

En direct du CNGOF : RPC prématurité

Mode d'accouchement

Didier Riethmuller, Nicolas Mottet
CHRU Besançon



Fragilité des prématurés : mécanique

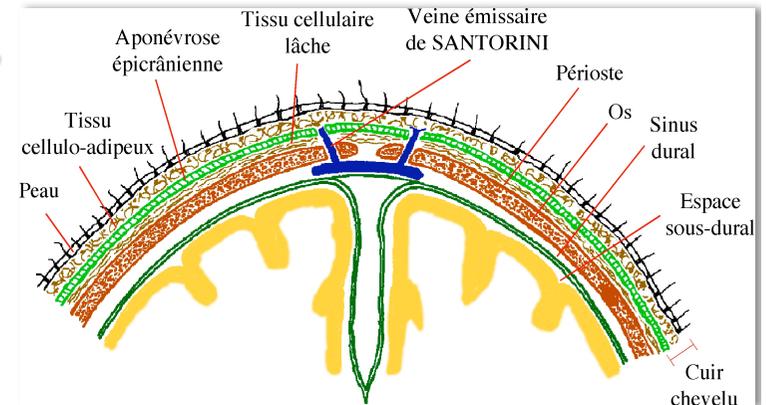
✧ Os = densité osseuse faible :

- Risque de fractures, embarrures,
- Fragilité des membres

✧ Fragilité vasculaire +++

- Ecchymoses,
- Hématome,

✧ Fragilité cutanée (début couche cornée = 24SA)



