou de pré-rupture utérine.

Sept patientes (5,1%) sont concernées, dont 4 dans les suites d'un succès de la VME et 3 dans les suites d'un échec. Six patientes ont accouché par césarienne, une par voie basse.

Le détail de ces complications est résumé dans le Tableau 3.

Tableau 3. Détails des complications maternelles lors de l'accouchement (n=7).

Complications (Antécédents) Circonstances	Âge gesta. dernière VME Résultat VME	Âge gesta. lors accouchement pH artériel au cordon	Mode d'accouchement Présentation
Rupture utérine. Hystérectomie. Hémorragie 3000mL. Transfusion 4 CG. (G5P3 avec 2 AVB avant césarienne). Thrombopénie gestationnelle > 100 000 plaquettes. DAW pour terme dépassé. ARCF à 5cm de dilatation.	41SA (2 ^{ème}) succès	41SA+5J pH : 6,75	Césarienne urgence céphalique
Pré-rupture utérine. (G3P1). DSW, 3 ^{ème} VME en cours de travail. ARCF à 9cm.	40SA+3J (3 ^{ème}) succès	40SA+3J pH : 6,82	Césarienne urgence céphalique
Hémorragie 1800mL. Transfusion 4 CG Plaie vésicale. (G3P1). DSW, non engagement à dilatation complète.	40SA (2 ^{ème}) succès	41SA+2J pH : 7,24	Césarienne urgence céphalique
Hémorragie >1000mL. (G2P1). Mastoidite aiguë, indication de césarienne pour prise en charge ORL maternelle.	37SA+6J (1 ^{ère}) échec	37SA+6J pH : 7,23	Césarienne itérative siège
Hémorragie >1000mL. Transfusion 3 CG. (G2P1, Utérus bicorne, bicervical, résection cloison vaginale, syndrome Sheehan). RPM quelques heures après VME.	36SA+1J échec	36SA+2J pH : 7,31	Césarienne itérative siège
Hémorragie 1200mL. (G2P1). Césarienne programmée car échec VME.	39SA (2 ^{ème}) échec	39SA pH : 7,05	Césarienne itérative siège
Hémorragie 1000mL. (G2P1, laparotomie pour endométriose). DSW, hyperthermie pendant le travail, extraction par forceps de Suzor pour non progression partie moyenne.	35SA (1 ^{ère}) succès	41SA pH : 7,22	AVB céphalique

5.6. Issues néonatales.

Les caractéristiques générales selon le résultat de la VME sont résumées dans le Tableau 4, en fonction du succès ou de l'échec de la VME.

Tableau 4. Issues néonatales, selon le résultat de la VME (n=136).

Caractéristiques	Total N (%)	Succès N	Echec N	P
Âge gestationnel naissance (SA)	39SA + 2J	40 SA	38SA + 5J	<0,001
	+/- 1SA +4J*	+/- 1SA + 4J*	+/- 1SA + 3J*	
35 – 35+6J	5 (3,7%)	3	2	0,89 (NS)
36 – 36+6J	5 (3,7%)	2	3	
≥37	126 (92,6%)	66	60	
Poids naissance (g)	3206 +/- 533*	3344 +/- 474*	3056 +/- 557*	0,002
pH	7,25 +/- 0,12*	7,23 +/- 0,14*	7,26 +/- 0,09*	0,15 (NS)
≤7,10	13 (9,6%)	8	5	0,57 (NS)
≤7,00	6 (4,4%)	6	0	0,03
Score d'Apgar 5 minutes				
<7	1 (0,7%)	0	1	0,94 (NS)
≥7	135 (99,3%)	71	64	
Gestes réanimation	13 (9,6%)	8	5	0,56 (NS)
Transferts				
total	17 (12,5%)	12	5	0,12 (NS)
réanimation	10 (7,4%)	7	3	0,33(NS)
néonatalogie	7 (5,1%)	5	2	0,44 (NS)

*exprimé en moyenne +/- écart-type

Entre les groupes succès et échec de VME, nous notons qu'il existe une différence significative concernant la moyenne de l'âge gestationnel et la moyenne du poids de naissance. Les patientes accouchent en moyenne plus tôt et de nouveau-nés de plus faible poids, dans le groupe échec de VME. Ceci s'explique simplement par le fait que les patientes ayant eu un échec de VME accouchent pour la grande majorité par césarienne (86,2%), dont 53 sont itératives avec un âge gestationnel moyen de 38 SA + 4 J. On ne note par ailleurs pas plus de prématurité dans un groupe particulier. Cependant, tous les nouveau-nés ayant un pH inférieur à 7 sont dans le groupe succès de VME (cf. Tableau 5).

Pour ce qui est du cas de l'enfant ayant un score d'Apgar < 7 à 5 minutes, il s'agissait d'une patiente G4P3 (2 AVB après sa césarienne) avec alcoolisme avant et pendant la grossesse. Celle-ci est marquée par un RCIU et un oligoamnios. A eu une VME à 38 SA et DSW le lendemain. A la naissance, hypotrophie avec un poids de 1750g, Apgar 0/6, pH à 7,28, transféré en réanimation pour hypotrophie et détresse respiratoire. Nous sommes vraisemblablement face à un syndrome d'alcoolisation fœtale.

5.6.1. Cas des pH artériels au cordon inférieurs à 7.

Les caractéristiques de ces 6 cas (4,4%) d'hypoxie néonatale sévère sont détaillées dans le Tableau 5, parmi lesquels on note particulièrement une rupture utérine.

Tableau 5. Détails des caractéristiques des cas de pH artériel au cordon < 7, classés par ordre chronologique. (n=6)

