

# Accouchement du siège par voie vaginale

La présente directive clinique a été analysée par le comité de médecine fœto-maternelle et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## AUTEURS PRINCIPAUX

Andrew Kotaska, MD, Yellowknife (T.N.-O.)

Savas Menticoglou, MD, Winnipeg (Man.)

Robert Gagnon, MD, Montréal (Québec)

## COMITÉ DE MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE

Robert Gagnon (président), MD, Montréal (Québec)

Dan Farine, MD, Toronto (Ont.)

Melanie Basso, inf. aut., Vancouver (C.-B.)

Hayley Bos, MD, London (Ont.)

Marie-France Delisle, MD, Vancouver (C.-B.)

Kirsten Grabowska, MD, Vancouver (C.-B.)

Lynda Hudon, MD, Montréal (Québec)

Savas Menticoglou, MD, Winnipeg (Man.)

William Mundle, MD, Windsor (Ont.)

Lynn Murphy-Kaulbeck, MD, Allison (N.-B.)

Annie Ouellet, MD, Sherbrooke (Québec)

Tracy Pressey, MD, Vancouver (C.-B.)

Anne Roggensack, MD, Calgary (Alb.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

**Options :** L'essai de travail dans un milieu approprié ou l'accouchement par césarienne préventive pour les femmes dont la grossesse monofœtale est en présentation du siège à terme.

**Issues :** Baisse de la mortalité périnatale, de la morbidité néonatale à court terme, de la morbidité infantile à long terme et de la morbidité et de la mortalité maternelles à court et à long terme.

**Résultats :** Des recherches ont été menées dans Medline en vue d'en tirer les essais randomisés, les études de cohorte prospectives et certaines études de cohorte rétrospectives comparant la césarienne planifiée et l'essai de travail planifié; certaines études épidémiologiques comparant la césarienne et l'accouchement du siège par voie vaginale; et les études comparant les issues à long terme chez les enfants en présentation du siège nés par voie vaginale ou par césarienne. Des articles supplémentaires ont été identifiés par l'intermédiaire de la bibliographie (allant jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2008).

**Valeurs :** Les résultats obtenus ont été analysés par le comité de médecine fœto-maternelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et quantifiés au moyen des critères et des classifications du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

**Validation :** La présente directive clinique a été comparée à l'opinion de comité 2006 du *American College of Obstetrician* sur le mode d'accouchement du siège d'une grossesse monofœtale et de la directive clinique *Green Top: The Management of Breech Presentation* 2006 du *Royal College of Obstetrician and Gynaecologists*. Le document a été analysé par des cliniciens canadiens et internationaux disposant d'une expertise particulière en matière d'accouchement du siège par voie vaginale.

**Commanditaire :** La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## Résumé

**Objectifs :** Analyser la physiologie de l'accouchement du siège, discerner les risques et les avantages d'un essai de travail, par comparaison avec la césarienne planifiée, ainsi que recommander (aux obstétriciens, aux médecins de famille, aux sages-femmes, aux infirmières obstétricales, aux anesthésiologistes, aux pédiatres et aux autres fournisseurs de soins de santé) des critères de sélection, des paramètres de prise en charge intrapartum et des techniques d'accouchement pour un essai d'accouchement du siège par voie vaginale.

**Mots clés :** Breech presentation, labour, Caesarean section, term gestation, external validity

## Déclarations sommaires

1. L'accouchement du siège par voie vaginale peut être associé à un risque de mortalité périnatale et de morbidité néonatale à court terme plus élevé que celui qui est associé à la césarienne de convenance. (I)
2. La sélection des cas et la prise en charge du travail de façon rigoureuse au sein d'un milieu obstétrical moderne peut permettre l'obtention d'un degré de sûreté semblable à celui de la césarienne de convenance. (II-1)
3. L'accouchement vaginal planifié est raisonnable chez certaines femmes dont la grossesse monofœtale est en présentation du siège à terme. (I)
4. En présence d'une sélection des cas et d'une prise en charge du travail de façon rigoureuse, la mortalité périnatale survient dans environ deux naissances sur 1 000; une morbidité néonatale

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

### Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

\*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>62</sup>.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif<sup>62</sup>.

grave à court terme est alors constatée chez environ 2 % des enfants en présentation du siège. De nombreux signalements récents d'études rétrospectives et prospectives portant sur l'accouchement du siège par voie vaginale en fonction de protocoles particuliers ont indiqué d'excellentes issues néonatales. (II-1)

5. Les issues neurologiques infantiles à long terme ne diffèrent pas en fonction du mode d'accouchement planifié, même en présence d'une grave morbidité néonatale à court terme. (I)

#### Recommandations

##### Critères de sélection du travail

- Dans le cas d'une femme chez laquelle l'on soupçonne une présentation du siège, une échographie prétravail ou aux débuts du travail devrait être menée pour évaluer le type de présentation du siège en question, la croissance fœtale et le poids estimatif, ainsi que l'attitude de la tête fœtale. Lorsque l'échographie n'est pas disponible, la césarienne est recommandée. (II-1A)
- Parmi les contre-indications au travail, on trouve ce qui suit :
  - Présentation du cordon. (II-3A)
  - Retard de croissance intra-utérin ou macrosomie. (I-A)
  - Toute présentation autre qu'un siège décompleté ou un siège complet, accompagnée d'une attitude fléchie ou neutre de la tête fœtale. (III-B)

d. Bassin maternel inadéquat sur le plan clinique. (III-B)

e. Anomalie fœtale n'étant pas compatible avec l'accouchement vaginal. (III-B)

3. L'accouchement du siège par voie vaginale peut être offert lorsque le poids fœtal estimatif se situe entre 2 500 g et 4 000 g. (II-2B)

