La présentation du siège

VH vs VB : Bénéfices/risques pour la mère et l'enfant



Dr Cynthia TRASTOURCHU de Nice



Fréquence de la présentation du siège

- 3 % à terme,
- 9 % entre 33 à 36 SA,
- 18 % entre 28 et 32 SA
- 30 % avant 28 SA.

Morbi-mortalité (HAS OMS)

- Voie basse < césar programmée < césar en urgence
- But : éviter les césariennes en cours de travail → screening des patientes éligibles à la voie basse

Morbidité de la tentative de VB ≠ morbidité de la VB

Comparaison études

Term Breech trial (Hannah)

Randomisée 131 centres, 26 pays

- 1042 TVB vs 1041 C
- 56% VB réussie
- Pelviscann 9,8%
- 33% de RCF continu
- 22% extraction instrumentale VB
- Obstétricien présent dans 80% des cas
- Mortalité périnat 1,3%
- RR=14 risque de morbimortalité infant (5%)
- 50% de pays avec mortalité périnat ++
- Etude de la morbidité maternelle

PREMODA (Goffinet)

Observ prospect sur voie programmée 139 mater Franc 36 Belg 2001-2002

- 2526 VB prog (31,2%) vs 5579 C (68,8%)
- 71% VB réussie
- Pelviscann 82,4%
- 100% de RCF continu
- 5% extraction instrumentale VB
- Obstétricien présent dans 92% des cas
- Mortalité périnat 0,08%
- RR=1,1 risque de morbimortalité infant (1,6%)
- 0% de pays avec mortalité périnat ++
- Pas d'etude de la morbidité maternelle

Bénéfices/risques Pour la mère



Bénéfices de la césarienne pour la femme

- Impression de sécurité (« rien ne peut se passer »)
- Intérêt d'avoir une date programmée
- Préservation du périnée, sexualité

- Autre: Rôle du père (peau à peau)
- Autres gestes chir : traitement d'une malformation utérine (cloison), LDT si multipare, kystectomie...

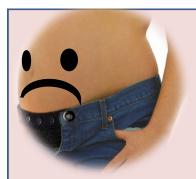


Risques de la césarienne pour la femme

« César de + en + sûre mais pas acte anodin : augmentation de risque pour la santé de la mère par rapport à l'accouchement par les voies naturelles. » HAS 2012

« La césarienne: une intervention à ne pratiquer qu'en cas de nécessité médicale Reco OMS Genève 2015

- augmentation de la mortalité maternelle et morbidité maternelle grave par rapport à la voie basse (multiplié par 2 environ) HAS
- Chirurgie : risque opératoire (info+++) HAS 2012
 - En cours d'opération, des lésions d'organes de voisinage de l'utérus (blessure de la vessie, des voies urinaires, de l'intestin ou des vaisseaux sanguins),
 - hémorragie pouvant menacer la vie de la patiente → transfusion, très exceptionnellement hystérectomie
- Parfois césarienne difficile notamment si préma avec parfois refend et cicatrice corporéale (attention RPM, chorio)



Risques de la césarienne pour la femme

- Séjour hospitalier plus long
- Risque thromboembolique, de décès maternel
- infection
- hématome ou une infection (abcès) de la cicatrice (ISO), occlusion, éviscération, éventration, réintervention

Vécu :

- Plus de douleur post partum, plus de difficultés à se mouvoir, à s'occuper du bébé
- Impression de ne pas avoir accoucher, Peau à peau immédiat plus difficile
- Rôle du père (ne peut pas couper le cordon, ne peut pas voir l'acct)
- \$ stress post trauma (césar en urgence)



Risques de la césarienne pour la femme

- Risques à long terme :
 - Douleurs abdominales, constipation
 - Grossesse ultérieure (NP2) :
 - « Risques d'affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures OMS »
 - → Utérus cicatriciel (nombre d'enfants souhaité?):
 - pb placentation, acreta
 - rupture utérine,
 - hysterectomie
 - risque MFIU, préma sur grossesse ultérieure (NP2)



Bénéfices de la voie basse pour la femme

- voie « physiologique » associée à la morbi-mortalité la plus basse par rapport à la césarienne
- « + naturel », certaines patientes préfèrent ne pas avoir de date programmée
- moins de douleur post partum plus de facilité à s'occuper du bébé
- moins de risque thromboembolique, de sepsis sévère
- Impression d'avoir donner la vie, vécu de l'accouchement
- Peau à peau immédiat possible (lien mère-enfant)
- Rôle du père, peut « vivre » l'accouchement, couper le cordon
- Utérus non cicatriciel

C.SHANTZ. 2020 étude Cesaria « Une césarienne, c'est comme si vous n'aviez jamais accouché d'un bébé »: une étude mixte de l'expérience de l'accouchement chez les femmes Français.