Valeur pH Année Circonstances	Âge gesta. VME Résultat VME	Âge gesta. lors accouchement Poids Apgar (1/5 minutes)	Mode d'accouchement Présentation Remarque	Gestes réanimation Transfert immédiat
6,92 1994 DSW	1 ^{ère} : 35SA+3J échec 2 ^{ème} : 36SA+2J succès	41SA+1J 3530g 1 / 10	AVB Forceps Suzor pour ARCF céphalique	oui transfert néonatalogie pour détresse respiratoire
6,82 1998 DSW, avait eu 2 échecs de VME. 3 ^{ème} VME pendant travail, succès. ARCF à 9cm de dilatation.	1 ^{ère} : 37SA+4J échec 2 ^{ème} : 38SA+3J échec 3 ^{ème} : 40SA+3J (en travail) succès	40SA+3J 3160g 5 / 10	Césarienne urgence ARCF céphalique Pré-rupture utérine.	oui transfert réanimation pour évaluation neurologique
6,97 2002 DAW pour Pré- éclampsie.	35SA+1J succès	38SA+1J 2660g 8 / 10	Césarienne urgence ARCF céphalique	oui pas de transfert
6,98 2002 DAW pour diabète insulinodépendant.	36SA+3J succès	38SA 4340g 8 / 10	Césarienne urgence ARCF céphalique	non pas de transfert
6,75 2007 DAW pour terme dépassé.	1 ^{ère} : 37SA+2J succès, puis reversion 2 ^{ème} : 41SA succès	41SA+5J 3640g 4 / 9	Césarienne urgence ARCF céphalique Rupture utérine. Hystérectomie. Hémorragie 3000mL.	oui transfert réanimation pour détresse respiratoire
6,83 2008 Début de travail, bradycardie fœtale.	37SA+4J succès	41SA+1J 3670g 3 / 9	Césarienne urgence ARCF céphalique Hémorragie 1000mL	oui pas de transfert

5.6.2. *Prématurité.*

Elle est définie comme un accouchement survenant avant le terme de 37 SA. Cela concerne 10 patientes (7,4%), avec 4 avec un accouchement par voie basse et 6 avec une césarienne.

Deux cas sont imputables à la VME, avec une rupture prématurée des membranes à la suite de la VME (quelques heures) et une procidence de la main, survenu au cours d'une VME, réalisée après rupture prématurée des membranes.

Les huit autres cas sont liés à : un déclenchement artificiel du travail pour pré-éclampsie, un pour HTA, une césarienne pour retard de croissance intra-utérin, deux déclenchements spontanés du travail et trois ruptures prématurées des membranes.

Notons que parmi les 12 patientes ayant eu une première VME réalisée avant 35 SA révolues, seule une a accouché prématurément, à 35SA+5J, après RPM. Elle avait eu 2 VME, à 34SA+4J et à 35SA.

5.6.3. *Gestes de réanimation et transferts immédiats.*

Des gestes de réanimation immédiats en salle de naissance ont été nécessaires chez 13 nouveau-nés.

Un transfert immédiat en réanimation pédiatrique a été effectué pour 10 nouveau-nés, avec comme indications : 6 pour détresse respiratoire, 1 pour détresse respiratoire et infection, 1 pour prématurité, 2 pour évaluation neurologique.

Un transfert immédiat en néonatalogie a été effectué pour 7 nouveau-nés, avec comme indications : 6 pour prématurité, 1 pour détresse respiratoire.

6. Discussion.

La présentation du siège sur utérus cicatriciel est une situation rare, nécessitant néanmoins une prise en charge adaptée. Au CHU de Poitiers, la politique est de proposer une VME afin de se retrouver dans la situation plus simple de l'accouchement avec utérus cicatriciel d'un fœtus en présentation céphalique. En cas d'échec de la version, et si les critères d'acceptabilité d'accouchement voie basse du siège sont présents, ce deuxième choix est proposé. L'option de la césarienne itérative n'arrive qu'en dernier recours, en cas de contre-indication à l'accouchement voie basse du siège ou de refus de la patiente.

Cette démarche permet ainsi d'avoir une évaluation correcte de la VME sur utérus cicatriciel, sans sélection des patientes, ce qui semble par contre être le cas dans les séries publiées sur le sujet (cf. Annexe n°2). Nous pouvons ainsi prendre l'exemple de l'étude de Regalia concernant la présentation du siège et la VME, qui a rapporté dix ans d'expérience pour trois hôpitaux italiens où la VME était considérée comme réalisée en routine ^[11]. Pendant cette période de dix ans, il a été inclus 923 femmes enceintes, équivalent à moins de 2 % des 5000 accouchements annuellement réalisés par ces trois établissements, ce qui veut dire que moins de la moitié des présentations du siège à terme avait eu la proposition de VME. Dans l'étude de Abenhaim, le pourcentage de femmes ayant eu une VME, par rapport à leur 3500 accouchements annuels est évalué à moins de 3% ^[15].

Proposant systématiquement une VME devant toute présentation non céphalique, nous pensons que nos taux de succès, de complications maternelles et périnatales sont ainsi peu soumis au biais de sélection.

6.1.Limites de l'étude.

Les limites de notre étude sont principalement marqués par :

- le fait qu'il s'agit d'une étude avec un recueil de données rétrospectif, avec tous les inconvénients y étant inhérents.
- la constitution de notre population qui a été réalisée à partir d'un recoupement de codages effectués au cours des 21 dernières années ne permettant pas d'assurer une exhaustivité certaine.

- le fait que cette série reste néanmoins modeste, même si l'effectif est supérieur aux autres séries publiées sur le sujet.

6.2. Succès de la VME.

Notre taux de succès de VME est de 52,2%, proche de celui concernant les 878 patientes ayant eu une VME au CHU de Poitiers entre 1990 et 2003, qui était de 59,7% ^[75], sans différence significative ($p=0,1$). Les taux de succès lors des premières, deuxièmes et troisièmes tentatives y étaient respectivement de 44,4%, 30,5% et 25,5%, les nôtres étaient respectivement de 44,1%, 34,6% et 23,1%. Rappelons que dans cette série, la même politique de proposition systématique de VME était de mise.

Nous l'avons vu, les séries publiées concernant la VME sur utérus cicatriciels ^[9-15] ont de petits effectifs, avec une sélection probable des patientes (cf. Annexe n°2). Ceci peut à priori expliquer que notre taux de succès de VME (52,2%) est significativement plus faible que le taux de succès global de 71,6% ($p<0,001$) rapporté dans ces séries. Notons que les taux de succès étaient très disparates, allant de 50 ^[15] à 100% ^[12].

Cependant, si l'on se réfère au taux de succès global de VME de 58%, rapporté dans la méta-analyse de Grootsholten ^[60] concernant 12955 VME (sur utérus non cicatriciel), nous ne retrouvons pas de différence significative avec notre taux de succès ($p=0,17$).

L'antécédent de césarienne ne semble finalement pas réduire le taux de succès de la VME.

6.3. Impact de la VME sur les modalités d'accouchement.

Les objectifs de la pratique de la VME systématique sont de diminuer le taux de présentation non céphalique à la naissance et de diminuer le taux de césarienne.

Dans notre étude, le nombre de présentations céphaliques à terme est de 52,9% (72/136 patientes). La différence avec le taux de succès de la VME est expliquée par l'existence de 2 reversions en présentation de siège et de 3 versions spontanées en présentation céphalique.

