



## Le siège: RPC du CNGOF 2020

Guillaume BENOIST

Juin 2021

## Les 7 questions

- 1. Présentation du siège : épidémiologie, facteurs associés et complications.
- 2. Version par manœuvre externe et techniques de version alternatives en cas de présentation du siège.
- 3.Bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée en cas de présentation du siège à terme.
- 4.Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas de présentation du siège à terme.
- 5.Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège.
- 6.Organisation et information en cas de présentation du siège.
- 7. Accouchement en cas de présentation du siège

### Méthodologie

- Medline
- Cochrane Data Base
- Recommandations ACOG, RCOG, SOGC, CNGOF
- NP et grades selon HAS:
  - Niveaux de preuve (NP 1 à 4) / Grade (A, B, C)
  - Avis d'experts / Accord professionnel (AP)

Grade A: Preuve scientifique établi

Grade B : Présomption scientifique

Grade C: Faible niveau scientifique

Avis d'experts: Accord professionnel

### Méthodologie

- « Il est recommandé de faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible.
- « Il n'est pas recommandé de faire... » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire.
- « Il est recommandé de ne pas faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente les risques ; il faut donc éviter de faire ce geste.

#### Tableau 1

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 1	
Essais comparatifs randomisés de forte puissance	A
Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés	Preuve scientifique établie
Analyse de décision basée sur des études bien menées	
Niveau 2	
Essais comparatifs randomisés de faible puissance	B
Études comparatives non randomisées bien menées	Présomption scientifique
Études de cohorte	
Niveau 3	
Niveau 3 Études cas-témoins	
Études cas-témoins	C
Études cas-témoins  Niveau 4	C Faible niveau de preuve
Études cas-témoins  Niveau 4  Études comparatives comportant des biais importants	C Faible niveau de preuve
Études cas-témoins  Niveau 4  Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives	C Faible niveau de preuve
Études cas-témoins  Niveau 4  Études comparatives comportant des biais importants	C Faible niveau de preuve
Études cas-témoins  Niveau 4  Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives	C Faible niveau de preuve  Accord professionnel