##### Prise en charge du travail

- Un examen pelvien clinique devrait être effectué pour écarter la présence possible d'une contraction pelvienne pathologique. La tenue d'une pelvimétrie radiologique n'est pas nécessaire pour assurer la sûreté d'un essai de travail; un travail qui connaît une bonne évolution constitue le meilleur indicateur de proportions fœto-pelviennes adéquates. (III-B)
- Le monitoring électronique continu de la fréquence cardiaque fœtale est préférable au cours du premier stade du travail et obligatoire au cours du deuxième. (I-A) Lorsque les membranes se rompent, la tenue immédiate d'un examen vaginal est recommandée pour écarter la présence possible d'une procidence du cordon. (III-B)
- En l'absence d'une évolution adéquate du travail, la tenue d'une césarienne est conseillée. (II-1A)
- Le déclenchement du travail n'est pas recommandé lorsque le fœtus est en présentation du siège. (II-3B) L'accélération à l'oxytocine est acceptable en présence d'une dystocie utérine. (II-1A)
- Un deuxième stade passif sans poussée active peut durer jusqu'à 90 minutes, ce qui permet au siège de bien s'engager dans le bassin. Lorsque la poussée active débute, si l'accouchement n'est pas imminent après 60 minutes, la tenue d'une césarienne est recommandée. (I-A)
- Le deuxième stade actif du travail devrait se dérouler au sein d'une salle d'opération ou près d'une telle salle dotée de matériel et de personnel permettant l'exécution d'une césarienne en temps opportun, au besoin. (III-A)
- Un professionnel de la santé expérimenté en matière de réanimation néonatale devrait être présent au moment de l'accouchement. (III-A)

## ABRÉVIATIONS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
MFÉC	Monitoring fœtal électronique continu
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
TBT	Term Breech Trial
EDT	Essai de travail

### Technique d'accouchement

11. Dans le cadre d'un accouchement du siège par voie vaginale planifié, le fournisseur de soins de santé se doit de compter l'expérience et les compétences requises. (II-1A)
12. Un obstétricien-gynécologue expérimenté, rompu à la tenue d'accouchements du siège par voie vaginale, devrait être présent au moment de l'accouchement afin de superviser le travail des autres fournisseurs de soins de santé, y compris un stagiaire. (I-A)
13. Les exigences relatives à la tenue d'une césarienne d'urgence (y compris la disponibilité de l'équipe opératoire de l'hôpital et le délai approximatif de 30 minutes nécessaire à la mise en œuvre d'une laparotomie) doivent être conformes aux recommandations de la déclaration de principe de la SOGC suivante : « 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; mise à jour sous presse, 2009). (III-A)
14. Le fournisseur de soins de santé devrait disposer d'un plan d'action ayant fait l'objet de répétitions et devrait être en mesure d'agir rapidement dans les rares cas de tête dernière coincée ou de bras indélogeables : une symphyséotomie ou un sauvetage d'urgence par voie abdominale peuvent permettre d'éviter le décès. (III-B)
15. L'extraction totale du siège est inappropriée dans le cadre de l'accouchement d'une grossesse monofœtale en présentation du siège à terme. (II-2A)
16. Des efforts de poussée maternelle efficaces sont essentiels à la tenue de l'accouchement en toute sûreté et devrait être encouragés. (II-1A)
17. Au moment de l'accouchement de la tête dernière, un adjoint devrait être présent pour appliquer une pression suspubienne visant à favoriser la flexion et l'engagement de la tête fœtale. (II-3B)
18. L'accouchement du siège spontané ou assisté est acceptable. La traction fœtale devrait être évitée; la manipulation fœtale ne doit être mise en œuvre qu'à la suite de l'accouchement spontané jusqu'au niveau de l'ombilic. (III-A)
19. Les bras coincés derrière la tête peuvent être délogés au moyen des manœuvres de Løvset ou de Bickenbach. (III-B)
20. La tête fœtale peut être accouchée de façon spontanée, avec l'aide d'une pression suspubienne, au moyen de la manœuvre de Mauriceau-Smellie-Veit ou avec l'aide de forceps de Piper. (III-B)

### Milieu et consentement

21. En l'absence d'une contre-indication à l'accouchement vaginal, la patiente dont la grossesse est en présentation du siège devrait être avisée des risques et des avantages d'un essai de travail et d'une césarienne de convenance; de plus, son consentement éclairé devrait être obtenu. Le choix de la patiente quant au mode d'accouchement devrait être respecté. (III-A)
22. La discussion quant au consentement et le plan choisi devraient être bien documentés et communiqués au personnel de la salle de travail. (III-B)
23. Les hôpitaux offrant un essai de travail devraient disposer d'un protocole écrit en ce qui concerne l'admissibilité et la prise en charge intrapartum. (III-B)
24. Les femmes qui présentent une contre-indication à l'essai de travail devraient se voir conseiller de subir une césarienne. Les femmes qui choisissent un essai de travail malgré cette recommandation ont le droit d'agir de la sorte et ne devraient pas être abandonnées. Elles devraient bénéficier des meilleurs soins hospitaliers possibles. (III-A)
25. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), en collaboration avec l'Association des professeurs d'obstétrique et gynécologie (APOG), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), devrait réviser les exigences en matière de formation au premier cycle et aux cycles supérieurs. La SOGC continuera de

promouvoir la formation des fournisseurs de soins de santé actuels par l'intermédiaire des programmes AMPRO<sup>OB</sup> et GESTA (Gestion du travail et de l'accouchement), et d'autres cours. (III-A)

26. La formation théorique et par simulation pratique quant à l'accouchement du siège devrait faire partie des programmes de formation sur les compétences obstétricales de base, tels que GESTA, ALSO (*Advanced Life Support Training in Obstetrics*) et AMPRO<sup>OB</sup>, afin de préparer les fournisseurs de soins de santé aux accouchements du siège par voie vaginale imprévus. (III-B)

J Obstet Gynaecol Can 2009;31(6):567-578

### CONTEXTE

Par comparaison avec un fœtus en présentation céphalique, un fœtus en présentation du siège fait face, au cours du travail et de l'accouchement, à des risques accrus d'asphyxie attribuable à la compression du cordon et de lésions traumatiques au cours de l'accouchement des épaules et de la tête. La césarienne préventive permet d'éviter la plupart de ces risques. Avant 1940, malgré la présence de taux de mortalité périnatale de 5 % en présence d'une présentation du siège, la césarienne mettait en jeu trop de risques maternels pour être utilisée systématiquement en vue d'abaisser le risque pour le fœtus<sup>1</sup>. L'amélioration de l'innocuité de la césarienne (attribuable aux antibiotiques, à la transfusion sanguine et à l'incision du segment inférieur de Kerr) a pavé la voie à son utilisation systématique face à une présentation du siège<sup>2</sup>. Simultanément, des améliorations apportées à la technique de l'accouchement du siège par voie vaginale ont abaissé de façon marquée le risque propre à l'essai de travail en présence d'un spécialiste expérimenté; la mortalité périnatale attribuable à la présentation du siège a continué de chuter, et ce, malgré la stabilisation du taux de césarienne<sup>1,3-8</sup>. Le débat entourant le mode optimal d'accouchement d'un fœtus en présentation du siège se centre sur une seule question clinique : quelle est l'ampleur du risque qu'engendre un EDT pour le fœtus et comment devrions-nous le mettre en balance avec les risques accrus (immédiats et futurs) de la césarienne pour la mère et ses futurs enfants?