Fragilité des prématurés : biologique

✧ Anémie

	22-25 SA	26-29 SA	> 29 SA
Hg en g/100 ml	12,2	12,9	13,6

✧ Hémostase

✧ Diminution du fibrinogène

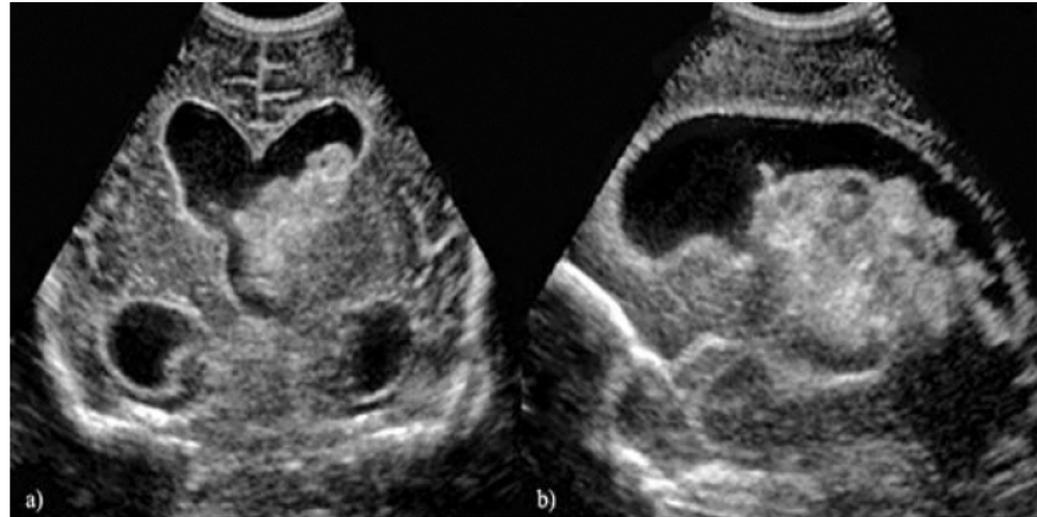
✧ Facteurs coagulation

Facteurs	<28 SA	28-31 SA	À terme
II	12	30	45
VII	28	50	60
IX	10	35	40
X	20	40	35

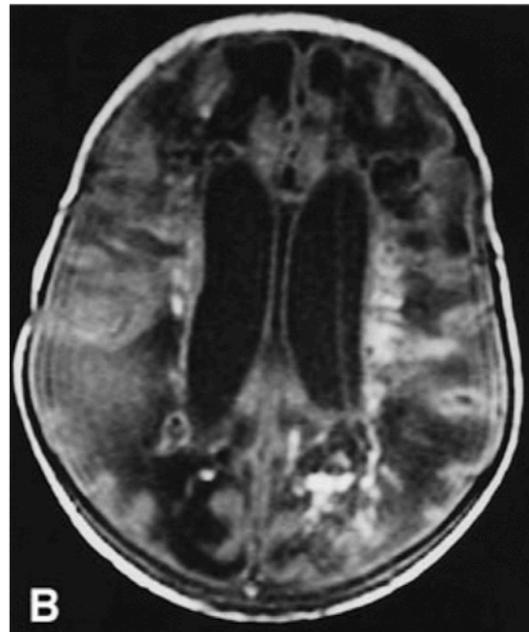
✧ Système immunitaire

Fragilités associées : risque cérébral

Echo : 28 SA
HIV grade IV



Anca. Med Ultrasonogr 2011; 13: 314



Echo : 32 SA
HIV grade IV

Sie L. AJNR 2000; 21: 852



Mécanique & Techniques
Obstétricales

Obstétricales



L'accouchement du prématuré

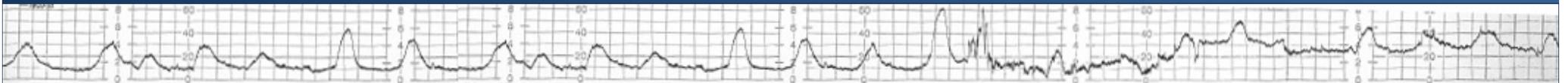
CHOIX DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT...



To born or not to born that's not the question, the question is how to born ?!

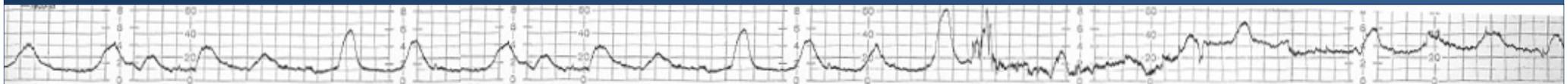
Mode d'accouchement en cas de prématurité spontanée

Nicolas Mottet, Didier Riethmuller
et le groupe d'experts
Pôle Mère-Femme, CHU Besançon



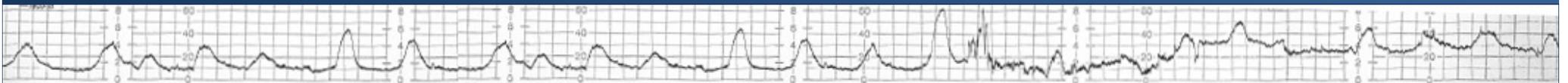
Quelle est la meilleure voie d'accouchement ?

- Analyse de la littérature devrait se concentrer sur :
 - Essais prospectifs randomisés
 - Intention de voie basse VS intention de voie haute
 - MAIS nombreux facteurs de confusion car :
 - Accouchements inopinés dans groupe intention de césarienne
 - Césarienne dans groupe intention de voie basse
- Actuellement, aucune étude avec fort niveau de preuve
 - Quelques cohortes et méta-analyses



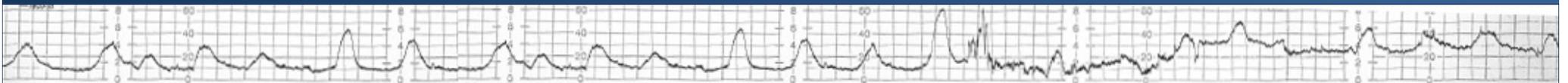
Présentation céphalique

- **Méta-analyse de la *Cochrane database* 2013 :**
 - 4 études randomisées, 116 patientes entre 26-36 SA, 1 seule étude pour les PC
 - Objectif : évaluer le taux de mortalité néonatale suivant la voie d'accouchement « programmée »
 - Détresse respiratoire (OR = 0,49 ; IC 95 % : 0,13-1,88)
 - Mortalité néonatale (OR = 0,33 ; IC 95 % : 0,03-3,29) (NP4)
 - Par manque de puissance des études = pas de conclusion possible