97% des femmes enceintes prefereraient accoucher voie basse



Risques de la voie basse pour la femme

- Angoisse que le bébé « reste coincé » ou ne supporte pas les contractions
- Angoisse de ne pas savoir quand cela va arriver
- Angoisse d'avoir une césarienne en urgence (vécu traumatique, \$ stress post trauma)
- Douleur post partum quand déchirure périnéale/ morbidité sphincterienne (urinaire, anale): etudes surtt pour PC
- IU 10 VB vs 5 % cesar
- Peur d'avoir mal (APD moins dosée?)
- Manque d'intimité (bcp de monde en salle)
- Risque d'avoir une cervicotomie, une AG, des manoeuvres

Recommandations internationales repris dans HAS 2012

Synthèse des conséquences maternelles et néonatales de la césarienne comparée à la voie basse, d'après les RBPs du NICE 2004 (41)

Augmentation avec la césarienne	Pas de différence entre les 2 modes d'accouchement	Réduction avec la césarienne
Douleur abdominale	Hémorragie	Douleur périnéale
Blessure (vessie, uretère)	Infection	Incontinence urinaire
Nécessité d'une nouvelle chirurgie	Blessure génitale	Prolapsus utéro-vaginal
Hystérectomie	Incontinence fécale	
Admission en soins intensif	Douleur du dos	
Thrombo-embolies	Dyspareunie	
Durée du séjour hospitalier	Dépression post natale	
Réadmission à l'hôpital	Mortalité néonatale	
Mort maternelle	Mortalité néonatale (sauf siège)	
Conséquences futures grossesse	Hémorragie intracrânienne	
(prématurité, <i>placenta prævia</i> , stérilité)	Lésions traumatiques plexus brachial	
Rupture utérine	Paralysie cérébrale	
Morbidité respiratoire néonatale		

NB : les risques ne s'appliquent pas à toutes les femmes et toutes les circonstances.

Synthèse des conclusions du NICE 2011 (9 études) sur les conséquences maternelles et néonatales entre césarienne et la tentative de voie basse

Peut être réduit après une césarienne programmée	Peut être réduit après une tentative de voie basse	Pas de différence	Résultats divergents entre les études
 Douleur périnéale et abdominale durent la naissance Douleur périnéale et abdominal à 3 jours après la naissance Blessure vessie, uretère, tractus génital Hémorragie précoce du post-partum « Choc » obstétrique 	 Durée d'hospitalisation post-partum Hémorragie requérant une hystérectomie Arrêt cardiaque 	 Douleur périnéale et abdominale à 4 mois Infection de paroi Traumatisme peropératoire Rupture utérine Ventilation assistée ou incubation Embolie pulmonaire Insuffisance rénale aiguë Morbidité maternelle sévère (inclus PPH, septicémie, admission soin intensif) 	 Mort maternelle Thrombose veineuse profonde Transfusion sanguine Infection de paroi et postpartum Hystérectomie Complication d'anesthésie
Admission néonatale en soin intensif		 Encéphalopathie Ischémie hypoxique (dépression SNC, pH < 7) Hémorragie intracrânienne Morbidité respiratoire néonatale 	 Mortalité néonatale 5 min Apgar score < 7

Recommandations internationales repris dans HAS 2012

Synthèse du groupe de travail sur les conséquences maternelles entre césarienne et la voie basse programmée

Probablement augmenté après une césarienne programmée	Probablement augmenté après une tentative de voie basse	Pas de différence
Mortalité maternelle		
Morbidité maternelle sévère		
Hystérectomie pour HPP		
Hystérectomie (toutes causes)	Transfusion pour HPP	
Accidents thrombo-emboliques	IUE à 3 mois	• IUE à 2 ans
Sepsis sévère		 Incontinence fécale à 3 mois, 2 ans
		 Incontinence aux gaz à 3 mois, 2 ans
		Dyspareunies à 3 mois, 2 ans
Césarienne aux grossesses suivantes		

Bénéfices/risques pour la mère tentative VB vs Cesar si siège

CNGOF 2020

- à court terme, taux de morbidité maternelle similaire quelle que soit la voie d'accouchement programmée pour siège (NP2).
- à 3 mois postpartum : risque diminué d'IU et dlr périnéales si césar mais plus de dlr abdo (NP2).
- À long terme : pas de différence de morbidité maternelle à 2 ans du postpartum (NP2).

Term Breech Trial » Hannah ME, Lancet 2000

 Si grossesse ultérieure, (études avec PC): si ut cicat risque graves de rupture utérine, d'anomalies d'insertion placentaire et d'hystérectomie (NP2).