Ainsi, plus de la moitié des patientes ayant initialement une présentation non céphalique se retrouvent dans une situation où l'intention de voie basse est tout à fait raisonnable.

Parmi ces 72 patientes ayant un fœtus en présentation céphalique, 44 ont pu accoucher par voie basse. Parmi les 64 patientes ayant un fœtus en présentation du siège, 8 ont pu accoucher par voie basse. Au total, 52 patientes ont accouché par voie basse (38,2%).

Ce taux d'AVB n'est pas aussi important que l'on aurait pu l'espérer. Mais le taux d'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation céphalique suite à une VME semble être inférieur à celui d'un fœtus en présentation céphalique d'emblé. C'est en effet ce qu'a montré Lau, dans une étude prospective de 241 patientes ayant un fœtus en présentation du siège ayant bénéficié d'une VME après 36 SA, chacune étant appariée à deux cas témoins ayant une présentation céphalique^[70]. Le taux de césarienne en cours de travail était de 16,9% dans le groupe VME versus 7,5% dans le groupe témoin ($p < 0,05$). Vézina conclue également à l'augmentation du taux de césariennes en urgence en cas de fœtus en présentation céphalique, suite à une VME, que les patientes soient nullipares ou multipares^[71].

Comparativement à une politique de césarienne systématique en cas de présentation non céphalique sur utérus cicatriciel, la pratique systématique de la VME a permis d'éviter environ un tiers de césariennes.

6.4. Complications.

6.4.1. Complications précoces.

- Deux césariennes en urgence réalisées dans les suites immédiates d'une VME :
 - une à 37SA+5 jours, pour bradycardie fœtale persistante. A la naissance le pH était de 7,24 et le score d'Apgar à 10 à 5 minutes. Le nouveau-né a cependant été transféré en réanimation pour détresse respiratoire, compliquée secondairement d'un pneumothorax mais avec une évolution favorable par la suite.
 - une à 35SA+6J pour procidence de la main, la VME avait été effectuée suite à une RPM, chez une patiente ayant un utérus bicorne. A la naissance, le pH était à 7,21, le score d'Apgar à 10 à 5 minutes, il n'y a pas eu de transfert.

Cela fait un taux de césariennes en urgence dans les suites immédiates de la VME de 1,5%. On retrouve dans la littérature, concernant les VME en général un taux de 0,35% [60]. Si l'on se réfère aux 222 cas de VME sur utérus cicatriciel (cf. Annexe 2), seule une césarienne en urgence était rapportée [13], soit 0,45%.

- Une rupture prématurée des membranes survenant dans les 24 heures suivant une VME a été observée chez 1 patiente (0,7%), avec accouchement prématuré à 36SA+2J sur utérus bicorne bicervical. Un taux de RPM de 0,22% est rapporté dans la littérature [60].
- Trois cas de déclenchement spontané du travail (2,2%) sont rapportés dans les 24 heures suivant une VME. Toutes ces patientes ont accouché après 37 SA.
- Un cas de pré-rupture utérine est survenue en fin de travail, quelques heures après une troisième VME réussie, à 40 SA + 3 J (Ce cas sera développé dans le chapitre 6.4 *Issues néonatales*, s'agissant du cas n°2).

Nous ne rapportons aucun cas de décollement placentaire dans les suites d'une VME.

Nous ne rapportons aucun cas de rupture utérine survenue au cours d'une VME. Une rupture utérine a cependant eu lieu au cours d'un accouchement, à 41 SA + 5 J, survenue en cours de travail, 5 jours après une deuxième tentative de VME réussie. Ce cas sera développé par la suite.

Si l'on considère les complications précoces ayant causé une césarienne en urgence ou une prématurité, en rapport avec la VME, on a un taux de 2,2% (3/136 patientes avec : 1 césarienne en urgence pour bradycardie post-VME, 1 césarienne en urgence pour procidence de la main sur RPM, 1 RPM avec prématurité induite).

Ce taux est élevé, si on les compare aux 0,4% de complications colligées dans la série de Poitiers concernant les VME réalisées chez des patientes sans utérus cicatriciel [75].

Mais si l'on se réfère aux 222 cas de VME sur utérus cicatriciel (cf. Annexe n°2), on obtient également un taux global de complications de 2,2% (5/222 patientes).

6.4.2. Complications lors de l'accouchement.

Sur les 7 complications lors de l'accouchement (cf. Tableau 3), 4 sont survenues lors d'une intention de voie basse et 3 au cours d'une césarienne.

Parmi les 4 intentions de voie basse, il y a eu 1 AVB céphalique avec extraction instrumentale par forceps de Suzor pour non progression de la présentation en partie moyenne, avec hémorragie de la délivrance > 1000mL ; et 3 césariennes :

- une pour ARCF avec rupture utérine en cours de travail, dont les éléments sont développés dans le chapitre suivant, il s'agit du cas n°5. Cette patiente a par ailleurs eu une hémorragie de la délivrance de 3000mL, une transfusion et une hystérectomie d'hémostase.
- une pour ARCF et pré-rupture utérine, survenant quelques heures après la VME, nous considérons cette complication comme y étant directement liée (cf. 5.3.1. Complications précoces). Ce cas est également développé dans le chapitre suivant, s'agissant du cas n°2.
- une pour non engagement à dilation complète, avec hémorragie de la délivrance de 1800mL et transfusion.

Parmi les 3 césariennes, on retrouve :

- une césarienne pour mastoïdite aigue, indiquée pour prise en charge maternelle ORL, avec une hémorragie de la délivrance > 1000mL.
- une pour présentation du siège sur utérus bicorne, bicervical, avec hémorragie de la délivrance > 1000mL et transfusion.
- une pour présentation du siège, avec hémorragie de la délivrance de 1200mL.

Dans la littérature, concernant les patientes ayant un utérus cicatriciel, on retrouve un taux d'hystérectomie de 0,14% en cas d'épreuve du travail et de 0,16% en cas de césarienne itérative^[32].

Au total, nous avons eu 6 hémorragies de la délivrance supérieures à 1000mL (4,4%).

Parmi ces cas d'hémorragies, 3 patientes (2,2%) ont eu une transfusion.

Dans la littérature, concernant les hémorragies de la délivrance en cas d'utérus cicatriciel, les données sont peu fiables, avec un manque de clarté concernant la définition de l'hémorragie de la délivrance des études. Si l'on considère les transfusions, les taux sont disparates, allant de 0,5 à 4,3% en cas d'épreuve du travail et de 0,1 à 5,5% en cas de césarienne itérative [37]. Globalement, nous sommes dans la moyenne.