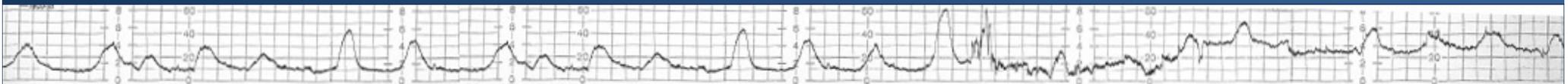
Présentation céphalique

- **2004 Riskin et al. :**
 - Cohorte rétrospective de **2955** prématurés entre 24-34 SA < 1500g
 - Objectif : évaluer le taux de mortalité néonatale suivant la voie d'accouchement « **effective** »
 - Pas de diminution de la mortalité en cas de césarienne (**OR 1,00 ; IC 95 % : 0,74-1,33**) après ajustement sur AG, poids, cure de corticoïdes, RPM (**NP4**)
- **2012 Reddy at al. :**
 - Cohorte rétrospective multicentrique de 2906 naissances : 1 groupe entre 24-27 SA et 1 groupe entre 28- 31 SA
 - OBJ : comparer le taux de mortalité néonatale en fonction de la voie d'accouchement et de la présentation fœtale
 - Risque de mortalité néonatale indépendant de la voie d'accouchement (**RR = 1,31 ; IC 95 % : 0,77-2,24** et **RR = 0,84 ; IC 95 % : 0,36-1,96**) (**NP4**)



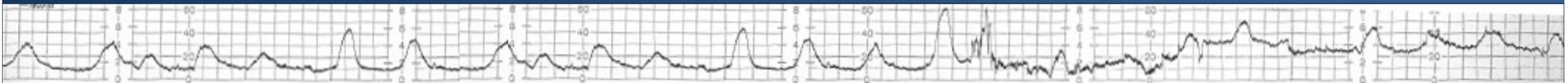
AU TOTAL : En cas de PC

- Aucune étude ne permet d'affirmer que la césarienne améliore le pronostic néonatal (NP4)
- La voie haute semble associée à un excès de comorbidités maternelles (NP4)
- La tentative de voie basse, en l'absence de contre-indications fœtales ou maternelles, est à privilégier
- **Le travail prématuré spontané n'est pas en soi une indication de césarienne en cas de PC (accord professionnel)**



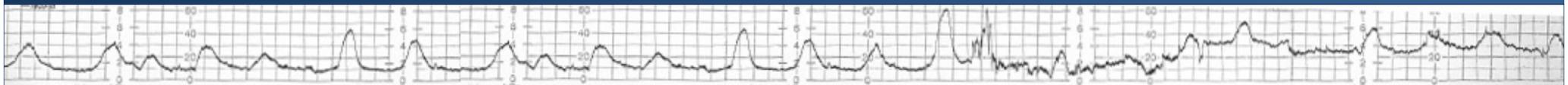
Présentation du siège

- **1 seule tentative d'essai randomisé : échec (NP4)**
- **Cohorte EXPRESS de 2015 (884 fœtus)**
 - **OBJ** : repérer les facteurs obstétricaux influençant le taux de survie néonatale et le développement psychomoteur à l'âge de 2,5 ans chez les prématurés 22 et 27 SA
 - Après ajustement sur AG, l'accouchement du siège par VB était un FdR de :
 - décès dans les 24 h suivant la naissance (OR=2,3 ; IC 95 % : 1,0-5,1) **(NP3)**
 - de retard de développement mental (OR=2 ; IC 95 % : 1,2-7,4) **(NP3)**
 - **Mais seulement 14 % de siège dans le groupe VB !!**