## Sémantique

### Uniformisation de la sémantique

Accord Professionnel

Simplification du discours face aux femmes



Présentation du siège

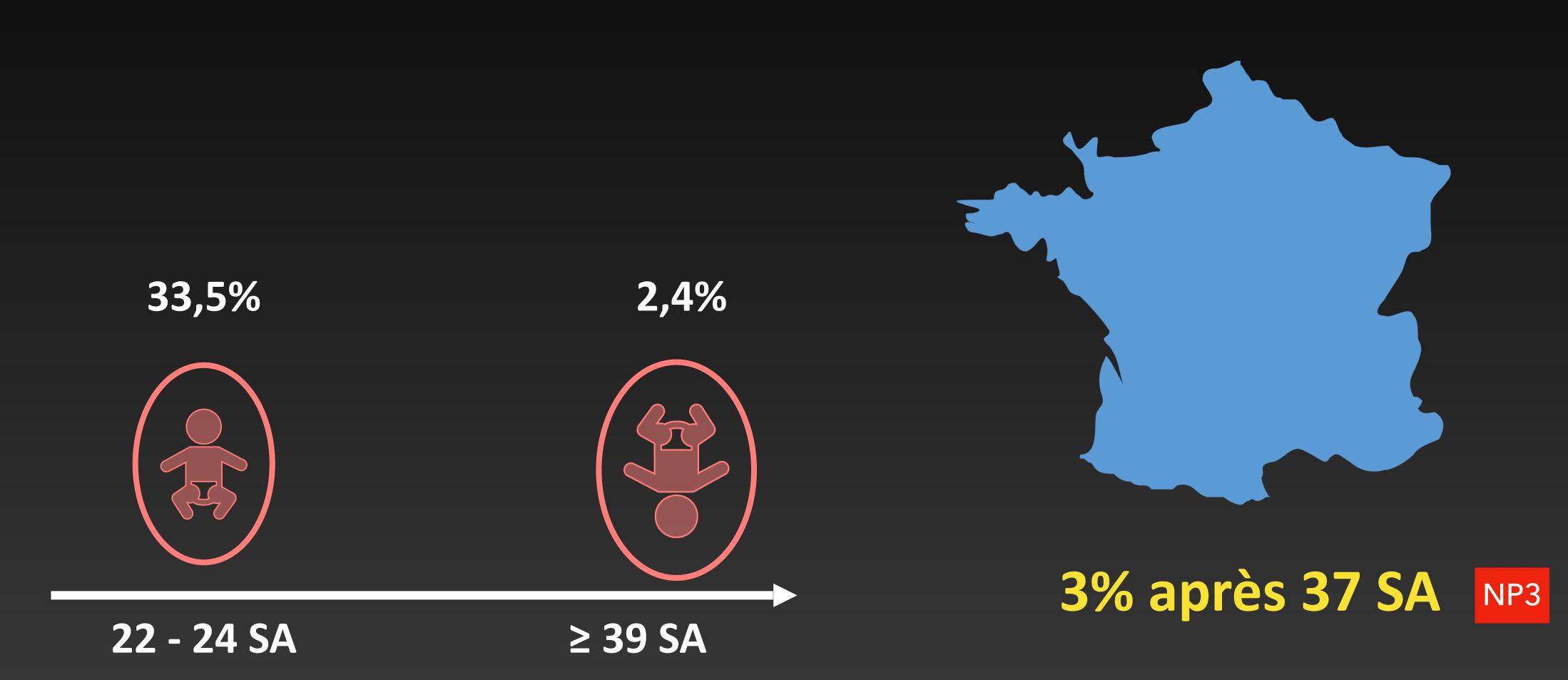
**Accord Professionnel** 



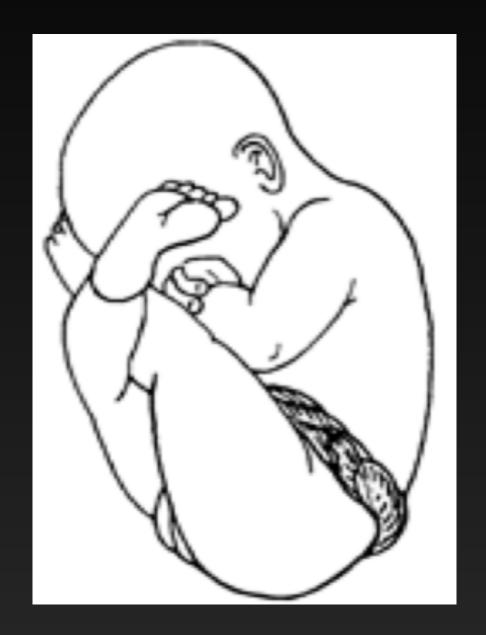
PRÉSENTATION PODALIQUE

## Présentation du siège : épidémiologie, facteurs associés et complications.

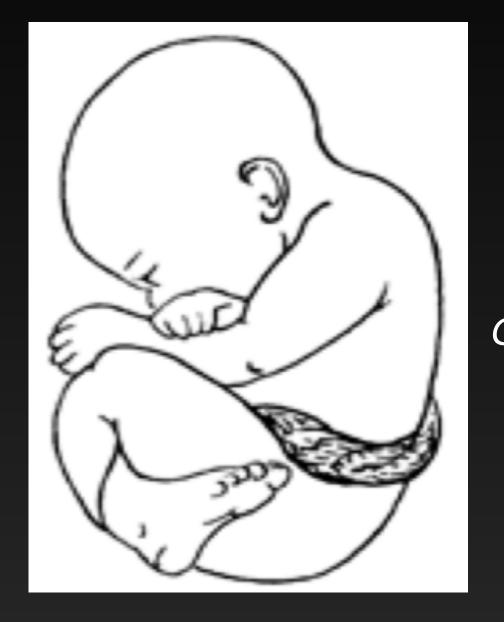
## Incidence selon l'âge gestationnel



### Mode de présentation



DÉCOMPLÉTÉ ~ 60% des cas



COMPLET ~ 30% des cas

NP2

Hannah et al. TBT. The Lancet. 2000 Goffinet et al. PREMODA. AmJOG. 2006

> Iconographie : Gimovsky et al. Operative Obstetrics. Baltimore, Williams & Wilkins. 1995