Concernant les complications rapportées par les études s'étant intéressées à la VME sur utérus cicatriciel, aucun cas d'hystérectomie ou d'hémorragie grave de la délivrance ou de transfusion n'a été rapporté (cf. Annexe n°2). Gardons malgré tout à l'esprit qu'il s'agit d'une addition de petites séries.

6.5. Issues néonatales.

A la naissance, 6 nouveau-nés (4,4%) avaient une acidose néonatale sévère avec un pH artériel au cordon inférieur à 7 (cf. Tableau 5). Dans la population générale, le taux de pH inférieur à 7 est d'environ 1%.

Nous allons ainsi détailler chacun de ces 6 cas, afin d'essayer de déterminer si la VME peut ou non être incriminée.

- **Cas n°1 :**

Patiente de 37 ans, G4P3 (2 AVB après sa césarienne, réalisée pour échec de DAW).

Antécédents : appendicectomie.

Grossesse de 1994, patiente vue pour la première fois au CHU à 35SA+2J. Echec de la 1^{ère} VME à 35SA+3J, succès de la 2^{ème} à 36SA+2J, placenta latéral.

A 41SA+1J, DSW avec à l'arrivée un col à 5cm de dilatation, RSM en salle avec un liquide amniotique teinté. A 8cm, pose d'une analgésie péridurale puis bradycardie. Réalisation d'un pH au scalp : 7,28. Décision de passage au bloc et réalisation d'une extraction instrumentale avec des forceps de Suzor à dilatation complète. A la naissance : 3530g, Apgar 1-10, pH à 6,92, découverte d'un nœud au cordon. Réanimation pédiatrique avec bonne récupération, pH capillaire à 10 minutes de vie à 7,01. Enfant transféré en néonatalogie pour évaluation respiratoire, bonne évolution, retour en maternité après 24H. L'enfant n'a pas été revu en consultation pédiatrique au CHU.

Remarques : nous suspectons dans ce cas la présence du nœud au cordon comme responsable de l'hypoxie. Les nœuds au cordon surviennent dans environ 1,2% de grossesses [76], ils se forment généralement précocement au cours de la grossesse, lorsque le fœtus est suffisamment petit pour passer dans une boucle du cordon. Cette patiente a eu 2 VME, 4 à 5 semaines avant son accouchement. Nous pouvons supposer que le nœud s'était formé au préalable, et qu'il a été asymptomatique jusqu'à l'accouchement. L'incrimination de la VME dans ce cas est peu probable.

- **Cas n°2 :**

Patiente de 33 ans, G3P1 (1FCS à 10SA, 1 césarienne pour échec de DAW).

Antécédent : aucun.

Grossesse de 1998, patiente vue pour la première fois au CHU à 20SA. Echec des 2 premières tentatives de VME à 37SA+4J et 38SA+3J. Se présente en DSW à 40SA+3J avec un fœtus en position transverse, succès de 3^{ème} VME à 4 cm de dilatation, puis RAM (liquide amniotique teinté). A 8 cm, ralentissements variables, à 9 cm bradycardie fœtale à 80 bpm, passage au bloc et césarienne, retrouvant une pré-rupture utérine et un liquide méconial épais à l'hystérotomie.

A la naissance : 3160g, Apgar 5-10, pH à 6,82. Réanimation pédiatrique avec aspiration sous laryngoscope, ventilation au masque puis intubation. Transfert en réanimation pour évaluation neurologique, ventilation et vérification de l'absence d'inhalation de LA. Extubation rapide, bonne récupération et évolution. Sortie à domicile à J7. L'enfant n'a pas été revu en consultation pédiatrique au CHU.

Remarques : Une pré-rupture utérine, très probablement cause de l'ARCF et de l'hypoxie a eu lieu quelques heures après la VME. Son incrimination est possible, mais c'est aussi un début de travail avec une présentation transverse sur utérus cicatriciel.

- **Cas n°3 :**

Patiente de 47 ans, G2P1 (césarienne pour stagnation de la dilatation à 7 cm).

Antécédents : appendicectomie.

Grossesse de 2002, patiente vue pour la première fois au CHU à 35SA. Succès de 1^{ère} VME à 35SA+1J, placenta antérieur.

Hospitalisée à 37SA+3 jours pour pré-éclampsie. Décision de DAW à 38SA pour augmentation de la protéinurie (à 2,88g/24H) par prostaglandines intra-vaginales. RSM, poursuite DAW au Syntocinon®.

A 6 cm de dilatation, diminution du RCF de base à 120 bpm, avec des ralentissements tardifs, pH au scalp à 7,13, décision de césarienne en urgence.

A la naissance : 2660g, Apgar 8-10, pH à 6,97. Réanimation pédiatrique avec ventilation au masque pendant 1 minute. Bonne récupération, pas de transfert, retourne en chambre avec sa mère. L'enfant n'a pas été revu en consultation pédiatrique au CHU.

Remarques : La VME a été réalisée 2 à 3 semaines avant son accouchement, déclenché par prostaglandines pour pré-éclampsie. L'hypoxie est probablement dans ce cas plutôt en relation avec cette pathologie maternelle, qu'avec la VME.

- **Cas n°4 :**

Patiente de 44 ans, G3P1 (1 césarienne pour échec de forceps sur non engagement, 1 IMG à 15 SA lors de la 1^{ère} grossesse).

Antécédents : conisation, diabète insulino-dépendant antérieur à la grossesse.

Grossesse de 2002, patiente vue pour la première fois au CHU à 33SA+5 J.

A l'échographie de 35SA+5J : EPF 3610g, siège, placenta postérieur.

Succès de 1^{ère} VME à 36SA+3 J.

Hospitalisée à 38SA pour DAW pour diabète insulino-dépendant (mal équilibré), par prostaglandines intra-vaginales (bishop à 7, EPF 4000g).

En cours de travail, à 5 cm de dilatation, ARCF à type de ralentissements tardifs, décision de césarienne en urgence. A la naissance : 4340g, Apgar à 8-10, pH à 6,98. L'enfant n'a pas été revu en consultation pédiatrique au CHU.

Pas de geste de réanimation, pas de transfert, l'enfant retourne avec sa mère en chambre.

Remarques : la VME a été réalisée 2 semaines avant l'accouchement. Le travail a été déclenché, par prostaglandines intra-vaginales, car la patiente avait un diabète insulino-dépendant mal équilibré. La VME n'est probablement pas rapport avec l'hypoxie. La cause de la césarienne est une ARCF sur un déclenchement de diabète gestationnel avec macrosomie fœtale, sans stagnation de la dilatation ni rupture ou pré-rupture utérine.