### TERM BREECH TRIAL

Publié en 2000, l'essai *Term Breech Trial* était un essai comparatif randomisé multicentrique de grande envergure qui avait été conçu pour déterminer le mode d'accouchement le plus sûr pour un fœtus en présentation du siège à terme<sup>9</sup>. Au sein des pays comptant un faible taux de mortalité périnatale, l'essai n'a indiqué aucune différence en matière de mortalité périnatale entre une césarienne planifiée et un EDT, mais a constaté une différence remarquable en matière de morbidité néonatale « grave » à court terme : 0,4 %, par comparaison avec 5,1 %. Aucune différence en matière de mortalité ou de grave morbidité

maternelle n'a été constatée, ce qui a mené la plupart des spécialistes à recommander la césarienne planifiée face à une présentation du siège à terme<sup>10,11</sup>. Un changement abrupt de direction dans le domaine de la pratique clinique s'est produit et les taux de césarienne en présence d'une présentation du siège ont connu une hausse à l'échelle de la planète. Le groupe de spécialistes en accouchement du siège par voie vaginale s'est rapidement dégarni depuis lors; bon nombre d'obstétriciens-gynécologues sortent de l'université avec peu ou pas d'expérience en accouchement du siège par voie vaginale. Dans de nombreuses régions du monde, les femmes dont le fœtus est en présentation du siège n'ont plus l'option de tenter un accouchement du siège par voie vaginale médicalement assisté<sup>12,13</sup>.

Le TBT est le plus important essai clinique randomisé jamais mis en œuvre sur le mode d'accouchement d'une présentation du siège à terme; il nous a fourni une vaste quantité de données quant à l'accouchement du siège. Cependant, malgré ses forces, un certain nombre de faiblesses ont été identifiées depuis sa publication<sup>14-20</sup>. En fonction des données disponibles à l'époque, ses résultats pourraient avoir été mal interprétés et avoir mené à des modifications prématurées de la pratique clinique. Une analyse exhaustive de cet essai débordait du cadre de la présente directive clinique; quoi qu'il en soit, un examen des principales limites du TBT s'avère crucial pour l'estimation du risque réel qu'engendre le travail pour un fœtus en présentation du siège. Ces limites peuvent être groupées comme suit : (1) sélection de cas et prise en charge intrapartum inadéquates; (2) unités de maternité de niveaux de compétence considérablement différents groupées ensemble; et (3) morbidité à court terme utilisée à titre de marqueur substitut de l'insuffisance neurologique à long terme.

### **TBT : Sélection de cas et prise en charge du travail**

La tenue d'une échographie prétravail ou aux débuts du travail n'était pas requise, ce qui pourrait avoir permis à des fœtus présentant un retard de croissance attribuable à une insuffisance placentaire de passer inaperçus. Au moins sept des 16 décès périnataux de l'essai ont été constatés chez des fœtus présentant un retard de croissance<sup>9,16,19,21</sup>. La mesure dans laquelle la macrosomie fœtale et la tête en position défléchie non dépistées contribuent à la morbidité et à la mortalité demeure inconnue. Le monitoring fœtal électronique continu n'était également pas requis et seulement le tiers des fœtus en ont bénéficié. Le protocole d'essai prévoyait une évolution du travail pouvant être aussi lente que 0,5 cm/h au cours du premier stade et pouvant être d'une durée atteignant jusqu'à 3,5 heures en ce qui concerne le deuxième stade<sup>21</sup>. Bien que ces limites soient acceptables pour ce qui est des fœtus en présentation céphalique, peu de praticiens expérimentés les considèrent

acceptables pour ce qui est d'un fœtus en présentation du siège; de plus, la proportion de 5 % des fœtus qui sont nés à la suite d'un deuxième stade actif de plus de 60 minutes ont dû faire face à une morbidité et à une mortalité accrues<sup>22</sup>. Ainsi, le TBT nous permet de conclure que les stratégies suivantes peuvent accroître l'innocuité des accouchements du siège à terme : le fait de procéder à une estimation échographique du poids fœtal pour déceler une croissance fœtale anormale, l'attitude de la tête fœtale et le type de présentation du siège, et le fait de porter une attention particulière à l'évolution au cours du deuxième stade du travail.

Bien que la présence d'un praticien expérimenté en matière d'accouchement du siège par voie vaginale ait été prévue dans le cadre de chaque accouchement, un obstétricien autorisé n'était pas présent pour ce qui est de 13 % des naissances du groupe « accouchement vaginal planifié », par comparaison avec 2 % dans le groupe « césarienne planifiée »; de plus, on a constaté un fort degré de croisement dans le cadre de l'essai : 10 % des femmes affectées au hasard au groupe « césarienne planifiée » ont connu un accouchement vaginal. Trois pour cent de fœtus étaient en présentation céphalique au moment de l'accouchement, ce qui souligne la nécessité de procéder systématiquement à une échographie lorsque l'on soupçonne la présence d'une présentation du siège au cours du travail ou avant de procéder à une césarienne de convenance.

