

Le fœtus en présentation de siège

Catherine Taillefer et Emmanuel Bujold

Votre patiente en est à 34 semaines de grossesse. Vous soupçonnez une présentation du fœtus par le siège, ce que vous confirme l'échographie. Quelles sont les options pour la prise en charge de votre patiente ? Peut-elle bénéficier d'une version céphalique par manœuvre externe ? Doit-elle obligatoirement avoir une césarienne ?

Présentation du fœtus par le siège

La présentation fœtale par le siège survient dans de 3 % à 4 % des grossesses uniques à terme et, dans la majorité des cas, aucun facteur prédisposant ne peut être trouvé. Étant donné la controverse quant à la meilleure méthode d'accouchement pour les fœtus qui se présentent par le siège, une étude à répartition aléatoire multicentrique et internationale comparant la césarienne planifiée et l'accouchement vaginal planifié a été réalisée, le *Term Breech Trial*. La première conclusion de cet essai clinique portant sur plus de 2000 couples patiente-fœtus était que la mortalité et la morbidité néonatales étaient inférieures lorsque l'accouchement avait lieu par césarienne plutôt que par voie vaginale¹. Selon cette étude, il faut pratiquer sept césariennes pour éviter un cas de mortalité ou de morbidité néonatale grave à court terme^{1,2}. Par contre, la césarienne est également associée à une augmentation de la morbidité maternelle². À la défense des obstétriciens encourageant toujours l'accouchement des sièges par voie vaginale, une étude de suivi ayant porté sur la plupart des nouveau-nés

du *Term Breech Trial* après deux ans a montré que l'accouchement par césarienne ne réduisait pas le taux de décès ni le taux de retard neurodéveloppemental³. En fait, la fréquence de ces deux éléments combinés était de 3,1 % avec la césarienne et de 2,8 % avec un accouchement vaginal³. En résumé, il semble que l'accouchement par césarienne des fœtus se présentant par le siège à terme soit associé à moins de morbidité néonatale à court terme, mais n'aurait aucun effet sur le pronostic de l'enfant à l'âge de 2 ans.

Malgré la controverse qui demeure quant à la meilleure méthode d'accouchement pour les fœtus se présentant par le siège, l'American College of Obstetrical and Gynecology (ACOG) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommandent l'utilisation de la version céphalique externe (VCE) pour diminuer l'incidence des présentations par le siège⁴.

La version céphalique externe : la technique

La version céphalique externe consiste en une manipulation de l'abdomen de la mère pour tourner le fœtus en présentation de siège ou en position transverse en présentation céphalique et ainsi augmenter les chances de réaliser un accouchement par voie vaginale. Son taux de réussite varie de 25 % à 80 %, et sa pratique permettrait de réduire le taux de césariennes en cas de présentation par le siège de 87,5 % à 37 %⁴⁻⁶.

La D^e Catherine Taillefer est résidente de troisième année en obstétrique-gynécologie. Le D^r Emmanuel Bujold, obstétricien-gynécologue et périmatologiste, exerce au Service d'obstétrique-gynécologie du CHU Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine et est professeur adjoint à l'Université de Montréal.

L'accouchement par césarienne des fœtus se présentant par le siège à terme n'est pas associé à un moins grand nombre de complications chez les enfants à l'âge de 2 ans.

Repère

Tableau

Facteurs influençant la réussite de la version céphalique externe

Favorables

- ☉ Multiparité
- ☉ Index de quantité de liquide amniotique supérieur à la moyenne
- ☉ Poids fœtal $\geq 2,5$ kg
- ☉ Orientation fœtale instable
- ☉ Tocolyse :
 - ☉ bêtamimétique = oui
 - ☉ nitroglycérine = non
 - ☉ nifédipine = ?
- ☉ Acupuncture, moxibustion = ?

Défavorables

- ☉ ≥ 38 semaines de gestation
- ☉ Obésité maternelle
- ☉ Engagement du fœtus dans le bassin
- ☉ Placenta antérieur
- ☉ Rachis fœtal antérieur ou postérieur
- ☉ Dilatation cervicale

L'intervention utilisée pour exécuter la version céphalique externe est simple. Une évaluation échographique est effectuée au préalable afin de : 1. confirmer la présentation fœtale, 2. estimer le volume de liquide amniotique, 3. estimer le poids du fœtus, 4. localiser le placenta et 5. confirmer la viabilité du fœtus. En général, la première tentative consiste à faire basculer le fœtus vers l'avant (*forward roll*). Si elle est infructueuse, on peut tenter de le faire basculer vers l'arrière (*backward flip*). Il est rare que la version réussisse après trois essais infructueux. On s'assure du bien-être fœtal à l'aide d'un test de réactivité fœtale avant et après l'intervention. Si la patiente est rhésus négatif, il faut lui administrer des immunoglobulines antiD (300 µg).

Certaines complications sont possibles lors d'une tentative de version céphalique externe. La plus fréquente est la décélération du rythme cardiaque fœtal, qui survient dans environ 7 % des cas et dure généralement moins d'une minute⁶. Habituellement, ces anomalies du rythme cardiaque fœtal se résolvent spontanément. Par contre, dans de rares cas (moins de 1 %) où la décélération se prolonge, il peut être nécessaire de pratiquer une césarienne d'urgence. Enfin, d'autres complications ont été signalées, mais sont beaucoup plus rares : hémorra-

gie fœto-maternelle, décollement placentaire, déclenchement prématuré du travail, embolie de liquide amniotique, atteinte du plexus brachial.

Comment augmenter les chances de succès de la version céphalique externe ?