- **Cas n°5 :**

Patiente de 30 ans, G5P3 (2 AVB puis 1 césarienne pour échec DAW).

Antécédents : aucun.

Grossesse de 2007, thrombopénie gestationnelle > 100 000 plaquettes, patiente vue pour la première fois au CHU à 37SA+2J. Fœtus en présentation transverse, succès de 1^{ère} VME à

37SA+2J, placenta postérieur. Reversion en siège et succès d'une 2^{ème} VME à 41SA. Consultation de terme à 41SA+2J sans particularité.

A 41SA+4J, RCF peu oscillant, VCT à 5,6. Décision de DAW par ballonnet, mais échec de pose. Déclenchement par Prostin. Passage en salle à 4 cm de dilatation. A 5 cm, RSM, métrorragies, bradycardie fœtale à 65 bpm, peu oscillant, choc hémodynamique maternel. Décision de césarienne en urgence sous AG. Découverte d'une rupture utérine (partant de la partie gauche du segment inférieur et remontant jusqu'à la corne gauche). Hystérectomie d'hémostase, saignements totaux 3000mL, transfusion de 4 CG et 1 PFC. A la naissance : 3640g, Apgar 4-9, pH à 6,75, lactates à 12,1. Réanimation pédiatrique avec ventilation au masque, transfert en réanimation. Evolution clinique favorable, IRM cérébrale à J10 normale. L'enfant a été revu en consultation pédiatrique à 4 mois, avec un EEG, des potentiels évoqués auditifs et visuels normaux. Le développement psychomoteur ainsi que l'examen clinique étaient normaux.

Remarques : Nous sommes dans le cas d'une rupture utérine complète, survenant après 41SA, lors d'un déclenchement par prostaglandines intra-vaginales, ce qui fait 2 facteurs de risque de rupture utérine sur utérus cicatriciel [42,46]. Une VME a été réalisée 2 jours plus tôt. Il n'est pas possible d'appréhender la part de la VME dans cet événement.

- **Cas n°6 :**

Patiente de 31 ans, G2P2 (césarienne pour grossesse gémellaire BCBA).

Antécédents : coelioscopie exploratrice pour infertilité.

Grossesse de 2008, patiente vue pour la première fois au CHU à 37SA+3J. Excès de liquide amniotique (IA à 224 mm), pas de bilan. Succès de VME à 37SA+4J, placenta antérieur.

Consultation de terme à 41SA, non en travail mais algique, calmée par Nalbuphine®, déambulation, contrôle du RCF, puis retour à domicile. DSW à 41SA+1J, à l'échographie découverte d'une bradycardie fœtale à 80 bpm, décision de césarienne en urgence sous AG. A la naissance : 3670g, Apgar 3-9, pH à 6,83, lactates à 10,2. Réanimation pédiatrique par ventilation au masque, bonne récupération, retourne en chambre avec sa mère. L'enfant n'a pas été revu en consultation pédiatrique au CHU.

Remarques : Avec 3 semaines entre le succès de la VME et l'accouchement, même sans comorbidité associé, le lien de causalité est difficile à affirmer.

Au total, un rôle possible de la VME peut être évoqué pour 1 de ces 6 cas d'hypoxie néonatale sévère (cas n°5).

Nous pouvons cependant remarquer l'utilisation de prostaglandines pour 3 de ces patientes.

Le taux élevé d'acidose néonatale serait alors plus en rapport avec l'utérus cicatriciel et le contexte, qu'avec la VME. Dans un étude visant à identifier des facteurs de risque d'acidose néonatale sévère (définie comme un pH artériel au cordon ombilical inférieur à 7), l'utérus cicatriciel est ressorti comme étant un facteur prédictif indépendant d'acidose néonatale sévère, avec un Odd Ratio à 4,08 (IC95% [1,71 – 9,72]) [77]. Ceci pourrait en partie expliquer le taux d'acidose néonatale sévère dans cette série, de 4,4%. A noter que le taux d'acidose néonatale sévère dans la population du CHU de Poitiers, entre 2003 et 2008 était de 1,03% [77].

6.6. Bilan de la VME sur utérus cicatriciel.

L'analyse descriptive de nos données a permis de réaliser un bilan des bénéfices et des complications générales observées, rapporté dans le Tableau 6.

Tableau 6. Bilan de la VME sur utérus cicatriciel (n=136).

Bilan concernant la VME sur utérus cicatriciel	
Bénéfices	Complications générales
71 VME réussies (52,2%)	27 césariennes en urgences (19,8%) dont 2 dans les suites immédiates de la VME (1,5%)
78 Intentions de voie basse (57,3%)	1 RPM et prématurité induite (0,7%)
52 AVB (38,2%)	1 pré-rupture utérine dans les suites d'une VME (0,7%)
	1 rupture utérine en cours de travail (0,7%)
	6 hémorragies de la délivrance (4,4%) dont 3 transfusions (2,2%)
	6 hypoxies néonatales sévères (4,4%)

Les complications maternelles et néonatales (hypoxie sévère), que l'on juge attribuables ou potentiellement attribuables à la VME, concernent 4 patientes (2,9%) :

- 2 cas de césariennes en urgence dans les suites immédiates de la VME, dont 1 cas de prématurité à 35SA+6J ;
- 1 cas de rupture utérine en cours de travail, avec hémorragie de la délivrance de 3000mL, transfusion, hystérectomie concernant la mère et hypoxie néonatale sévère avec un pH à 6,75 à la naissance, dont l'évolution est favorable à 4 mois de vie ;
- 1 cas de prématurité à 36SA+2J suite à une rupture prématurée des membranes quelques heures après une VME.

7. Conclusion.

La version par manœuvres externes réalisée chez une patiente ayant un antécédent de césarienne ne pose pas de problème technique particulier. Elle est efficace, avec un taux de succès de 52,2%, proche de celui concernant les patientes n'ayant pas d'utérus cicatriciel. Comparativement à une politique de césarienne systématique en cas de siège sur utérus cicatriciel, les capacités d'accouchement par voie basse ne sont pas négligeables. Mais cette attitude nécessite, dès le constat de la présentation non céphalique, en général lors de l'échographie du troisième trimestre, un entretien et une information personnalisée entre la patiente et l'équipe obstétricale qui la prendra en charge pour le choix des modalités d'accouchement. C'est la démarche privilégiée dans les parcours de soins évoqués dans les dernières recommandations de l'HAS sur la césarienne programmée, actuellement en cours de développement ^[8].