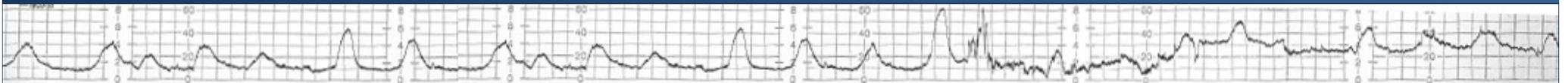
Présentation du siège

- **Berghenhenegouwen et al., 2015**
 - Cohorte rétrospective de 8356 sièges nés par VB entre 26-36 SA
 - Diminution mortalité uniquement dans sous groupe césar entre 28-32 SA (OR ajusté = 0,27 ; IC 95% : 0,10-0,77) (NP3)
 - *Mais validité interne critiquable avec biais supposés de classement*
- **Kayem et al., 2015**
 - Étude rétrospective multicentrique, 130 tentatives de VB vs 173 césar programmées entre 26 et 30 SA
 - Tentative de VB n'était pas associée à un excès de mortalité (NP4)
 - FdR de décès : RPM avant 24 SA, naissance entre 26 et 27 SA , pas de corticothérapie prénatale, sepsis néonatal (NP4)



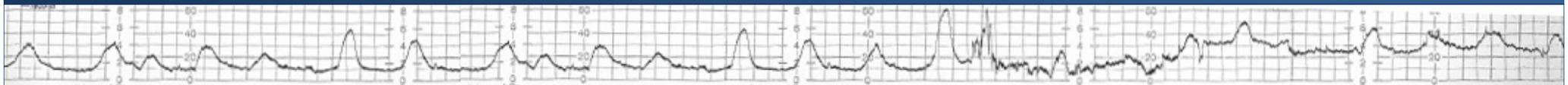
AU TOTAL : En cas de siège

- Pas de données robustes démontrant supériorité de la césar systématique chez le prématuré en siège (NP4)
- La plupart des études de cohortes s'accordent sur l'existence d'un excès de mortalité en cas de tentative de voie basse < 28 SA mais sans démonstration statistique suffisante (NP4)
 - Crainte = rétention tête dernière mais l'hystérotomie n'écarte pas ce risque (NP4)
- **Les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre pour l'accouchement du siège prématuré (accord professionnel)**



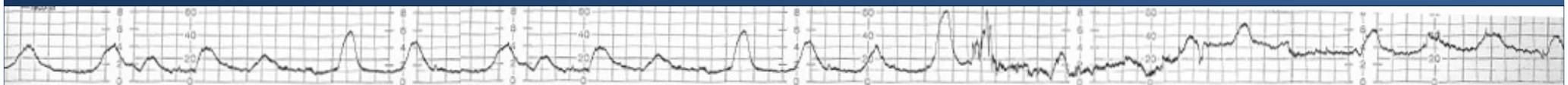
L'extrême prématurité

- Entre 24 et 26 SA
- **Deutsh et al, 2011**
 - Cohorte rétrospective USA : 325 accouchements de fœtus en siège entre 23 et 24 SA
 - **OBJ : comparer le tx de survie 175 césariennes VS 150 accouchements par VB**
 - **Diminution de la mortalité en cas de césarienne (OR = 0,22, IC 95% : 0,13-0,37) (NP4)**
- **Malloy et al, 2008**
 - Tx de mortalité néonatale entre 22 et 25 SA plus faible en cas césar après ajustement sur l'AG (OR = 0,58 à 22 SA ; OR = 0,52 à 23 SA ; OR = 0,72 à 24 SA ; OR = 0,81 à 25 SA) (NP4)
- ✧ ***Mais attention : La plupart des césariennes sont réalisées pour des indications maternelles***
- **Méta-analyse de la Cochrane database 2013 :**
 - La réalisation systématique d'une césarienne dans ces situations ne réduit pas le risque de morbidité néonatale (NP4)



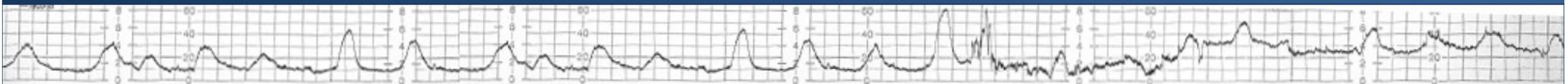
AU TOTAL : en cas d'extrême prématurité

- Entre 24 et 26 SA
- **BIAIS DE COMPORTEMENT** dans les études de cohortes disponibles :
 - Limiter les conséquences maternelles d'une césarienne corporéale
 - ET accorder la VB en cas de faibles chances de survie néonatale
- Epipage 2 : taux de survie à 24 SA = 44,1 % (NP3)
- **Les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas d'extrême prématurité (accord professionnel)**