### **Term Breech Trial : Issue à court terme de substitution**

La morbidité à court terme chez les fœtus en présentation du siège nés par voie vaginale est souvent accrue en raison d'une compression du cordon qui survient fréquemment au cours du deuxième stade et de l'expulsion fœtale. Au sein des pays qui comptent une faible mortalité périnatale (comme le Canada), la différence absolue entre les branches du TBT était de 5 % en ce qui concerne la morbidité grave à court terme. Cependant, la moitié de l'échantillon a fait l'objet d'un suivi au-delà de deux ans, moment à partir duquel il n'y avait aucune différence en ce qui concerne l'issue combinée « décès périnatal et anomalie neurologique » : 3,1 %, dans le groupe « césarienne planifiée », et 2,8 %, au sein du groupe « EDT »<sup>23</sup>. Chez les 18 enfants connaissant une grave morbidité néonatale qui ont fait l'objet d'un suivi, 17 étaient normaux sur le plan neurologique à l'âge de deux ans. Le 18<sup>e</sup> enfant est mort d'une sténose sous-glottique congénitale, ce qui a été considéré comme étant peu susceptible d'être lié au mode d'accouchement. Cela démontre l'échec systématique (également démontré par d'autres études) de l'utilisation de la morbidité à court terme à titre de facteur prédictif de

l'issue à long terme chez les nouveau-nés issus d'une grossesse en présentation du siège<sup>24-28</sup>. À l'âge de deux ans, la seule différence significative en matière d'issue pour le nouveau-né était le fait de « connaître moins de problèmes médicaux au cours des quelques derniers mois » constaté au sein du groupe « EDT » (15 %, par comparaison avec 21 %;  $P = 0,02$ ). Le système immunitaire néonatal est activé au cours du travail; il est possible que les associations entre le travail et la baisse de la fréquence des maladies auto-immunes et allergiques pédiatriques soient causales<sup>29-32</sup>.

Compte tenu des limites du TBT, les femmes couraient une chance de 97 % d'obtenir un enfant de deux ans normal sur le plan neurologique, peu importe le mode d'accouchement planifié. Celles qui avaient été affectées au hasard à un essai de travail couraient un risque absolu plus faible de 6 % (ou une baisse de 30 % du risque relatif) d'obtenir un enfant de deux ans présentant des problèmes médicaux non spécifiés, laissant ainsi entendre que le travail engendrait un certain avantage durable pour ce qui est du système immunitaire du nouveau-né.

### **ÉTUDE PREMODA**

De nombreuses séries rétrospectives comparant un EDT à la césarienne planifiée ont été publiées<sup>26,27,33-37</sup>. Bon nombre d'entre elles étaient d'assez grande envergure pour démontrer une innocuité acceptable de l'accouchement du siège au sein d'unités individuelles; cependant, les données étaient recueillies de façon rétrospective et ne pouvaient pas nécessairement être généralisées au-delà de ces unités expérimentées. En 2006, en réaction au TBT, Goffinet et coll. ont publié l'étude PREMODA : une étude descriptive multicentrique dont l'envergure était quatre fois supérieure à celle du TBT<sup>38</sup>. Des données prospectives ont été recueillies auprès de 8 105 femmes dans 174 centres en France et en Belgique, en utilisant la même issue combinée à court terme (mortalité périnatale ou morbidité néonatale grave) que le TBT. En France et en Belgique, la pratique contemporaine met en jeu un niveau de soins prudent et méthodique, lequel n'a pas été modifié par les chercheurs.

L'étude PREMODA était descriptive et le pourcentage de femmes tentant un accouchement vaginal variait d'un centre à l'autre (47,8 %–89,0 %). De façon générale, une césarienne était planifiée dans 69 % des cas et un EDT était mené dans 31 % des cas, ce qui concorde avec la non randomisation. Chez 2 526 femmes tentant un EDT, 1 796 (71 %) ont connu un accouchement par voie vaginale, ce qui donne un taux global d'accouchement vaginal de 22,5 %. L'échographie prétravail ou aux débuts de ce dernier et le MFÉC durant le travail étaient universels. Contrairement à la pratique standard dans de nombreux pays, y compris au Canada, la pelvimétrie radiologique était

utilisée dans 82 % de cas. Une stagnation du travail pendant plus de deux heures au cours du premier stade du travail s'est manifestée dans le cadre de 3,8 % des périodes de travail; un deuxième stade actif d'une durée supérieure à 60 minutes ne s'est manifesté que dans le cadre de 0,2 % des cas. Seulement 0,6 % des femmes planifiant une césarienne ont, au bout du compte, connu un accouchement vaginal; tous les fœtus en question étaient en présentation du siège au moment de l'accouchement.

Bien qu'elles ne soient pas, strictement parlant, comparables, les issues de l'étude PREMODA font contraste avec celles du TBT. Aucune différence n'a été constatée en matière de mortalité périnatale (0,08 %, par comp. avec 0,15 %) ou de morbidité néonatale grave (1,6 %, par comp. avec 1,45 %) entre un EDT et une césarienne planifiée. La seule différence en matière d'issue était une incidence de 0,16 % en ce qui concerne l'indice d'Apgar à cinq minutes  $< 4$  au sein du groupe « EDT », par comparaison avec 0,02 % au sein du groupe « césarienne planifiée ». D'une envergure huit fois supérieure à celle du sous-ensemble « faible mortalité périnatale » du TBT, l'étude PREMODA offre une estimation robuste du risque qu'engendre un EDT prudent pour un fœtus en présentation du siège au sein d'une unité obstétricale moderne, bénéficiant d'un soutien adéquat.

### **ÉPIDÉMIOLOGIE**

Les comparaisons épidémiologiques entre les enfants en présentation du siège nés par voie vaginale et ceux qui sont nés par césarienne sont habituellement entravées par leur modèle rétrospectif de grande envergure : le mode d'accouchement utilisé en bout de ligne ne tient pas compte du mode d'accouchement planifié ni de la qualité des soins offerts. Une étude, en particulier, se doit toutefois d'être mentionnée. À partir d'une base de données nationale bien gérée et de grande envergure, Reitberg et coll. ont étudié les modifications apportées à la pratique obstétricale quant à l'accouchement du siège aux Pays-Bas avant et après la publication du TBT<sup>39</sup>. Ils ont décelé, immédiatement après cette publication, une chute abrupte du taux global d'accouchement du siège par voie vaginale (ce taux est passé de 50 % à 20 %), le tout étant accompagné d'une baisse de la mortalité périnatale (de 0,35 % à 0,18 %) et des traumatismes fœtaux (de 0,29 % à 0,08 %). Bien que la mortalité périnatale ait auparavant connu un déclin progressif aux Pays-Bas malgré une stabilisation du taux de césarienne, la baisse marquée et manifeste qui a accompagné la hausse soudaine du taux de césarienne laisse fortement présager un lien de causalité<sup>8</sup>. L'ampleur de la baisse était faible, nécessitant l'altération de la prise en charge chez quelque 600 femmes dont le fœtus est en présentation du siège et l'exécution de quelque