Outre la diminution de morbidité maternelle liée à une césarienne supplémentaire, cela permettrait également d'offrir à ces patientes une possibilité d'accouchement par voie basse lors d'éventuelles futures grossesses.

Cette attitude n'est cependant pas exempte de morbidité, maternelle ou fœtale. Mais lorsque nous nous intéressons à ces cas de complications maternelles graves et d'hypoxie néonatale sévère, la VME n'est pas forcément incriminable. Nous mettons ainsi en évidence des sorties de protocoles qui concernent d'autres aspects des dossiers médicaux (macrosomie sur utérus cicatriciel, modalité de déclenchement sur utérus cicatriciel).

Gardons à l'esprit que nous sommes face à une population de patientes ayant un utérus cicatriciel, avec une morbidité maternelle et fœtale particulière. Pratiquer une VME sur utérus cicatriciel, c'est donc effectuer l'analyse de dossier au cas par cas, en toute transparence avec la patiente, afin qu'elle appréhende la réalité des bénéfices, en balance avec le surcroît de morbidité propre, ainsi que liée à l'utérus cicatriciel.

8. Annexes.

- **Annexe n°1 : Fiche d'information des patientes, du CNGOF, concernant la VME (version révision 2009).**
- **Annexe n°2 : Tableau de synthèse des séries de la littérature rapportant des cas de VME sur utérus cicatriciel.**

Fiche d'information des patientes, du CNGOF, concernant la VME (version révision 2009)



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Madame Date :

Votre médecin ou votre sage-femme vous a proposé de modifier la position de votre bébé par une version. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de la version qui a été conseillée.

Qu'est-ce qu'une version par manœuvres externes ?

La version par manœuvres externes consiste à retourner un bébé qui se présente par le siège (fesses en bas) ou en position transversale pour lui amener la tête en bas, dans la position habituelle pour l'accouchement.

La version se fait par mobilisation de votre bébé à travers votre paroi abdominale par le médecin obstétricien. Après vérification de la position de l'enfant (par palpation et par échographie), les mains du médecin aident, par une rotation douce, le bébé à se retourner tête en bas.

Quel est l'intérêt d'une version ?

Au moment de la naissance, près de 5 % des enfants sont en présentation du siège. Ce type de présentation nécessite un environnement médical et aboutit à un recours plus fréquent à la césarienne.

C'est pourquoi la version par manœuvres externes peut être proposée, en général à partir de la 36^e semaine. Son taux de succès est de 50 à 60 %. Cette manœuvre peut être éventuellement répétée en cas d'échec lors de la première tentative si le médecin le préconise. Cette seconde tentative a encore 50 % de chances de succès.

Ce geste n'est douloureux ni pour la mère ni pour l'enfant.

En cas d'échec de la version, le médecin évaluera les chances de succès d'un accouchement naturel ou la nécessité éventuelle de programmer une césarienne en fonction des modes d'accouchement antérieurs, si vous avez déjà accouché, de la position du bébé et de son poids estimé, et de la taille de votre bassin osseux (estimée cliniquement, et précisée par scanner).

En cas de succès, vos chances d'accoucher naturellement redeviennent celles d'une présentation du bébé dans la position habituelle (tête en bas).

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.

La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager. Si vous ressentez une douleur, il faut la signaler au médecin.

Exceptionnellement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance. Encore plus exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter d'extraire rapidement le bébé par césarienne. C'est pour cette raison que vous et votre bébé serez surveillés quelques heures après la réalisation du geste. De plus, un contrôle du rythme cardiaque fœtal est réalisé avant la sortie et généralement quelques jours après la version.

En pratique

- un rendez-vous est pris à la maternité pour une hospitalisation de quelques heures, à jeun ;
- la version est précédée du contrôle de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal ;
- un traitement pour faciliter le relâchement de l'utérus est parfois nécessaire ;

**Tableau de synthèse des séries de la littérature rapportant des cas de
VME sur utérus cicatriciel.**

Références Année de publication	Période	Type	Âge gestationnel VME	N	Taux Succès	Taux AVB	Complications
Pluta 1981 ^[9]	1974-1981	Rétrospectif, uni-centrique	NC	20	75%	%	1 cas de métrorragie 1 cas procidence cordon
De Meeus 1998 ^[10]	1988-1995	Rétrospectif, uni-centrique	36,5 SA	38*	65,8%	50%	1 métrorragie (J1 VME) 1 déhiscence (J1 VME)
Regalia 2000 ^[11]	1988-1997	Rétrospectif, multicentrique	37,5 SA	19	68%	NC	aucune
Schachter 1994 ^[12]	2 années (avant 1993)	Rétrospectif, uni-centrique	>36 SA	11	100%	54,6%	1 ARCF, résolutif
Flamm 1991 ^[13]	1985-1990	Rétrospectif, uni-centrique	« Proche du terme »	56	82%	53,6%	1 ARCF nécessitant une césarienne en urgence
Sela 2009 ^[14]	1997-2005	Rétrospectif, uni-centrique	> 37 SA	42	74%	64%	1 ARCF, résolutif
Abenheim 2009 ^[15]	15 années (avant 2009)	Rétrospectif, uni-centrique	NC	36	50%	NC	aucune

9. Références bibliographiques.

1. 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(9239):1375-83.
2. Goffinet F, Blondel B, Bréart G. Questions posées par un essai contrôlé de Hannah et coll. sur la pratique systématique d'une césarienne en cas de présentation du siège. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30(2):187-90.
3. Marpeau L. L'épreuve du travail sur présentation du siège... (qui bien sur ne doit pas en être une... quand on connaît la définition de l'épreuve du travail). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30(2):193-5.
4. Samouëlian V, Subtil D. Accouchement par le siège en 2008 - le choix de la voie basse s'impose. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36(1):3-5.
5. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(1):20-5.
6. Carayol M, Alexander S, Goffinet F, Bréart G, Alexander S, Uzan S, et al. Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33(1 Suppl):S37-44.
7. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(4):1002-11.
8. Recommandations pour la Pratique Clinique: Indications de la césarienne programmée à terme. Site Web de l'HAS - Haute Autorité de la santé [Internet], janvier 2012 [cité 22 sept 2012]; disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1226359
9. Pluta M, Giffey JM, Saling E. External version of the foetus from breech presentation in patients in condition following abdominal caesarean section. *Z Geburtshilfe Perinatol* 1981;185(2):121-3.
10. de Meeus JB, Ellia F, Magnin G. External cephalic version after previous cesarean section: a series of 38 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;81(1):65-8.
11. Regalia AL, Curiel P, Natale N, Galluzzi A, Spinelli G, Ghezzi GV, et al. Routine use of external cephalic version in three hospitals. *Birth* 2000;27(1):19-24.
12. Schachter M, Kogan S, Blickstein I. External cephalic version after previous cesarean section--a clinical dilemma. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;45(1):17-20.
13. Flamm BL, Fried MW, Lonky NM, Giles WS. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165(2):370-2.