Malgré les avantages intéressants de la version céphalique externe, son taux de réussite demeure assez bas, surtout chez les nullipares (environ 30 %). Il est donc légitime de tenter de trouver des méthodes pour accroître la réussite. Les paramètres modifiables repérés jusqu'à maintenant

et qui pourraient jouer un rôle bénéfique sont l'âge gestationnel, l'anesthésie et la tocolyse (inhibition de l'activité utérine).

Bien que la version céphalique externe puisse se pratiquer jusqu'à la 41^e semaine de grossesse, la conduite usuelle est de la faire entre la 36^e et la 38^e semaine. Suffisamment tard pour donner la chance au fœtus de se tourner spontanément ainsi que pour diminuer le risque néonatal associé à la prématurité dans les rares cas où une césarienne d'urgence s'avérerait nécessaire. Par contre, des données récentes semblent indiquer que l'âge gestationnel optimal pour pratiquer la version céphalique externe serait probablement entre la 34^e et la 37^e semaine de grossesse⁷.

Quant aux différents moyens de favoriser le succès de la version céphalique externe (*tableau*), l'anesthésie épidurale ou rachidienne pourrait potentiellement s'avérer efficace, mais il faut en soupeser les bienfaits par rapport aux risques et évaluer les coûts liés à l'intervention. Pour ce qui est de la tocolyse, seuls les bêtamimétiques (ritodrine et terbutaline) se sont révélés efficaces pour accroître le taux de succès de la version céphalique externe⁸. Malheureusement, la ritodrine a été retirée du marché nord-américain tandis que la terbutaline n'est pas offerte en solution injectable au Canada. Un autre agent tocolytique po-

Des données récentes semblent indiquer que l'âge gestationnel optimal pour pratiquer la version céphalique externe serait probablement entre la 34^e et la 37^e semaine de grossesse.

Repère

tentiel, la nitroglycérine, a été proposé comme substitut aux bêtamimétiques. Malheureusement, des essais à répartition aléatoire n'ont révélé aucun avantage à utiliser la nitroglycérine sublinguale, qui a même été associée à des effets indésirables significatifs chez les patientes⁹. Dans ce contexte, aucun tocolytique dont l'efficacité a été prouvée n'est actuellement disponible. Il est donc recommandé de ne pas en utiliser. Une solution de rechange semble toutefois intéressante : la nifédipine. Il s'agit d'un inhibiteur des canaux calciques utilisé couramment dans le traitement de l'hypertension de grossesse et qui possède également des capacités tocolytiques. D'ailleurs, la nifédipine est de plus en plus employée pour empêcher les accouchements prématurés. Un essai clinique à répartition aléatoire subventionné par la Fondation canadienne pour la santé de la femme est actuellement en cours au Québec pour en évaluer les bienfaits potentiels dans le cadre de la version céphalique externe. Nous espérons ainsi découvrir un substitut efficace aux bêtamimétiques pour augmenter le taux de réussite de la version céphalique externe.

Enfin, l'acupuncture et la moxibustion* se sont révélées supérieures à l'observation passive pour diminuer le nombre de présentations par le siège au moment de l'accouchement¹⁰. Il serait très intéressant d'évaluer ces techniques en combinaison avec la version céphalique externe dans l'avenir.

B IEN QUE L'ACCOUCHEMENT vaginal d'un fœtus se présentant par le siège ne soit pas définitivement associé à un taux supérieur de mortalité ou de morbidité chez les enfants à l'âge de 2 ans que l'accouchement par césarienne, il n'en demeure pas moins que la présentation par le siège à terme est associée à un taux de césariennes et à une morbidité maternelle

* Application de la chaleur dégagée par la combustion lente de l'ar-moise séchée au niveau des points d'acupuncture, directement ou indirectement le plus souvent.

accrus. Il est donc impératif d'encourager les femmes dont le fœtus se présente par le siège vers la 34^e semaine à se préparer pour une version céphalique externe. Un essai québécois à répartition aléatoire est actuellement en cours pour évaluer l'effet de la nifédipine comme tocolytique dans la version céphalique externe. ☞

Date de réception : 14 novembre 2005

Date d'acceptation : 9 janvier 2006

Bibliographie

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED et coll. 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. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 (2) : article CD000166.
3. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ et coll. et Term Breech Trial collaborative Group. 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.
4. External cephalic version. American College of Obstetrics and Gynecology. The College, Washington (DC) (2000) ; Practice bulletin No. 13.
5. Zhang J, Bowes WA Jr, Fortney JA. Efficacy of external cephalic version, including safety, cost-benefit analysis and impact on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 1993 ; 82 (2) : 306-12.
6. Boucher M, Bujold E, Marquette GP, Vezina Y. The relationship between amniotic fluid index and successful external cephalic version: a 14-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ; 189 (3) : 751-4.
7. Hutton EK, Kaufman K, Hodnett E, Amankwah K, Hewson SA, McKay D, Szalai JP, Hannah ME. External cephalic version beginning at 34 weeks' gestation versus 37 weeks' gestation: a randomized multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ; 189 (1) : 245-54.
8. Hofmeyr GJ. Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 – article CD000184.
9. Bujold E, Boucher M, Rinfret D, Berman S, Ferreira E, Marquette GP. Sublingual nitroglycerin versus placebo as a tocolytic for external cephalic version: a randomized controlled trial in parous women. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ; 189 (4) : 1070-3.
10. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 – article CD003928.

Les inhibiteurs des canaux calciques ainsi que les méthodes de médecine douce comme l'acupuncture et la moxibustion s'avèrent prometteurs pour accroître le taux de succès de la version céphalique externe.

Repère