Environ 5% de l'ensemble des présentations du siège au moment de

l'accouchement sont inopinées NP4

## Facteurs associés à une présentation du siège et mode d'accouchement en France

- Malformation utérine congénitale X8,6
- Myomes X 1,5
- •Oligoamnios X2
- Prématurité X 1,6
- Certaines malformations congénitales chez le fœtus X 1,5

NP3

• Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) X 1,2

## Accouchement des sièges en France

- En France, une tentative de voie basse est réalisée pour un tiers des femmes avec un fœtus en présentation du siège à terme
- Le taux de succès est de 70 %



## Morbidité globale du siège indépendamment de la voie d'accouchement

- La morbi-mortalité périnatale après 37 SA en cas de présentation par le siège semble plus importante qu'en NP3 cas de présentation céphalique, <u>toutes voies d'accouchement confondues</u>
- Le risque de lésions traumatiques lors de l'accouchement est estimé à moins de 1%

NP3

- Les lésions les plus fréquemment retrouvées sont les fractures de la clavicule, les hématomes ou contusions et les lésions du plexus brachial
- La présentation du siège est associée à une augmentation du risque de dysplasie des hanches et la césarienne ne semble pas en être un facteur protecteur

NP3

• La présentation du siège ne semble pas être associée à une augmentation du risque de paralysie cérébrale en comparaison à la présentation céphalique lorsque les fœtus atteints de malformations congénitales sont exclus

NP3

## La version par manoeuvre externe

### La Version par Manœuvre Externe (VME)

- La tentative de version par manœuvre externe (VME) est associée à:
  - une diminution du taux des présentations du siège à l'accouchement NP2
  - et à une diminution du taux de césarienne NP3
  - sans augmentation de la morbidité maternelle et périnatale sévère. NP3
    - Le risque de mort fœtale in utero ne semble pas augmenté en cas de tentative de VME en comparaison à l'expectative (environ 0,5% dans les deux cas) NP3
- Il est donc recommandé d'informer les femmes avec un fœtus en présentation du siège de la possibilité de réaliser une tentative de VME. Accord professionnel
- Cependant, le taux de réussite de la VME est très variable selon les études et d'ordinaire inférieur à 50%.

## Contre-indications et facteurs associés à la réussite d'une VME

- Contre-indications / absence de contre-indications à une VME:
  - Une tentative de VME ne doit pas être réalisée dans les situations qui justifient Accord professionnel une césarienne programmée pour une autre raison que la présentation du siège
  - Il n'est pas recommandé de réaliser un dépistage systématique des anomalies funiculaires avant la réalisation d'une tentative de VME Accord professionnel
  - L'utérus cicatriciel n'est pas une contre-indication à une tentative de VME Accord professionnel

#### • Facteurs associés à la réussite d'une VME :

- la multiparité NP3
- et l'absence d'obésité maternelle . NP3
- La tentative de VME avant 37 SA, en comparaison à une tentative de VME à partir de 37 SA, augmente les chances de présentation céphalique à la naissance avec une faible augmentation du risque de prématurité modérée NP2