14. Sela HY, Fiegenberg T, Ben-Meir A, Elchalal U, Ezra Y. Safety and efficacy of external cephalic version for women with a previous cesarean delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;142(2):111-4.
15. Abenhaim HA, Varin J, Boucher M. External cephalic version among women with a previous cesarean delivery: report on 36 cases and review of the literature. *J Perinat Med* 2009;37(2):156-60.
16. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2010 [cité 14 juill 2012]; disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-naissances-en-2010-et-leur-evolution-en-2003,9625.html>.
17. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Breart G, others. Enquête nationale périnatale 2003: situation en 2003 et évolution depuis 1998 [Internet]. 2003 [cité 15 sept 2012]; disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1299>.
18. Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine en ligne. [Internet]. 2010 [cité 23 sept 2012]; disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/le_dictionnaire.cfm.
19. Schaal J-P, Riethmuller D. La présentation du siège. Mises au point en anesthésie réanimation 2003:119-45.
20. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993;82(4 Pt 1):605-18.
21. Brill Y, Windrim R. Vaginal birth after Caesarean section: review of antenatal predictors of success. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25(4):275-86.
22. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(3):824-30.
23. Fichez A, Charrin-Payet K, Huissoud C, Rudigoz R-C. Grossesse et utérus cicatriciel. *Encycl Med Chir Obstet* [Internet] 2010 [cité 15 sept 2012]; disponible sur: <http://www.em-select.com/article/261716/resultatrecherche/1>.
24. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 1):541-8.
25. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Can Med Assoc J* 2007;176(4):455-60.
26. Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piau S, Bréart G. Mode of delivery and severe stress incontinence. a cross-sectional study among 2,625 perimenopausal women. *BJOG* 2005;112(12):1646-51.
27. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. 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(3):917-27.

28. Olive EC, Roberts CL, Algert CS, Morris JM. Placenta praevia: maternal morbidity and place of birth. *Aust NZ J Obstet Gyn* 2005;45(6):499-504.
29. Rouse DJ, MacPherson C, Landon M, Varner MW, Leveno KJ, Moawad AH, et al. Blood transfusion and cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108(4):891-7.
30. Marshall NE, Fu R, Guise J-M. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(3):262.e1-8.
31. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1226-32.
32. Guise J-M, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010;115(6):1267-78.
33. Grobman WA, Gersnoviez R, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1249-55.
34. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(4):1223-1228; discussion 1228-1229.
35. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG* 2010;117(4):422-7.
36. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(4):872-6.
37. Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess* 2010;(191):1-397.
38. Landon MB. Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor after prior cesarean delivery. *Semin Perinatol* 2010;34(4):267-71.
39. Poulain P, Seconda S. Obstetrical management of women with previous caesarean section. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;38(1):48-57.
40. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991;77(3):465-70.
41. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010;117(1):5-19.

42. Hammoud A, Hendler I, Gauthier RJ, Berman S, Sansregret A, Bujold E. The effect of gestational age on trial of labor after Cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004;15(3):202-6.
43. Jastrow N, Roberge S, Gauthier RJ, Laroche L, Duperron L, Brassard N, et al. Effect of birth weight on adverse obstetric outcomes in vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010;115(2 Pt 1):338-43.
44. Sciscione AC, Landon MB, Leveno KJ, Spong CY, Macpherson C, Varner MW, et al. Previous preterm cesarean delivery and risk of subsequent uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2008;111(3):648-53.
45. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstet Gynecol* 2010;115(5):1003-6.
46. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345(1):3-8.
47. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010;116(2 Pt 1):450-63.
48. Recommandations pour la Pratique Clinique: Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Site Web de l'HAS - Haute Autorité de la santé [Internet], 2008 [cité 29 juill 2012]; disponible sur: http://www.isplf.org/s/IMG/pdf/HAS_2008.pdf.
49. ACOG Committee Opinion No. 342: induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108(2):465-8.
50. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr* 2004;93(5):643-7.
51. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *Brit Med J* 2008;336(7635):85-7.
52. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):864-71.
53. Vendittelli F, Rivière O, Pons JC, Mamelle N. La présentation du siège à terme: analyse des résultats néonataux en fonction des pratiques obstétricales, à partir du réseau Sentinelle AUDIPOG. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002;31(3):261-72.
54. Mode of term delivery. ACOG Committee Opinion No. 340. American College Of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006;108:235-7.
55. Hofmeyer G, LWM I. The management of breech presentation. RCOG Guidelines. 2006;(No. 20b):1-13.

56. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R. Vaginal Delivery of breech presentation. SOGC Clinical Practice Guideline. 2009;(226):557-66.
57. Ophir E, Oettinger M, Yagoda A, Markovits Y, Rojansky N, Shapiro H. Breech presentation after cesarean section: always a section? *Am J Obstet Gynecol* 1989;161(1):25-8.
58. Sarno AP Jr, Phelan JP, Ahn MO, Strong TH Jr. Vaginal birth after cesarean delivery. Trial of labor in women with breech presentation. *J Reprod Med* 1989;34(10):831-3.
59. el Gammal NA, Jallad KB, O'deh HM. Breech vaginal delivery after one cesarean section: a retrospective study. *Int J Gynaecol Obstet* 1990;33(2):99-102.
60. Grootsholten K, Kok M, Oei SG, Mol BWJ, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2008;112(5):1143-51.
61. Hutton E, Hannah M, Ross S, Delisle M-F, Carson G, Windrim R, et al. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. *BJOG* 2011;118(5):564-77.
62. Chan LY-S, Leung TY, Fok WY, Chan LW, Lau TK. Prediction of successful vaginal delivery in women undergoing external cephalic version at term for breech presentation. *Eur J Obstet Gyn R B* 2004;116(1):39-42.
63. Nassar N, Roberts CL, Barratt A, Bell JC, Olive EC, Peat B. Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persisting breech presentation at term. *Paediatr Perinat Ep* 2006;20(2):163-71.
64. Faron G, Vokaer A. Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37(5):493-8.
65. Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, van der Post J, Opmeer B, Mol BW. Clinical factors to predict the outcome of external cephalic version: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(6):630.e1-7; discussion e1-5.
66. Obeidat N, Lataifeh I, Al-Khateeb M, Zayed F, Khriesat W, Amarin Z. Factors associated with the success of external cephalic version (ECV) of breech presentation at term. *Clin Exp Obstet Gyn* 2011;38(4):386-9.
67. Burgos J, Melchor JC, Pijoán JI, Cobos P, Fernández-Llebrez L, Martínez-Astorquiza T. A prospective study of the factors associated with the success rate of external cephalic version for breech presentation at term. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;112(1):48-51.
68. Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, Van Der Post JA, Mol BW. Ultrasound factors to predict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. *Ultrasound Obst Gyn* 2009;33(1):76-84.
69. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Wehrum MJ, Molaskey-Jones S, Sfakianaki AK, Pettker CM, et al. Ultrasonographic evaluation of myometrial thickness and prediction of a successful external cephalic version. *Obstet Gynecol* 2011;118(4):913-20.

