

# Evolving Evidence Since the Term Breech Trial: Canadian Response, European Dissent, and Potential Solutions

Betty-Anne Daviss, RM, MA,<sup>1,2</sup> Kenneth C. Johnson, PhD,<sup>2</sup> André B. Lalonde, MD, FRCSC<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pauline Jewett Institute of Women's and Gender Studies, Carleton University, Ottawa ON

<sup>2</sup>Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa, Ottawa ON

<sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Ottawa, Ottawa ON

## Abstract

**Objectives:** We wished to gain insight into Canadian hospital policy changes between 2000 and 2007 in response to (1) the initial results of the Term Breech Trial suggesting delivery by Caesarean section was preferable for term breech presentation, and (2) the trial's two-year follow-up and other research and commentary suggesting that risks associated with vaginal breech delivery and delivery by Caesarean section were similar. We also wished to determine the availability of vaginal breech delivery and the feasibility of establishing breech clinics and on-call squads, and whether these could include midwives.

**Methods:** In 2006, we sent surveys to the 30 largest maternity centres in Canada asking about their changes in practice in response to results of the initial Term Breech Trial and the subsequent two-year follow-up and the possibility of establishing breech clinics and on-call delivery squads and whether they could include midwives.

**Results:** Of the 30 surveys sent, responses were received from 20 maternity centres in six provinces. Hospitals were almost five times more likely to adopt a policy of requiring Caesarean section for breech delivery when current evidence suggested that it decreased risk for the neonate than they were to reintroduce the option of vaginal breech delivery when it did not. A breech clinic was considered possible, feasible, and desirable by only one centre, and forming a breech squad was similarly regarded by only two hospitals; 70% of respondents, however, did not entirely dismiss either possibility.

**Conclusions:** The weight of epidemiologic evidence does not support the practice developed in Canadian hospitals since the Term Breech Trial that recommends delivery by Caesarean section for all breech presentations. Obstetric and midwifery bodies will require creative strategies to make clinical practice consistent with current national and international evidence.

**Key Words:** Vaginal breech delivery, randomized controlled trials, cohort studies

Competing Interests: None declared.

Received on July 3, 2009

Accepted on September 14, 2009

## Résumé

**Objectifs :** Nous souhaitons nous familiariser avec les modifications apportées, entre 2000 et 2007, aux politiques au sein des hôpitaux canadiens en réponse (1) aux résultats initiaux du *Term Breech Trial*, lesquels laissent entendre que l'accouchement par césarienne s'avérait préférable face à une présentation du siège à terme; et (2) au suivi de l'essai pendant deux ans et aux autres recherches et commentaires affirmant que les risques associés à l'accouchement du siège par voie vaginale et ceux qui sont associés à l'accouchement par césarienne étaient semblables. Nous souhaitons également déterminer la disponibilité de l'accouchement du siège par voie vaginale et la faisabilité de la mise sur pied de cliniques et d'équipes sur appel vouées à l'accouchement du siège (nous voulions de plus savoir si ces équipes pouvaient compter des sages-femmes parmi leurs membres).

**Méthodes :** En 2006, nous avons fait parvenir des sondages aux 30 centres de maternité les plus importants au Canada; ces sondages portaient sur les modifications que ces centres avaient apportées à leurs pratiques en réponse aux résultats initiaux du *Term Breech Trial* et aux résultats du suivi de deux ans subséquent, ainsi que sur la possibilité de mettre sur pied des cliniques et des équipes sur appel vouées à l'accouchement du siège, et d'y inclure des sages-femmes.

**Résultats :** Vingt des 30 centres de maternité sollicités dans six provinces ont répondu au sondage. Les hôpitaux étaient près de cinq fois plus susceptibles d'adopter une politique exigeant la tenue d'une césarienne en présence d'un accouchement du siège, lorsque les données contemporaines laissent entendre qu'une telle pratique entraînait une baisse du risque couru par le nouveau-né, que de réintroduire l'option de l'accouchement du siège par voie vaginale, en l'absence de telles données. La mise sur pied d'une clinique vouée à l'accouchement du siège n'a été considérée possible, faisable et souhaitable que par un seul centre; celle d'une équipe vouée à l'accouchement du siège n'a été considérée possible, faisable et souhaitable que par deux hôpitaux. Toutefois, 70 % des répondants n'ont pas entièrement mis de côté l'une ou l'autre de ces possibilités.

**Conclusions :** Le poids des données épidémiologiques ne soutient pas la pratique, préconisée au sein des hôpitaux canadiens depuis le *Term Breech Trial*, qui recommande la tenue d'un accouchement par césarienne pour toutes les présentations du siège. Les organismes voués à l'obstétrique et à la pratique des sages-femmes devront élaborer des stratégies novatrices pour faire en sorte d'harmoniser les pratiques cliniques avec les données nationales et internationales actuelles.

J Obstet Gynaecol Can 2010;32(3):217-224