## Modalités de réalisation d'une VME II est recommandé de....

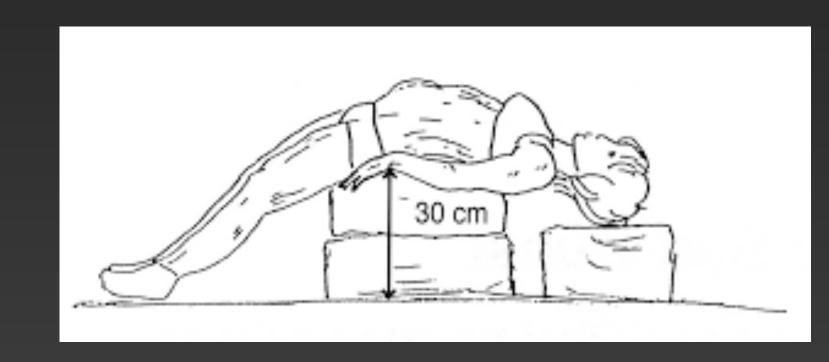
- réaliser toute tentative de VME:
  - à partir de 36SA Accord professionnel
  - dans une structure où une césarienne est réalisable en urgence Accord professionnel
  - concomitamment à une tocolyse IV afin d'en augmenter le taux de succès . NP2
- réaliser un enregistrement du RCF avant toute tentative et pendant les 30 minutes qui suivent Accord professionnel

 veiller à la prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus RH-1, en accord avec les recommandations du CNGOF. Accord professionnel

## Modalités de réalisation d'une VME II **n'est pas** recommandé de....

- réaliser systématiquement après une tentative de VME: Accord professionnel
  - un test de Kleihauer,
  - ni un enregistrement du RCF à distance.

- •réaliser, pour améliorer le taux de succès de la VME de séances Grade B
  - d'acupuncture,
  - de moxibustion,
  - d'hypnose
  - de méthodes posturales (position genu-pectorale et pont indien)
  - ou d'utiliser l'ALR (Accord professionnel)



Bénéfices et risques pour <u>l'enfant</u> de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée en cas de présentation du siège à terme

#### **Articles**

Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial

Mary E Hannah, Walter J Hannah, Sheila A Hewson, Ellen D Hodnett, Saroj Saigal, Andrew R Willan, for the Term Breech Trial Collaborative Group\*

**Methods** At 121 centres in 26 countries, 2088 women with a singleton fetus in a frank or complete breech presentation were randomly assigned planned caesarean section or planned vaginal birth. Women having a vaginal breech delivery had an experienced clinician at the birth. Mothers and infants were followed-up to 6 weeks post partum. The primary outcomes were perinatal mortality, neonatal mortality, or serious neonatal morbidity; and maternal mortality or serious maternal morbidity. Analysis was by intention to treat.

**Findings** Data were received for 2083 women. Of the 1041 women assigned planned caesarean section, 941 (90·4%) were delivered by caesarean section. Of the 1042 women assigned planned vaginal birth, 591 (56·7%) delivered vaginally. Perinatal mortality, neonatal mortality, or serious neonatal morbidity was significantly lower for the planned caesarean section group than for the planned vaginal birth group (17 of 1039 [1·6%] vs 52 of 1039 [5·0%]; relative risk 0·33 [95% CI 0·19–0·56]; p<0·0001). There were no differences between groups in terms of maternal mortality or serious maternal morbidity (41 of 1041 [3·9%] vs 33 of 1042 [3·2%]; 1·24 [0·79–1·95]; p=0·35).

**Interpretation** Planned caesarean section is better than planned vaginal birth for the term fetus in the breech presentation; serious maternal complications are similar between the groups.

American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 194, 1002-11





Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium

François Goffinet, MD, PhD,<sup>a,b</sup> Marion Carayol, Midwife,<sup>a</sup> Jean-Michel Foidart, MD, PhD,<sup>c</sup> Sophie Alexander, MD, PhD,<sup>d</sup> Serge Uzan, MD,<sup>e</sup> Damien Subtil, MD, PhD,<sup>f</sup> Gérard Bréart, MD,<sup>a,e</sup> for the PREMODA Study Group

**Objective:** A large trial published in 2000 concluded that planned vaginal delivery of term breech births is associated with high neonatal risks. Because the obstetric practices in that study differed from those in countries where planned vaginal delivery is still common, we conducted an observational prospective study to describe neonatal outcome according to the planned mode of delivery for term breech births in 2 such countries.

**Study design:** Observational prospective study with an intent-to-treat analysis to compare the groups for which cesarean and vaginal deliveries were planned. Associations between the outcome and planned mode of delivery were controlled for confounding by multivariate analysis. The main outcome measure was a variable that combined fetal and neonatal mortality and severe neonatal morbidity. The study population consisted of 8105 pregnant women delivering singleton fetuses in breech presentation at term in 138 French and 36 Belgian maternity units.