70. Lau TK, Lo KW, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176(1 Pt 1):218-23.
71. Vézina Y, Bujold E, Varin J, Marquette GP, Boucher M. Cesarean delivery after successful external cephalic version of breech presentation at term: a comparative study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(3):763-8.
72. Cluver C, Hofmeyr GJ, Gyte GM, Sinclair M. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;1:CD000184.
73. NICE. Caesarean section [Internet]. 2011 [cité 10 sept 2012]; disponible sur: <http://www.nice.org.uk>.
74. Murray-Davis B, Marion A, Malott A, Reitsma A, Hutton EK. Women's experiences of participating in the early external cephalic version 2 trial. *Birth* 2012;39(1):30-8.
75. Pierre F. Version par manœuvres externes, solution de remplacement à l'accouchement par le siège. In "d'Ercole C, Collet M. Rapports des 33^e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale" Arnette Ed 2003, Paris, p. 207-14.
76. Hershkovitz R, Silberstein T, Sheiner E, Shoham-Vardi I, Holcberg G, Katz M, et al. Risk factors associated with true knots of the umbilical cord. *Eur J Obstet Gynecol R B* 2001;98(1):36-9.
77. Maisonneuve E, Audibert F, Guilbaud L, Lathelize J, Jousse M, Pierre F, et al. Risk factors for severe neonatal acidosis. *Obstet Gynecol* 2011;118(4):818-23.

RESUME

Objectifs :

L'objectif de notre étude est d'évaluer une politique de service consistant à proposer systématiquement une VME chez une patiente ayant une présentation fœtale non céphalique et un antécédent de césarienne. Outre les taux de succès et les modes d'accouchements, nous nous intéresserons particulièrement à la morbidité maternelle et néonatale liée à cette pratique.

Population et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée au CHU de Poitiers sur une période de 21 ans, concernant 136 patientes ayant bénéficié d'une VME pour présentation non céphalique après 35 SA, avec antécédent de césarienne.

Résultats :

La VME a réussi chez 71 patientes (52,2%). Il y a eu 78 (57,3%) intentions de voie basses et 52 (38,2%) accouchements par voie basse. Il y a eu 27 césariennes en urgence, dont 24 dans le groupe succès de VME.

Les complications maternelles ou néonatales, semblant pouvoir être totalement ou partiellement en relation avec la VME, concernent 4 patientes (2,9%) :

- 2 cas de césariennes en urgence dans les suites immédiates de la VME, dont 1 cas de prématurité à 35SA+6J ;
- 1 cas de rupture utérine en cours de travail, avec hémorragie de la délivrance de 3000mL, transfusion, hystérectomie et hypoxie néonatale sévère ;
- 1 cas de prématurité à 36SA+2J suite à une rupture prématurée des membranes quelques heures après une VME.

Conclusion :

Si la VME sur utérus cicatriciel est facile à pratiquer avec un taux de succès satisfaisant, le nombre de césariennes évité est moins important qu'attendu, concernant environ un tiers des patientes. L'analyse des complications met en évidence un aspect multifactoriel, dont la VME ne constitue qu'un élément. Cela impose lors de sa proposition, d'effectuer l'analyse de dossier au cas par cas, en toute transparence avec la patiente, afin qu'elle appréhende la réalité des bénéfices, en balance avec son surcroît de morbidité propre, ainsi que liée à l'utérus cicatriciel.

Mots clés : Version par manœuvres externes, siège, césarienne antérieure, utérus cicatriciel, complications maternelles, complications périnatales.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Objectifs :

L'objectif de notre étude est d'évaluer une politique de service consistant à proposer systématiquement une VME chez une patiente ayant une présentation fœtale non céphalique et un antécédent de césarienne. Outre les taux de succès et les modes d'accouchements, nous nous intéresserons particulièrement à la morbidité maternelle et néonatale liée à cette pratique.

Population et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée au CHU de Poitiers sur une période de 21 ans, concernant 136 patientes ayant bénéficié d'une VME pour présentation non céphalique après 35 SA, avec antécédent de césarienne.

Résultats :

La VME a réussi chez 71 patientes (52,2%). Il y a eu 78 (57,3%) intentions de voie basses et 52 (38,2%) accouchements par voie basse. Il y a eu 27 césariennes en urgence, dont 24 dans le groupe succès de VME.

Les complications maternelles ou néonatales, semblant pouvoir être totalement ou partiellement en relation avec la VME, concernent 4 patientes (2,9%) :

- 2 cas de césariennes en urgence dans les suites immédiates de la VME, dont 1 cas de prématurité à 35SA+6J ;
- 1 cas de rupture utérine en cours de travail, avec hémorragie de la délivrance de 3000mL, transfusion, hystérectomie et hypoxie néonatale sévère ;
- 1 cas de prématurité à 36SA+2J suite à une rupture prématurée des membranes quelques heures après une VME.

Conclusion :

Si la VME sur utérus cicatriciel est facile à pratiquer avec un taux de succès satisfaisant, le nombre de césarienne évité est moins important qu'attendu, concernant environ un tiers des patientes. L'analyse des complications met en évidence un aspect multifactoriel, dont la VME ne constitue qu'un élément. Cela impose lors de sa proposition, d'effectuer l'analyse de dossier au cas par cas, en toute transparence avec la patiente, afin qu'elle appréhende la réalité des bénéfices, en balance avec son surcroît de morbidité propre, ainsi que liée à l'utérus cicatriciel.

Mots clés : Version par manœuvres externes, siège, césarienne antérieure, utérus cicatriciel, complications maternelles, complications périnatales.