

Directive clinique sur l'accouchement du siège par voie vaginale : Le moment est venu...

André B. Lalonde, MD, FRCSC

Professeur auxiliaire d'obstétrique-gynécologie, Université McGill et Université d'Ottawa
Vice-président administratif, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

La tenue d'une césarienne préventive a été préconisée depuis la publication de l'essai *Term Breech Trial* en 2000¹. Cet essai publié a indiqué l'existence de différences importantes en matière de morbidité néonatale à court terme, soit de 0,4 en ce qui concerne les accouchements par césarienne à 5,1 en ce qui concerne les accouchements vaginaux. La publication de cet essai a exercé une vaste influence partout dans le monde, y compris au sein de pays ne disposant que de faibles ressources (où de nombreux obstétriciens choisissent de procéder à des accouchements du siège).

En 2003–2004, un certain nombre de pays avaient commencé à remettre en question les résultats de l'essai *Term Breech Trial*. La tenue d'une nouvelle analyse et d'un suivi a indiqué que, à cinq ans, très peu de différences n'étaient constatées en matière d'issue néonatale. L'issue maternelle n'en a pas été considérablement modifiée, puisque aucune hausse de la mortalité maternelle n'avait été constatée en ce qui a trait à l'accouchement vaginal ni en ce qui a trait à la césarienne.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ont été les premiers, dans le cadre d'un symposium en 2001, à remettre en question cette approche systématique en ce qui concerne l'accouchement du siège. Un important groupe de médecins français ont abordé cette question et ont décidé de continuer à préconiser l'option de l'accouchement du siège par voie vaginale.

En 2006, Goffinet et coll. ont publié l'étude PROMEDA², laquelle n'a constaté aucune différence en matière de mortalité périnatale ou de grave morbidité néonatale entre le travail et la césarienne planifiée.

Au Canada, la province de Québec faisait figure d'exception, un nombre significatif de médecins choisissant encore d'offrir l'accouchement du siège par voie vaginale.

L'Université de Sherbrooke a continué à enseigner cette méthode à ses résidents; bon nombre de ces anciens résidents pratiquent maintenant au Québec et offrent cette option à leurs patientes.

La directive clinique de la SOGC (« Accouchement du siège par voie vaginale ») publiée dans le présent numéro du JOGC offre aux fournisseurs de soins de santé une option en ce qui concerne la tenue d'un accouchement du siège par voie vaginale en toute sûreté³. Bon nombre de ses recommandations sont tirées de « La présence du personnel médical au moment du travail et de l'accouchement Lignes directrices sur les soins obstétricaux »⁴ (une mise à jour de cette déclaration de principe de la SOGC de 2000 est en voie de publication), laquelle offrait des recommandations en ce qui a trait à la sélection des patientes pour le travail et l'accouchement par voie vaginale.

Certains groupes de femmes se portent à la défense du droit de choisir un accouchement vaginal en présence d'une présentation du siège. Il y a donc des femmes à terme qui demandent un accouchement du siège par voie vaginale, ce qui soulève des préoccupations tant pour elles-mêmes et leur famille que pour leurs médecins traitants. Puisque de nombreux centres universitaires ont cessé de former leurs médecins en ce qui a trait à l'accouchement du siège par voie vaginale, nous faisons face à une grave pénurie de médecins qualifiés étant en mesure de superviser et/ou d'effectuer des accouchements du siège par voie vaginale.

Puisque les recommandations de la nouvelle directive clinique de la SOGC, « Accouchement du siège par voie vaginale », indiquent que l'accouchement du siège par voie vaginale spontané ou assisté est acceptable lorsque certains critères sont respectés, les médecins et les sages-femmes devront déployer des efforts coordonnés pour se former ou mettre à jour leurs connaissances en la matière. Heureusement, les programmes GESTA et GESTA International ont continué à préconiser l'accouchement du siège par voie vaginale. La SOGC demandera à l'APOG de

mettre sur pied un petit groupe de travail qui, conjointement avec la SOGC, traitera des questions liées à la formation. La nouvelle directive clinique de la SOGC, « Accouchement du siège par voie vaginale », sera présentée par le Dr Robert Gagnon, président du comité de médecine fœto-maternelle, dans le cadre d'un colloque international pendant l'assemblée clinique annuelle de la SOGC 2009; de plus, le Dr Frank A. Louwen, professeur d'obstétrique-gynécologie, Université de Francfort, a été invité à présenter une nouvelle option pour le positionnement des femmes au cours du deuxième stade de l'accouchement du siège par voie vaginale.