Bénéfices/risques Pour l'enfant

PREMODA pour l'enfant	Planned vaginal delivery N = 2502 n (% 95% CI)	Planned caesarean section N = 5573 n (% 95% CI)	OR [95% CI]
5 min Angar	11 (70 9370 C1)	11 (70 9370 C1)	•
5-min Apgar			
<4*	4 (0.16 [0.04-0.41])	1 (0.02 [0.00-0.10])	8.92 [1.00-79.8]
<7	37 (1.48 [1.04-2.03])	26 (0.46 [0.30-0.68])	3.20 [1.93-5.30]
Total injuries	45 (1.80 [1.31-2.40])	26 (0.46 [0.30-0.68])	3.90 [2.40-6.34]
Fracture clavicle	15	5	
Fracture of humerus	2	0	
Other fractures	0	4	
Brachial plexus injuries*	5	4	
Parietal skull fracture*	1	0	
Sternocleidomastoid injury	3	0	
Cutaneous wound with suture	1	4	
Hematoma, contusions	13	5	
Other injuries	5	4	
Transfer to NICU	54 (2.16 [1.63-2.81])	91 (1.63 [1.32-2.00])	1.33 [0.94-1.86]
NICU >4 days*	23 (0.92 [0.58-1.38])	53 (0.95 [0.71-1.24])	0.97 [0.59-1.58]
Intubation	26 (1.04 [0.68-1.52])	32 (0.57 [0.39-0.81])	1.82 [1.08-3.06]
Persistent after the first 24 h*	10 (0.40 [0.19-0.73])	21 (0.38 [0.23-0.58])	1.06 [0.50-2.26]
Transfer to NICU	140 (5.60 [4.73-6.57])	280 (5.04 [4.47-5.68])	1.12 [0.91-1.38]
Convulsions	4 (0.16 [0.04-0.41])	7 (0.13 [0.05-0.26])	1.27 [0.37-4.33]
Continued after first 24 h*	1 (0.04 [0.00-0.22])	4 (0.07 [0.02-0.18])	0.56 [0.06-4.98]
Parenteral or tubal feeding >4 days*	15 (0.60 [0.34-0.98])	32 (0.57 [0.39-0.81])	1.04 [0.56-1.93]
IVH	1 (0.04 [0.00-0.22])	2 (0.04 [0.004-0.13])	1.11 [0.10-12.28]
Grade 1	0	1	
Grade 2	1	1	
Fetal death*	2 (0,08 [0.009-0.28])	7 (0,13 [0.05-0.26])	0.64 [0.13-3.06]
Neonatal death*	0	1 (0.02 [0.00-0.10])	
Fetal and neonatal mortality or serious neonatal morbidity	40 (1.60 [1.14-2.17])	81 (1.45 [1.16-1.81])	1.10 [0.75-1.61]

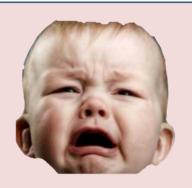
PREMODA	N = 2502	N = 5573 n (% 95% CI)	
	n (% 95% CI)		
5-min Apgar	-	•	
<4*	4 (0.16%)	1 (0.02 %) OR 8,92	
<7	37 (1.48%)	26 (0.46%) OR 3,20.	
Total injuries	45 (1.80 %)	26 (0.46%) OR 3,90.	
Fracture clavicle	15	5	
Fracture of humerus	2	0	
Other fractures	0	4	
Brachial plexus injuries*	5	4	
Parietal skull fracture*	1	0	
Sternocleidomastoid injury	3	0	
Cutaneous wound with suture	1	4	
Hematoma, contusions	13	5	
Other injuries	5	4	

PREMODA	Planned vaginal delivery N = 2502 n (% 95% CI)	Planned caesarean section N = 5573 n (% 95% CI)
Transfer to NICU	54 (2.16%)	91 (1.63%) OR 1,33
NICU >4 days*	23 (0.92%)	53 (0.95%) OR 0,97
Intubation	26 (1.04%)	32 (0.57 %) OR 1,82.
Persistent after the first 24 h*	10 (0.40	21 (0.38 %) OR 1,06
Transfer to NICU	140 (5.60%)	280 (5.04%) OR 1,12
Convulsions	4 (0.16 %)	7 (0.13%) OR 1,27
Continued after first 24 h*	1 (0.04%)	4 (0.07 %) OR 0,56
Parenteral or tubal feeding >4 days*	15 (0.60%)	32 (0.57 %) OR 1,04
IVH	1 (0.04%)	2 (0.04 %) OR 1,11
Grade 1	0	1
Grade 2	1	1
Fetal death*	2 (0,08%)	7 (0,13%) OR 0,64
Neonatal death*	0	1 (0.02 %)
Fetal and neonatal mortality or serious neonatal morbidity	40 (1.60%)	81 (1.45%) OR 1,10