175 césariennes additionnelles pour prévenir un décès périnatal; cependant, les résultats laissent entendre que ce surplus de prudence a entraîné une baisse du taux d'accouchement du siège par voie vaginale et une amélioration de la sûreté. L'amélioration des issues était en grande partie attribuable à la hausse du nombre de césariennes planifiées; cependant, les issues étaient également meilleures à la suite d'une césarienne d'urgence et d'un accouchement vaginal, ce qui semble indiquer que, chez certaines femmes enceintes soigneusement sélectionnées, l'accouchement du siège par voie vaginale peut constituer une option sûre. Contrairement à ce qui s'est produit dans le cadre du TBT, la nouvelle pratique a entraîné une faible hausse de la morbidité et de la mortalité maternelles associées à la césarienne, ce qui a suscité un débat au sujet de l'équilibre entre le risque pour la mère et le risque pour le fœtus<sup>40-44</sup>.

#### Déclarations sommaires

1. L'accouchement du siège par voie vaginale peut être associé à un risque de mortalité périnatale et de morbidité néonatale à court terme plus élevé que celui qui est associé à la césarienne de convenance. (I)
2. La sélection des cas et la prise en charge du travail de façon rigoureuse au sein d'un milieu obstétrical moderne peut permettre l'obtention d'un degré de sûreté semblable à celui de la césarienne de convenance. (II-1)
3. L'accouchement vaginal planifié est raisonnable chez certaines femmes dont la grossesse monofœtale est en présentation du siège à terme. (I)
4. En présence d'une sélection des cas et d'une prise en charge du travail de façon rigoureuse, la mortalité périnatale survient dans environ deux naissances sur 1 000; une morbidité néonatale grave à court terme est alors constatée chez environ 2 % des enfants en présentation du siège. De nombreux signalements récents d'études rétrospectives et prospectives portant sur l'accouchement du siège par voie vaginale en fonction de protocoles particuliers ont indiqué d'excellentes issues néonatales. (II-1)
5. Les issues neurologiques infantiles à long terme ne diffèrent pas en fonction du mode d'accouchement planifié, même en présence d'une grave morbidité néonatale à court terme. (I)

#### Recommandations

L'accouchement du siège par voie vaginale est un phénomène complexe. Les critères de sélection, les paramètres de la prise en charge intrapartum et les techniques d'accouchement sont difficiles à isoler et à étudier, et nous ne disposons que de peu de données rigoureuses pour les soutenir ou les rejeter individuellement. Les critères

décrits aux présentes sont fondés sur la physiologie de l'accouchement du siège, les résultats du TBT et des études de cohorte dont la sûreté a été démontrée, ainsi que sur les opinions de spécialistes de l'accouchement du siège. Le jugement clinique et l'expérience de l'équipe obstétricale sont des composantes essentielles pour assurer l'innocuité de l'accouchement du siège. En plus d'un obstétricien-gynécologue, l'équipe de fournisseurs de soins de santé peut également comprendre un médecin de famille ou une sage-femme.

Les recommandations ont été élaborées au moyen des lignes directrices formulées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

#### Critères de sélection du travail

1. Dans le cas d'une femme chez laquelle l'on soupçonne une présentation du siège, une échographie prétravail ou aux débuts du travail devrait être menée pour évaluer le type de présentation du siège en question, la croissance fœtale et le poids estimatif, ainsi que l'attitude de la tête fœtale. Lorsque l'échographie n'est pas disponible, la césarienne est recommandée. (II-1A)
2. Parmi les contre-indications au travail, on trouve ce qui suit :
  - a. Présentation du cordon. (II-3A)
  - b. Retard de croissance intra-utérin ou macrosomie. (I-A)
  - c. Toute présentation autre qu'un siège décompleté ou un siège complet, accompagnée d'une attitude fléchie ou neutre de la tête fœtale. (III-B)
  - d. Bassin maternel inadéquat sur le plan clinique. (III-B)
  - e. Anomalie fœtale n'étant pas compatible avec l'accouchement vaginal. (III-B)
3. L'accouchement du siège par voie vaginale peut être offert lorsque le poids fœtal estimatif se situe entre 2 500 g et 4 000 g. (II-2B)

Lorsqu'une femme est hospitalisée en raison d'un accouchement du siège par voie vaginale planifié, après avoir bénéficié d'un suivi mené par un médecin de famille ou une sage-femme, une consultation auprès d'un obstétricien-gynécologue devrait être mise en œuvre.

La tenue d'une échographie prétravail ou aux débuts du travail est essentielle à la détermination du type de présentation du siège, à l'évaluation de la croissance fœtale et à la détection de la rare extension du cou fœtal présentant un risque accru de prise au piège<sup>45,46</sup>. Pour être admissible à un EDT, le fœtus doit présenter un poids estimatif se situant entre 2 500 g et 4 000 g. La limite inférieure a pour but d'exclure les fœtus présentant un retard de croissance et la limite supérieure, celui d'éviter la disproportion

fœto-pelviennes. Un examen pelvien clinique devrait être mené pour écarter la présence possible d'une contraction pelvienne pathologique. Bien qu'elle ait été utilisée dans 82 % des cas de travail dans le cadre de l'étude PREMODA, la pelvimétrie radiologique demeure controversée; de nombreux centres ont démontré l'innocuité de la pratique sans y avoir recours<sup>26,34,35,37</sup>. Un travail qui connaît une bonne évolution constitue le meilleur indicateur de proportions fœto-pelviennes adéquates.

Un fœtus en présentation du siège court un risque accru de présentation du cordon. Une présentation du cordon persistante constitue une indication de procéder à une césarienne en vue de prévenir la procidence du cordon<sup>47</sup>. Un fœtus en présentation du siège court également un risque de procidence du cordon au cours du travail plus élevé que celui que court un fœtus en présentation céphalique. Ce risque varie de moins de 1 %, pour ce qui est du siège décompleté, à peut-être 10 %, pour ce qui est de la présentation du siège, mode des pieds<sup>48</sup>. Pour qu'une femme soit admissible à un EDT, son fœtus doit se trouver en présentation du siège décompleté ou complet. La présentation du siège, mode des pieds, définie comme présentant au moins une hanche fœtale en extension, est une contre-indication au travail; une césarienne devrait alors être effectuée à moins que l'accouchement ne soit imminent. Un fœtus qui se présente par les pieds, mais dont les hanches et les genoux sont fléchis, se trouve en siège complet; il est donc admissible à un EDT.