**Results:** Cesarean delivery was planned for 5579 women (68.8%) and vaginal delivery for 2526 (31.2%). Of the women with planned vaginal deliveries, 1796 delivered vaginally (71.0%). The rate of the combined neonatal outcome measure was low in the overall population (1.59%; 95% CI [1.33-1.89]) and in the planned vaginal delivery group (1.60%; 95% CI [1.14-2.17]). It did not differ significantly between the planned vaginal and cesarean delivery groups (unadjusted odds ratio = 1.10, 95% CI [0.75-1.61]), even after controlling for confounding variables (adjusted odds ratio = 1.40, 95% CI [0.89-2.23]).

**Conclusion:** In places where planned vaginal delivery is a common practice and when strict criteria are met before and during labor, planned vaginal delivery of singleton fetuses in breech presentation at term remains a safe option that can be offered to women.

© 2006 Mosby, Inc. All rights reserved.

### Term Breech trial (TBT) versus PREMODA En cas de présentation du siège à terme...

• La TVB est associée à une augmentation du risque composite de mortalité périnatale ou de survenue d'une morbidité néonatale sévère comparativement à la césarienne programmée (CP) (Term Breech Trial) . NP1

• Cette augmentation du risque <u>n'a pas été retrouvée</u> dans une large étude prospective observationnelle franco-belge (étude PREMODA). NP2

• Le risque de mortalité périnatale est aux alentours de 1‰ en cas de tentative de VB. NP3 Il est potentiellement moindre mais non nul en cas de césarienne programmée.

### Term Breech trial (TBT) versus PREMODA En cas de présentation du siège à terme...

• Les risques suivant sont majorés en cas de TVB et seraient de l'ordre de 1%:

- NP2
- traumatisme néonatal fracture de clavicule et hématome du siège principalement NP3
- score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes NP3
- nécessité d'intubation néonatale NP3

- Il n'a pas été retrouvé de différence entre la TVB et la CP concernant:
  - le développement neurologique à 2 ans NP2
  - le développement psychomoteur et cognitif entre 5 et 8 ans NP3
  - et le niveau intellectuel à l'âge adulte NP4

RCT international versus étude observationnelle	TERM BREECH TRIAL			PRÉMODA		
francophone	TVB n=1039	CP n=1039	RR (CP vs TVB)	TVB n=2502	CP n=5573	OR (TVB vs CP)
Mortalité périnatale ou morbidité néonatale sévère	5.0%	1.6%	0.33 (0.19-0.56)	1.60%	1.45%	1.10 (0.75-1.61)
Mortalité périnatale	1.3%	0.3%	0.23 (0.07-0.81)	0.08%	0.14%	
Morbidité néonatale sévère	3.8%	1.4%	0.36 (0.19-0.65)	1.52%	1.31%	

Étude observationnelle de supériorité Ne permet pas de dire qu'il n'y a pas de sur-risque néonatal à la TVB Permet de dire que le risque a été largement surestimé par le TBT

RCT international versus étude observationnelle	TER	RM BREE	CH TRIAL	PRÉMODA		
francophone	TVB n=1039	CP n=1039	RR (CP vs TVB)	TVB n=2502	CP n=5573	OR (TVB vs CP)
Mortalité périnatale ou morbidité néonatale sévère	5.0%	1.6%	0.33 (0.19-0.56)	1.60%	1.45%	1.10 (0.75-1.61)
Mortalité périnatale	1.3%	0.3%	0.23 (0.07-0.81)	0.08%	0.14%	
Morbidité néonatale sévère	3.8%	1.4%	0.36 (0.19-0.65)	1.52%	1.31%	/
Radiopelvimétrie	10%			83%		
Absence de déflexion de la tête	Vérifiée par écho ou cliniquement			Vérifiée par écho		
Extractions instrumentales	22%			5%		
Obstétricien sénior à l'accouchement	78%			93%		
Pays avec mortalité périnatale élevée	50%			0%		