Moyens de surveillance pdt le travail

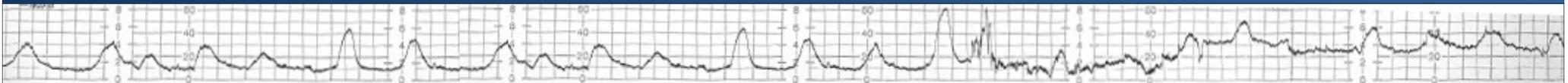
- L'interprétation du RCF est identique à celle d'un fœtus à terme et doit être basée sur les recommandations élaborées par le CNGOF en 2007 (accord professionnel)
- **Une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal est recommandée pendant le travail prématuré** (accord professionnel)
- **Les données disponibles dans la littérature ne sont pas suffisantes pour proposer l'utilisation du pH ou des lactates au scalp avant 34 SA** (accord professionnel)
- **L'utilisation d'un moyen de surveillance de deuxième ligne ne doit pas retarder la naissance** (accord professionnel)



Nouvelles définitions !

4 types d'accouchement

- ✧ Accouchement normal ou eutocique
- ✧ Accouchement instrumental
- ✧ Accouchement manœuvrier
- ✧ Accouchement par césarienne



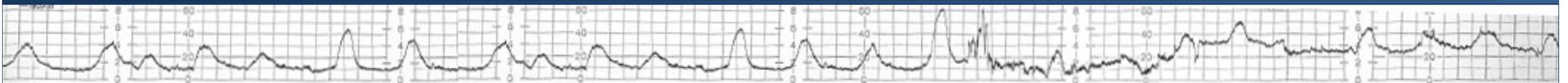
Preterm birth by vacuum extraction and neonatal outcome: a population-based cohort study

Katarina Åberg^{1*}, Mikael Norman² and Cecilia Ekéus³

Accouchement par ventouse : 1 seule étude

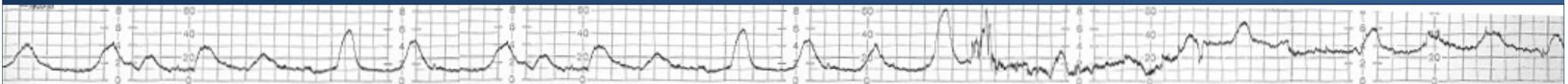
“Overall, intracranial hemorrhage (ICH) occurred in 1.51%, extracranial hemorrhage (ECH) in 0.64%, and brachial plexus injury in 0.13% of infants. Infants delivered by VE had higher risks for ICH (AOR = 1.84 (95% CI: 1.09-3.12)), ECH (AOR = 4.48 (95% CI: 2.84-7.07)) and brachial plexus injury (AOR = 6.21 (95% CI: 2.22-17.4)), while infants delivered by CS during labor had no increased risk for these complications, as compared to VD.”

Plus d'hémorragie intra-crânienne, plus d'hématome sous-galéal, plus de plexus brachial



AU TOTAL : accouchement instrumental

- Parler d'AI sous entend AUSSI que la naissance peut être assistée :
Fonction d'un instrument ne se limite pas à sa seule capacité de traction
 - Réduire la durée de la phase d'expulsion
 - Limiter la compression de la tête fœtale dans la filière
- **L'utilisation de la ventouse est envisageable lorsque l'ossification est jugée satisfaisante, le plus souvent après 34 SA (accord professionnel)**
- **Avant 34 SA, il n'y a pas de données scientifiques permettant de recommander un type d'instrument plutôt qu'un autre dans l'accouchement instrumental du prématuré (accord professionnel) :**
 - Utilisation des spatules intéressantes car indépendantes de la tête fœtale et surtout pas de force d'écrasement
- **Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander la réalisation systématique d'une épisiotomie lors de la naissance d'un fœtus prématuré (accord professionnel)**