### Prise en charge du travail

4. Un examen pelvien clinique devrait être effectué pour écarter la présence possible d'une contraction pelvienne pathologique. La tenue d'une pelvimétrie radiologique n'est pas nécessaire pour assurer la sûreté d'un essai de travail; un travail qui connaît une bonne évolution constitue le meilleur indicateur de proportions fœto-pelviennes adéquates. (III-B)
5. Le monitoring électronique continu de la fréquence cardiaque fœtale est préférable au cours du premier stade du travail et obligatoire au cours du deuxième. (I-A) Lorsque les membranes se rompent, la tenue immédiate d'un examen vaginal est recommandée pour écarter la présence possible d'une procidence du cordon. (III-B)
6. En l'absence d'une évolution adéquate du travail, la tenue d'une césarienne est conseillée. (II-1A)
7. Le déclenchement du travail n'est pas recommandé lorsque le fœtus est en présentation du siège. (II-3B) L'accélération à l'oxytocine est acceptable en présence d'une dystocie utérine. (II-1A)
8. Un deuxième stade passif sans poussée active peut durer jusqu'à 90 minutes, ce qui permet au siège de bien

s'engager dans le bassin. Lorsque la poussée active débute, si l'accouchement n'est pas imminent après 60 minutes, la tenue d'une césarienne est recommandée. (I-A)

9. Le deuxième stade actif du travail devrait se dérouler au sein d'une salle d'opération ou près d'une telle salle dotée de matériel et de personnel permettant l'exécution d'une césarienne en temps opportun, au besoin. (III-A)
10. Un professionnel de la santé expérimenté en matière de réanimation néonatale devrait être présent au moment de l'accouchement. (III-A)

Au cours du travail d'une grossesse en présentation du siège, le MFÉC est recommandé en raison du risque accru de procidence du cordon. La détection d'une procidence du cordon au sein d'un hôpital disposant d'un accès opportun à la césarienne est habituellement associée à une bonne issue fœtale<sup>27,49</sup>. Avant un engagement profond dans le cadre du travail, les membranes ne devraient être rompues artificiellement qu'en présence d'une indication claire et d'un suivi rigoureux. Lorsque les membranes se rompent, la tenue immédiate d'un examen vaginal est recommandée pour écarter la présence possible d'une procidence du cordon. Lorsque les membranes se rompent à domicile, la patiente chez laquelle la présentation du siège est connue devrait être avisée de se présenter immédiatement à l'hôpital aux fins d'une évaluation. Au cours du deuxième stade du travail, la descente du siège et l'entrée de l'insertion ombilicale dans le bassin sont couramment associées à une hausse de l'incidence des décélérations variables et de la compression du cordon. Le MFÉC est universellement requis au cours du deuxième stade du travail. Une électrode d'ECG conçue pour une mise en place dans le cuir chevelu fœtal peut être insérée dans la fesse aux fins du MFÉC; une étude de faible envergure soutient la validité de la gazométrie sanguine menée à partir d'échantillons prélevés des capillaires fessiers du fœtus pour évaluer le bien-être fœtal<sup>50</sup>.

L'évolution du travail est un facteur important dans la prise en charge du travail en présence d'une présentation du siège. En l'absence de données allant dans le sens contraire, le protocole TBT permettait une évolution minimale de 0,5 cm/h au cours du premier stade et une durée pouvant atteindre jusqu'à 3,5 heures au cours du deuxième stade. Cet essai n'a pas analysé les résultats en fonction de l'évolution du travail au cours du premier stade; toutefois, une analyse post-hoc a indiqué une hausse de la morbidité périnatale chez la proportion de 5 % des femmes dont le deuxième stade actif avait duré plus de 60 minutes<sup>21</sup>. Par comparaison, seulement 0,2 % des femmes en travail de l'étude PREMODA avaient connu un deuxième stade actif d'une durée de plus de 60 minutes. Une absence d'évolution pendant deux heures ou plus au cours du premier stade n'avait

été constatée que dans 3,8 % des périodes de travail; de plus, la dilatation de 5 à 10 cm n'a été d'une durée de plus de sept heures que dans 1,4 % des cas. Il semble prudent de prévoir que la dilatation cervicale de 5 à 10 cm nécessitera un maximum de sept heures.

L'utilisation d'oxytocine au cours du travail d'une grossesse en présentation du siège est controversée. L'accélération à l'oxytocine a été utilisée dans 74 % des périodes de travail de l'étude PREMODA; 9 % des femmes ont fait l'objet d'un déclenchement. Bien que des séries de faible envergure aient également soutenu son innocuité, le déclenchement du travail en présence d'un fœtus en présentation du siège n'est pas recommandé<sup>51</sup>. La baisse des contractions utérines (dystocie utérine) attribuable à l'analgésie péridurale peut être adéquatement prise en charge au moyen d'une accélération à l'oxytocine; cependant, en présence d'un travail spontané sans analgésie péridurale, l'accélération à l'oxytocine n'est pas recommandée<sup>22,38,52</sup>. L'absence d'évolution pendant deux heures, malgré des contractions utérines adéquates, constitue une indication de césarienne. Fait à noter, la révision de l'opinion de comité du ACOG indiquait que certaines des études décrivant l'obtention d'une bonne issue périnatale publiées récemment n'offraient pas le déclenchement ni l'accélération à l'oxytocine dans le cadre de leur protocole<sup>11</sup>.

L'évaluation d'une dilatation complète s'avère plus difficile dans le cadre d'une présentation du siège que dans le cadre d'une présentation céphalique, et ce, puisque le col pleinement dilaté ne disparaît pas derrière la couronne céphalique; plutôt, le col demeure alors palpable au fur et à mesure que le tronc fœtal s'y engage. Un clinicien expérimenté devrait procéder à l'évaluation de la dilatation complète, puisque la détermination du moment où elle survient prend une importance cruciale pour ce qui est de l'évaluation de l'évolution du travail. La compression du cordon pendant la descente au cours du deuxième stade est courante et son degré de gravité est imprévisible : la poussée active devrait se dérouler au sein d'une salle d'opération ou près d'une telle salle dotée de matériel et de personnel permettant l'exécution immédiate d'une césarienne, au besoin. Un obstétricien-gynécologue expérimenté comptant les compétences requises devrait être disponible pour un accouchement vaginal planifié; toutefois, il est reconnu que des complications peuvent survenir à la naissance même dans les meilleures circonstances possibles.