• indépendamment de la présentation fœtale (céphalique et/ou siège), la césarienne est associée à un risque majoré <u>d'asthme</u> chez l'enfant jusqu'à l'âge de 12 ans, ainsi que <u>d'obésité</u> dans l'enfance et à l'âge adulte NP2

• En cas de nouvelle grossesse, le risque de <u>mort fœtale in utero</u> et <u>d'accouchement prématuré</u> est plus élevé lorsque l'accouchement précédent a eu lieu par césarienne plutôt que par voie basse NP2

Bénéfices et risques pour la <u>mère</u> de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée en cas de présentation du siège à terme

## Complications maternelles à <u>court terme</u> selon la voie d'accouchement programmée

• Nous ne disposons que d'une seule étude de qualité, un essai randomisé - le Term Breech Trial - limité principalement par un manque de puissance, ayant mis en évidence un taux de morbidité maternelle similaire quelle que soit la voie d'accouchement programmée NP2

• Les études en population les plus récentes ayant inclus essentiellement des fœtus en présentation céphalique, rapportent des résultats comparables, c'est-à-dire une morbidité maternelle sévère similaire en cas de césarienne programmée ou de tentative de voie basse NP3

## Complications maternelles à <u>3 mois</u> selon la voie d'accouchement programmée en cas de présentation du siège

- Il n'existe qu'une seule étude de qualité, ayant mis en évidence à 3 mois du postpartum une diminution:
  - du risque d'incontinence urinaire
  - et de douleurs périnéales



- avec néanmoins :
  - un risque augmenté de douleurs abdominales en cas de césarienne programmée comparativement à la tentative de voie basse

## Complications maternelles de la voie d'accouchement à moyen et long terme (> 1 an)

• En l'absence de grossesse ultérieure, la césarienne programmée ne modifie pas la morbidité maternelle à long terme NP2

• En cas de grossesse ultérieure, l'antécédent d'accouchement par césarienne expose la femme, aux risques graves de rupture utérine, d'anomalies d'insertion placentaire et d'hystérectomie NP2

# Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège

### Une évidence...

•Les facteurs retenus comme contre-indication maternelle, obstétricale, placentaire ou fœtale à la tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation céphalique, sont à considérer comme tels, également en cas de présentation du siège Accord professionnel

## La pelvimétrie (1)

 Il est recommandé de proposer aux femmes qui souhaitent une tentative de voie basse à terme une pelvimétrie pour décider avec elles de leur mode d'accouchement Grade C

 Sans modifier le taux global de césariennes, elle permettrait de réduire le risque de césarienne en cours de travail NP3

### La pelvimétrie (2)

 Les normes pelvimétriques qui étaient en vigueur lors de l'étude PREMODA prévoyaient un diamètre Promoto-Retropubien ≥ 105 mm, un diamètre
 Transverse Médian ≥ 120 mm, un diamètre Bi Epineux ≥ 100 mm.

• Cependant, comme il n'existe pas d'élément permettant de statuer sur les mesures du pelvis à privilégier, ni d'éléments qui permettraient de fixer des seuils décisionnels autres que ceux fixés dans les études publiées, les seuils décisionnels choisis, peuvent être modulés en fonction de l'âge gestationnel au moment de l'accouchement ou des biométries fœtales. Accord professionnel

## La pelvimétrie (3)

• Le risque oncogène théorique associé à l'exposition in utero aux radiations ionisantes doit faire préférer la pelvimétrie par IRM ou à défaut la scannopelvimétrie à la radiopelvimétrie. Accord professionnel

• Il n'existe pas d'argument pour recommander la pratique de la pelvimétrie en cas d'accouchement avant 37 SA. Accord professionnel

•En cas de présentation du siège méconnue à l'entrée en travail, l'absence de pelvimétrie ne contre indique pas <u>à elle seule</u> la tentative de voie basse.