L'approche de la césarienne de convenance face à une présentation du siège compte de nombreux problèmes tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans les pays développés, le choix du moment de procéder à une césarienne constitue un problème, tout comme le surchargement des horaires et les multiples demandes de temps en salle d'opération. Au Canada, le taux de césarienne (près de 27 %) se situe à la limite supérieure en ce qui concerne les interventions indiquées sur le plan médical. Bien que la croyance populaire veuille que de nombreuses femmes demandent à subir une césarienne de convenance, nous devrions prendre soin de ne pas en faire la promotion par inadvertance lorsque les femmes n'en font pas la demande.

Dans les pays en développement, la situation est encore plus problématique. Ces pays ne comptent que très peu de ressources et ne peuvent certainement pas se permettre un taux de césarienne de 25 %. Cependant, puisque, face à une présentation du siège, la césarienne de convenance est préconisée dans le cadre des réunions internationales et dans les pays développés, de nombreux médecins de pays ne comptant que de faibles ressources hésitent à ne pas offrir une césarienne en présence d'un accouchement du siège.

Tant dans les pays ne comptant que de faibles ressources que dans les pays comptant des ressources élevées, cette situation a poussé les ressources à leur limite, et ce, sans que l'obtention d'avantages à long terme n'ait été prouvée. De plus en plus, cette situation nous rappelle le lancement du monitoring fœtal continu, lequel semblait présenter le potentiel d'atténuer la morbidité et la mortalité néonatales mais qui, en bout de ligne, n'a entraîné rien de la sorte (en fait, il a plutôt entraîné une hausse du taux de césarienne).

Au Canada et à l'étranger, les femmes demandent l'option de l'accouchement du siège par voie vaginale. Les

obstétriciens-gynécologues seront-ils ceux qui offriront cette intervention ou, puisque de nombreux hôpitaux n'offrent pas l'accouchement du siège par voie vaginale, les femmes devront-elles s'en remettre aux sages-femmes pour obtenir cette intervention? Face à une présentation du siège, certaines femmes choisissent d'accoucher à la maison parce qu'elles estiment que l'accouchement du siège par voie vaginale leur sera refusé à l'hôpital. Il est urgent pour nous d'assumer cette responsabilité et de faire en sorte que tous les hôpitaux canadiens soient en mesure d'offrir l'accouchement du siège par voie vaginale en toute sûreté. Nous devons nous rallier à nos collègues sages-femmes en vue de soutenir leur demande de procéder à un accouchement du siège par voie vaginale en milieu hospitalier et d'obtenir accès à une consultation auprès de leurs collègues obstétriciens.

Nous ne pouvons soutenir la pratique de l'accouchement du siège par voie vaginale à la maison; ainsi, nous devons offrir l'accouchement du siège par voie vaginale en tant que solution de rechange sûre au sein de nos hôpitaux de maternité. Nous devons faire face à une période de transition difficile, au cours de laquelle certains de nos membres expérimentés devront fort probablement être en disponibilité pour aider leurs collègues à se former et à se familiariser avec l'accouchement du siège par voie vaginale. Heureusement, le Canada compte encore un grand nombre d'obstétriciens-gynécologues disposant d'une vaste expérience dans ce domaine et qui considèrent cette intervention d'un bon œil. La SOGC demande à tous les intervenants de bien vouloir travailler ensemble pour offrir l'option de l'accouchement du siège par voie vaginale aux Canadiennes.

RÉFÉRENCES

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. « Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial », *Lancet*, vol. 356, 2000, p. 1375–83.
2. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D et coll.; PREMODA Study Group. « Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 194, 2006, p. 1002–11.
3. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R. « Accouchement du siège par voie vaginale, Directive clinique de la SOGC n° 226, juin 2009 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 31, n° 6, 2009, p. 567–78.
4. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « La présence du personnel médical au moment du travail et de l'accouchement Lignes directrices sur les soins obstétricaux, Directive clinique de la SOGC n° 89, mai 2000 », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 22, n° 5, 2000, p. 389–91.