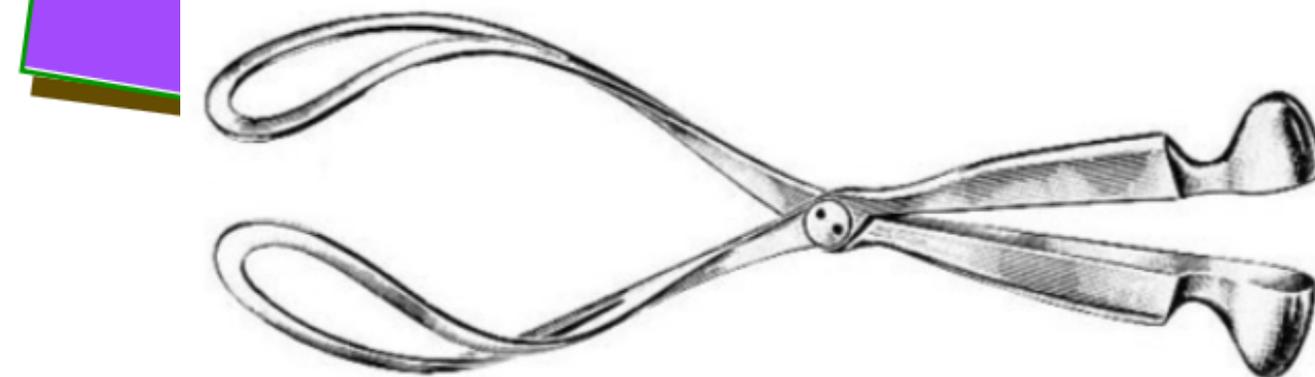
1 : Levier du type
« inter-appui »

Balançoire



2 : Levier du type
« inter-résistant »

Casse-noix



3 : Levier du type
« inter-moteur »

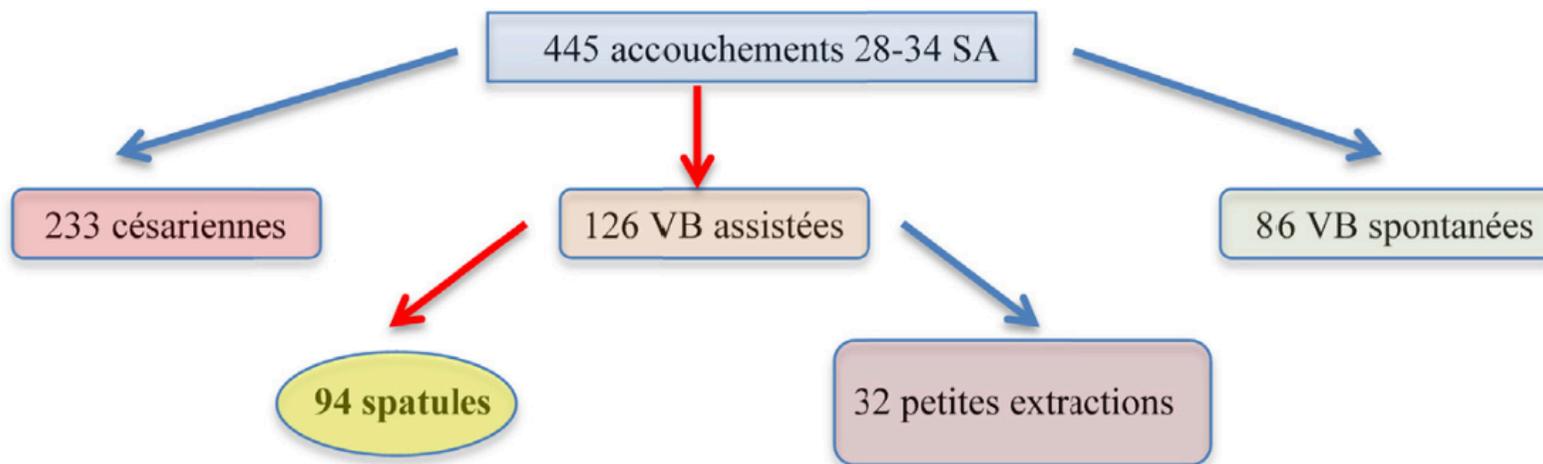
Pince à sucre

Évaluation des spatules de Teissier dans l'accouchement assisté des fœtus prématurés

B. Khallouk, N. Mottet, E. Goujon, R. Ramanah, D. Riethmuller*



2015



Les spatules entre 28 et 34 SA ne s'accompagne pas d'une augmentation de la morbidité néonatale ou maternelle.