Accord professionnel

## Echographie et siège

- Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander la réalisation systématique:
  - d'une estimation de poids fœtal
  - et/ou d'une mesure du diamètre bipariétal

• Cependant en cas d'estimation du poids fœtal connue avant la naissance supérieure à 3800g, une césarienne est à privilégier. Accord professionnel

- Il est recommandé avant une tentative d'accouchement par voie basse:
  - de vérifier l'absence d'hyper-extension de la tête fœtale par échographie Accord professionnel
  - et de préférer une césarienne si une telle position est mise en évidence Accord professionnel

#### Situations qui <u>ne sont pas en soi</u> une contre-indication à une TVB

- Fœtus petit pour l'âge gestationnel Accord professionnel
- Siège complet (Accord professionnel), même si elle est associée à un risque accru de césarienne en cours de travail NP3
- L'antécédent de césarienne. Accord professionnel
- La nulliparité, même si elle est associée à un risque accru d'échec de tentative d'accouchement par voie basse par rapport aux femmes qui ont déjà accouché par voie basse . NP3
- La rupture des membranes à terme avant travail Accord professionnel

#### Siège prématuré

• Les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre. Accord professionnel

# Organisation et information en cas de présentation du siège

#### Généralités sur l'information

- Aboutir à une décision partagée par la patiente et le GO
- Information claire et loyale
- Aide d'un tiers pouvant assurer la traduction si besoin
- Place primordiale de l'information délivrée par l'équipe de la maternité où la patiente a choisi d'accoucher
- Information tracée dans le dossier obstétrical
- La patiente doit être prévenue que l'option retenue peut être rediscutée en fonction du contexte obstétrical Accord professionnel

#### Tentative de voie basse vs césarienne

- L'information doit exposer les bénéfices et les risques
  - À court terme et à long terme
  - Pour l'enfant et pour la mère

• Informer sur les bénéfices et risques d'une tentative de voie basse versus césarienne programmée Accord professionnel

### Organisation

- Accouchement du siège dans une maternité
- Recours immédiat à la césarienne si besoin
- Disposer d'un protocole précisant conditions éligibilité TVB
- Disposer d'un échographe pour établir le type de présentation
- Prévenir le gynécologue-obstétricien de garde dès l'admission pour revalider la voie d'accouchement +/- complément d'infos
- Voie veineuse dès le début du travail
- Il n'est pas nécessaire de s'installer dans une salle de césarienne pour TVB
- Présence du GO à l'expulsion et disponibilité immédiate anesthésiste et pédiatre

## Accouchement en cas de présentation du siège

#### Déclenchement

- Il n'est pas démontré que le déclenchement du travail en cas de présentation du siège à terme soit associé à une augmentation de la morbidité périnatale NP3
  - en comparaison à un travail spontané
  - et en comparaison à la césarienne programmée, y compris sur col dévaforable .

• Le taux de césarienne est cependant majoré en cas de déclenchement en comparaison aux femmes en travail spontané, notamment en cas de score de Bishop bas . NP3

• La présentation du siège à terme n'est donc pas une contre-indication à un déclenchement lorsque les critères d'acceptation de la voie basse sont réunis Grade C

## Analgésie

• L'analgésie locorégionale périmédullaire devrait être encouragée comptetenu de la fréquence élevée des interventions obstétricales en cours de travail Accord professionnel

• L'ALR devrait faire appel à des protocoles avec basses concentrations d'anesthésiques locaux afin de diminuer le bloc moteur, comme dans les présentations céphaliques Accord professionnel

• En cas de contre-indication à l'ALR ou de choix personnel de la parturiente de ne pas avoir d'ALR, la tentative de voie basse n'est pas contre-indiquée

#### Surveillance foetale

• Il est recommandé de mettre en place une surveillance continue du RCF (enregistrement cardiotocographique externe) en cours de travail

Accord professionnel

 Aucun examen de surveillance du bien-être fœtal de 2nde ligne n'a démontré son intérêt pour diminuer la morbidité néonatale en cas de présentation du siège. Il n'est donc pas recommandé de réaliser d'examen de deuxième ligne en cas de présentation du siège au cours du travail

#### Durée du travail

• Il est impossible d'émettre de recommandations sur la durée normale des différents stades du travail en cas de présentation du siège à terme.