Bénéfices de la césarienne pour l'enfant

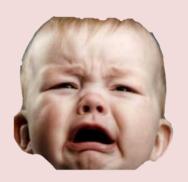
- Moins de mortalité (TBT Hannah 13‰ vs 1‰ dans PREMODA)
- Moins de fractures de clavicules, hématomes du siége,
- Moins d'IOT, transfert en rea



Risques de la césarienne pour l'enfant

- Plus de risque de détresse respi (membranes hyalines avec hospi en USIN, besoin en 02, sejour +long (cout), hypoglycemie, sepsis
 - Pas d'hormone de stress
- Parfois difficulté d'extraction, retentions de tête
- Plaie de bistouri, fractures osseuses
- Lien mère -enfant

Stabuszewska- Joz. Pediatrics Consequences of Caesarean Section—A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J environ. Res. Public. Health 2020.



Risques de la césarienne pour l'enfant

- À long terme :
 - Asthme (NP2), inf respiratoire
 - Obésité dans l'enfance et l'âge adulte (NP2), diab Type 1

À confirmer complication à long terme:

- Anomalie neurodéveloppementale et cognitive
- Tb comportement (autisme, \$ hyperactivité)
- Patho auto immune (arthrite juvenile)
- Allergie (alimentaire, atopie, rhinite allergiques)
- \$ X (HTA, obésité, diab T2)

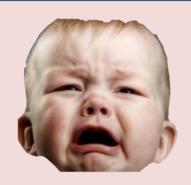
Stabuszewska- Joz. Pediatrics Consequences of Caesarean Section—A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J environ. Res. Public. Health 2020.

Neonatal Outcomes After Elective Cesarean Delivery Kamath. Obstet Gynecol 2009



Bénéfices de la voie basse pour l'enfant

- + naturel
- Meilleur adaptation à la vie extra utérine (hormone de stress)
- Peau à peau immédiat possible (lien mèreenfant), rôle du père



Risques de la voie basse pour l'enfant

- Rétention tête dernière
- Mortalité néonatale
- Morbidité néonatale
- Traumatisme néonatal (hématome du siège, oedème parties génitales, fracture de clavicule) 1%
- Acidose : pas d'exam 2^e ligne
- Transfert en USIN (2,16%)

Bénéfices/risques pour l'enfant tentative VB vs Cesar si siège

CNGOF 2020

- Mortalité périnatale est aux alentours de 1 ‰ (NP3), potentiellement moindre mais non nul si césarienne programmée (NP2).
- Les risques sont majorés en cas de tentative de voie basse (NP2) et seraient de l'ordre de 1 % (NP3) pour :
- traumatisme néonatal
- fracture de clavicule et hématome du siège
- de score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes
- de nécessité d'intubation néonatale,

Bénéfices/risques pour l'enfant tentative VB vs Cesar si siège

CNGOF 2020

- Pas de différence :
 - Développement neurologique à 2 ans (NP2)
 - Développement psychomoteur et cognitif entre 5 et 8 ans (NP3)
 - Niveau intellectuel à l'âge adulte (NP4)
 - Pas de données spécifique au siège pour risque d'allergie et de troubles métaboliques, et risques de morbi-mortalité périnatale si nouvelle grossesse.
 - Qq soit la présentation, si césarienne :
 - risque d'asthme chez l'enfant jusqu'à l'âge de 12 ans,
 - obésité dans l'enfance et à l'âge adulte (NP2).
 - Si nouvelle grossesse, ut cicat : risque de MFIU et prématuré (NP2).



Bénéfices et risques pour l'obstétricien

- Cesar plus simple à programmer ?
- moins d'angoisse d'avoir à faire des manœuvres
- Cotation?

mais

- Risque médicolégal (VB/cesar)
- Risque opératoire avec parfois manœuvre nécessaires, refend
- Perte de la connaissance des manœuvres
- Risques tentative VB ≈ risque de l'utérus cicatriciel
- Coût pour le système de santé

Reco HAS 2012 pour césar programmée

- Information tracée: « une information de la patiente est nécessaire (indication, balance bénéfices-risques, conditions de réalisation). Les éléments d'information communiqués doivent être mentionnés dans son dossier médical »
- Après 39 SA: sinon morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire)
- Avoir rechercher les critères de la VB (intérêt du pelviscann --- si refus VB : irradiation)
- VME proposée
- Echo de présentation avant césar

Quel choix pour la voie d'accouchement?

« docteur, c'est quoi le mieux? »

«la coopération de la patiente » (HAS) dépend de l'info reçue

→ Information claire, loyale, et approprié art. 35 code de déontologie médicale

= « les risques de complications sévères pour l'enfant et la mère sont faibles en cas de tentative de voie basse ou de césarienne programmée » (CNGOF 2020).

Accouchement du siège peut être compliqué, même pour les cigognes!