Le deuxième stade du travail peut être divisé en une phase passive (avant la poussée active) et en une phase de poussée active. La phase passive était d'une durée > 60 minutes chez 18 % des femmes en travail de l'étude PREMODA. La phase de poussée active n'était d'une durée > 60 minutes que dans 0,2 % des cas. Ainsi, une durée de 2,5 heures

constituerait une limite prudente pour ce qui est de la durée globale du deuxième stade. Lorsque l'accouchement n'est pas imminent après 60 minutes de poussée active, la tenue d'une césarienne est indiquée, même si les fesses se trouvent sur le périnée. Les fœtus en présentation du siège comptent souvent des indices d'Apgar plus faibles à la naissance; un professionnel de la santé expérimenté en matière de réanimation néonatale devrait être présent au moment de l'accouchement.

### Technique d'accouchement

11. Dans le cadre d'un accouchement du siège par voie vaginale planifié, le fournisseur de soins de santé se doit de compter l'expérience et les compétences requises. (II-1A)
12. Un obstétricien-gynécologue expérimenté, rompu à la tenue d'accouchements du siège par voie vaginale, devrait être présent au moment de l'accouchement afin de superviser le travail des autres fournisseurs de soins de santé, y compris un stagiaire. (I-A)
13. Les exigences relatives à la tenue d'une césarienne d'urgence (y compris la disponibilité de l'équipe opératoire de l'hôpital et le délai approximatif de 30 minutes nécessaire à la mise en œuvre d'une laparotomie) doivent être conformes aux recommandations de la déclaration de principe de la SOGC suivante : « 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; mise à jour sous presse, 2009). (III-A)
14. Le fournisseur de soins de santé devrait disposer d'un plan d'action ayant fait l'objet de répétitions et devrait être en mesure d'agir rapidement dans les rares cas de tête dernière coincée ou de bras indélogeables : une symphyséotomie ou un sauvetage d'urgence par voie abdominale peuvent permettre d'éviter le décès. (III-B)
15. L'extraction totale du siège est inappropriée dans le cadre de l'accouchement d'une grossesse monofœtale en présentation du siège à terme. (II-2A)
16. Des efforts de poussée maternelle efficaces sont essentiels à la tenue de l'accouchement en toute sûreté et devrait être encouragés. (II-1A)
17. Au moment de l'accouchement de la tête dernière, un adjoint devrait être présent pour appliquer une pression suspubienne visant à favoriser la flexion et l'engagement de la tête fœtale. (II-3B)
18. L'accouchement du siège spontané ou assisté est acceptable. La traction fœtale devrait être évitée; la manipulation fœtale ne doit être mise en œuvre qu'à la suite de l'accouchement spontané jusqu'au niveau de l'ombilic. (III-A)

19. Les bras coincés derrière la tête peuvent être délogés au moyen des manœuvres de Løvset ou de Bickenbach. (III-B)

20. La tête fœtale peut être accouchée de façon spontanée, avec l'aide d'une pression suspubienne, au moyen de la manœuvre de Mauriceau-Smellie-Veit ou avec l'aide de forceps de Piper. (III-B)

En 1938, Bracht a publié une étude qui a exercé une grande influence sur la mortalité périnatale. Le mode d'accouchement prévalent à l'époque était l'extraction partielle ou complète du siège sous sédation maternelle. En encourageant l'effort maternel au cours du deuxième stade sans sédation, en abandonnant les efforts de traction à partir de l'extérieur et en utilisant une pression fundique pour prévenir une phase d'expulsion prolongée, Bracht est parvenu à faire passer le taux de mortalité périnatale de 3,2 % (taux de départ) à 0 %<sup>3</sup>.

Au fur et à mesure qu'un fœtus en présentation du siège traverse le bassin, une compression utérine et un tonus fœtal normaux font en sorte que sa tête et ses bras demeurent fléchis. Une manipulation fœtale menée avant l'entrée des coudes et du menton dans le détroit supérieur peut provoquer l'extension de la tête et des membres fœtaux (réflexe de Moro), ce qui entraîne le coincement des parties fœtales dernières. L'accouchement spontané contribue à la minimisation de ce risque; de nombreux fœtus en présentation du siège naissent spontanément, de façon opportune, grâce aux seuls efforts d'expulsion de la mère. Qu'elles soient utilisées de façon systématique ou seulement lorsque l'accouchement spontané n'est pas imminent, les manœuvres fœtales ne devraient être utilisées qu'après l'accouchement spontané de l'ombilic; de plus, le recours à la traction devrait être minimisé<sup>53</sup>.

Après la sortie du siège, l'expulsion fœtale est invariablement accompagnée d'une compression du cordon et d'une bradycardie fœtale. Le fœtus ayant connu une croissance normale accède à cette phase tout en étant bien oxygéné et sans acidémie. Il peut tolérer un certain nombre de minutes de délai en présence d'une compression extrinsèque du cordon, ce qui entraîne une acidose respiratoire (facilement annulée une fois la ventilation établie). Dans le cas d'un fœtus présentant un retard de croissance, il y a cependant une forte probabilité de constater, pendant le travail, une acidémie métabolique attribuable à une altération préexistante de la fonction placentaire, ce qui atténue la tolérance du fœtus à la compression du cordon pendant l'expulsion. Ainsi, le retard de croissance intra-utérin constitue une contre-indication au travail.