- Il n'est donc pas possible de définir des indications de césarienne
  - pour une phase de latence prolongée ou
  - pour une stagnation de la dilatation en phase active du travail

Paramètres du travail observés chez les femmes de l'étude PREMODA ayant accouché par voie basse (n = 1825) [3].

Arrêt de progression de la dilatation	
Aucun	1534 (87,2 %)
Au moins 1 épisode de stagnation $\geq$ 1 h	144 (8,2 %)
Au moins 1 épisode de stagnation $\geq$ 2 h	67 (3,8 %)
Au moins 2 épisodes de stagnation $\geq$ 2 h	14 (0,8 %)
Durée du 1 <sup>er</sup> stade du travail : entre 5 et 10 cm de dilatation	
<4h	1208 (66,2 %)
4–6 h	248 (13,6 %)
$\geq \! 7h$	25 (1,4 %)
Non précisé	344 (18,8 %)



2006

Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium • Il n'y a aucune donnée permettant de définir une stratégie spécifique de prise en charge de la dystocie dynamique en cas de présentation du siège.

• Il est cependant possible d'utiliser de l'oxytocine ou de réaliser une amniotomie en cas de dystocie dynamique Accord professionnel

• Il n'est pas possible de recommander une durée maximale pour la phase de descente Accord professionnel

 Néanmoins, en l'absence d'engagement après 2 heures à dilatation complète et après correction d'une éventuelle dystocie dynamique, il est recommandé d'envisager une césarienne Accord professionnel • Il est préférable de débuter les efforts expulsifs lorsque la présentation est engagée, le plus bas possible dans l'excavation pelvienne Accord professionnel

• Il n'est pas recommandé de débuter les efforts expulsifs sur une présentation du siège non engagée Accord professionnel

 Il n'y a pas d'argument pour recommander l'administration systématique d'oxytocine lors de la phase expulsive Accord professionnel

## Épisiotomie

 La présentation du siège ne constitue pas en soi une indication d'épisiotomie Accord professionnel

## Expulsion

• Durant le 1er temps de l'expulsion (siège proprement dit), Il est recommandé d'éviter les tractions précoces et intempestives Accord professionnel

• Durant les 2ème et 3ème temps de l'expulsion (épaules et tête fœtale), les données disponibles sont insuffisantes pour recommander soit l'expulsion spontanée sans intervention (« Vermelin ») soit la réalisation systématique de manœuvres d'accompagnement & pour recommander une manœuvre plutôt qu'une autre Accord professionnel

• En cas d'anomalies du RCF ou de progression jugée lente, une attitude interventionniste doit cependant être envisagée afin d'écourter la phase expulsive

Accord professionnel

• il n'est pas possible d'émettre de recommandation sur la durée des efforts expulsifs

Accord professionnel

• En l'absence de données comparatives, il n'a pas été possible d'émettre de recommandation sur la prise en charge des dystocies mécaniques observées dans l'accouchement du siège.

Accord professionnel

 Il ne paraît cependant pas raisonnable de pratiquer une grande extraction du siège sur un fœtus unique non engagé
 Accord professionnel

• L'assistance instrumentale par ventouse sur une présentation du siège décomplété n'est pas recommandée

Accord professionnel

### Conclusion

• En cas de présentation du siège à terme, les risques de complications sévères pour l'enfant et la mère sont faibles en cas de tentative de voie basse ou de césarienne programmée.

• Le rapport bénéfices/risques à court terme pour l'enfant pourrait être favorable à la césarienne programmée mais la morbidité à long terme ne semble pas modifiée en fonction de la voie d'accouchement

Accord professionnel

• Le rapport bénéfices/risques pour la mère à long terme est favorable à la tentative de voie basse, en particulier en cas de grossesse ultérieure

 Pour le groupe d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la tentative de voie basse est une option raisonnable dans la majorité des cas Accord professionnel

 Le choix de la voie d'accouchement doit être partagé par la patiente et le médecin.

 Après information, que la patiente souhaite une tentative de voie basse ou une césarienne programmée, son choix doit être respecté