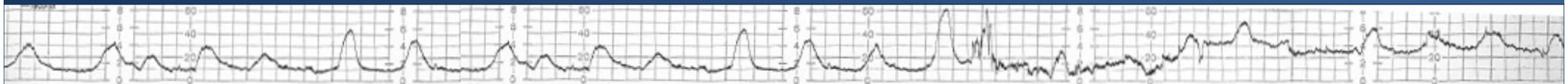
C'est l'instrument de choix à privilégier pour la VB assistée, là où la ventouse et le forceps sont à risque pour le fragile pôle céphalique fœtal à ces termes.

Le taux important de dégagement en OS semble montrer que les contraintes physiques imposées au pôle céphalique fœtal par la filière maternelle sont amoindries par les spatules. Leur caractère de « protection » de la tête fœtale n'est peut-être pas un mythe...

De plus, l'utilisation large ou systématique des spatules dans cette indication au sein des centres académiques, permettrait d'améliorer la formation des jeunes obstétriciens.

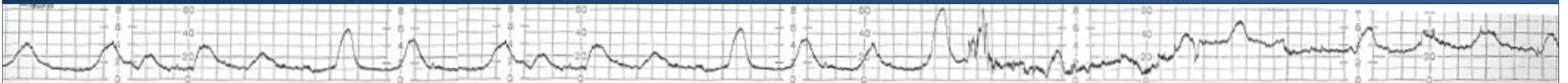
Clampage précoce ou retardé du cordon ombilical

- Données de la littérature ne permettent pas d'affirmer sa supériorité par rapport au clampage précoce (NP3) :
 - Manque d'homogénéité des définitions
 - ✓ Précoce entre 15 et 30 s VS Retardé entre 45 s et 2 min
 - Essais randomisés mais sur de faibles effectifs
 - Non respect de la procédure en aveugle
- **Si l'état néonatal et maternel le permettent, un clampage retardé peut être réalisé (accord professionnel)**
- **Les données disponibles dans la littérature sont insuffisantes pour recommander systématiquement cette procédure lors de la naissance d'un enfant prématuré (NP3)**



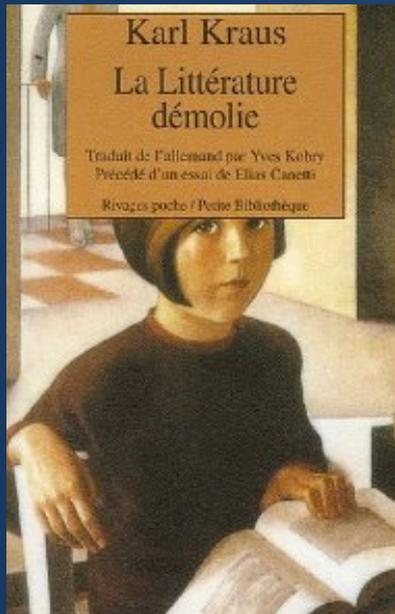
Conclusion

- Difficile de démontrer la supériorité d'une voie d'accouchement /une autre lors d'une naissance prématurée spontanée
- En cas de PC, la tentative de voie basse est à privilégier compte tenu des comorbidités maternelles liées à la césar surtout si hystérotomie corporéale (accord professionnel)
- **NE PAS OUBLIER : il existera tjrs des accouchements prématurés inopinés imprévisibles et rapides**
- **CONTINUONS à former les jeunes obstétriciens à l'accouchement du fœtus prématuré**
- Des essais randomisés comparant l'intention de césarienne et l'intention de voie basse permettraient d'apporter des conclusions plus solides, mais ces études sont difficiles à organiser sur le terrain



À propos de la prématurité...

"Le surhomme est un idéal prématuré qui suppose l'homme.»



Karl Kraus