Une compression considérable du cordon s'étendant au-delà de plusieurs minutes mènera ultérieurement à une acidose grave, et ce, même chez un fœtus normal; la

prévention et la prise en charge du délai d'expulsion sont donc des composantes cruciales de la technique d'accouchement. Les mécanismes qui maximisent la puissance d'expulsion peuvent être associés à un risque de parties fœtales dernières coincées moins élevé que celui qui est associé aux manœuvres mettant en jeu une traction fœtale<sup>1,3-6</sup>. La coopération de la mère est essentielle; une forte sédation ou une intense analgésie péridurale devraient être évitées afin de maximiser les efforts d'expulsion<sup>52</sup>. Parmi les méthodes permettant d'accroître la puissance d'expulsion à la suite de la sortie des fesses, on trouve la maximisation des efforts de poussée de la mère, la position debout et la pression suspubienne<sup>5,6</sup>. Aucune d'entre elles n'a été bien étudiée de façon indépendante. La maximisation de la poussée maternelle est considérée comme étant sûre; de plus, l'utilisation d'un adjoint afin d'appliquer une pression suspubienne à la suite de la sortie des fesses, en vue de maintenir la flexion de la tête fœtale et de faciliter son engagement, peut s'avérer utile (manœuvre de Bracht)<sup>1,3</sup>.

À la suite de l'accouchement spontané jusqu'à l'ombilic fœtal, le délai d'expulsion (malgré la puissance de poussée et en présence ou non de bras coincés derrière la tête) peut nécessiter l'application de manœuvres mettant en jeu la manipulation fœtale. Les manœuvres de Løvset et de Bickenbach sont les mieux décrites<sup>7,54</sup>. Seule la partie osseuse du bassin et des jambes fœtales devrait être saisie afin d'éviter d'endommager les glandes surrénales fœtales, lesquelles sont disproportionnellement grosses. Le recours à la traction sur le fœtus devrait être minimisé afin d'éviter le coincement des parties fœtales dernières. L'extraction totale du siège est inappropriée dans le cadre de l'accouchement d'une grossesse monofœtale en présentation du siège à terme, au sein d'un hôpital moderne disposant d'un accès facile à la césarienne. La tête fœtale peut être accouchée de façon spontanée, avec l'aide d'une pression suspubienne (manœuvre de Bracht), au moyen de la manœuvre de Mauriceau-Smellie-Veit ou avec l'aide de forceps de Piper. Une symphyséotomie effectuée sous anesthésie locale ou un sauvetage par voie abdominale peuvent permettre d'éviter la mort lorsque la tête fœtale est coincée<sup>55-57</sup>.

### Milieu et consentement

21. En l'absence d'une contre-indication à l'accouchement vaginal, la patiente dont la grossesse est en présentation du siège devrait être avisée des risques et des avantages d'un essai de travail et d'une césarienne de convenance; de plus, son consentement éclairé devrait être obtenu. Le choix de la patiente quant au mode d'accouchement devrait être respecté. (III-A)

22. La discussion quant au consentement et le plan choisi devraient être bien documentés et communiqués au personnel de la salle de travail. (III-B)

23. Les hôpitaux offrant un essai de travail devraient disposer d'un protocole écrit en ce qui concerne l'admissibilité et la prise en charge intrapartum. (III-B)
24. Les femmes qui présentent une contre-indication à l'essai de travail devraient se voir conseiller de subir une césarienne. Les femmes qui choisissent un essai de travail malgré cette recommandation ont le droit d'agir de la sorte et ne devraient pas être abandonnées. Elles devraient bénéficier des meilleurs soins hospitaliers possibles. (III-A)
25. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), en collaboration avec l'Association des professeurs d'obstétrique et gynécologie (APOG), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), devrait réviser les exigences en matière de formation au premier cycle et aux cycles supérieurs. La SOGC continuera de promouvoir la formation des fournisseurs de soins de santé actuels par l'intermédiaire des programmes AMPRO<sup>OB</sup> et GESTA (Gestion du travail et de l'accouchement), et d'autres cours. (III-A)
26. La formation théorique et par simulation pratique quant à l'accouchement du siège devrait faire partie des programmes de formation sur les compétences obstétricales de base, tels que GESTA, ALSO (*Advanced Life Support Training in Obstetrics*) et AMPRO<sup>OB</sup>, afin de préparer les fournisseurs de soins de santé aux accouchements du siège par voie vaginale imprévus. (III-B)

Compte tenu des récentes publications qui clarifient davantage l'absence de risque à long terme pour le nouveau-né issu d'un accouchement du siège par voie vaginale et des nombreux signalements d'essais de cohorte soulignant les excellentes issues néonatales au sein de milieux disposant de protocoles particuliers, il s'avère acceptable que les hôpitaux offrent l'accouchement du siège par voie vaginale. Les hôpitaux qui offrent celui-ci devraient disposer d'un protocole écrit en ce qui concerne l'admissibilité et la prise en charge intrapartum, y compris le fait d'aviser le fournisseur de soins traitant dès l'admission en salle de travail.

Face à une parturiente demandant un EDT, le fournisseur de soins de santé doit évaluer son propre système quant à la sélection des présentations du siège, à la prise en charge intrapartum et à la technique d'accouchement, ainsi qu'évaluer sa propre expérience clinique. Les femmes devraient être avisées que le risque de morbidité néonatale à court terme peut être plus élevé dans le cas d'un accouchement vaginal planifié que dans celui d'une césarienne planifiée, mais que les issues neurologiques à long terme pour le nouveau-né sont semblables. Au sein de la branche « pays comptant un faible taux de mortalité périnatale » du

TBT et de l'étude PREMODA, aucune différence n'a été constatée entre les groupes « accouchement vaginal planifié » et « césarienne planifiée » en matière de mortalité périnatale. Lorsque l'accouchement du siège par voie vaginale est planifié, la discussion sur le consentement en ce qui concerne les risques et les avantages du mode d'accouchement et les plans quant à l'accouchement devraient être bien documentés dans le dossier et être disponibles au sein du centre des naissances.

### **RISQUE POTENTIEL DE COERCITION**

Les lignes directrices de 2001 du ACOG et du RCOG sur l'accouchement du siège ne laissent que peu de place à l'autonomie de la parturiente<sup>10,11</sup>. Depuis leur publication, le refus, de la part des obstétriciens-gynécologues, de procéder à un essai de travail à l'hôpital face à une grossesse en présentation du siège est devenu pratique courante dans de nombreux territoires de compétence. À l'occasion, les femmes ayant dû essuyer un tel refus ont accouché seules à la maison, ce qui a entraîné un certain nombre de décès périnataux<sup>58</sup>. De plus, le volume d'accouchements du siège à la maison sous la supervision d'une sage-femme semble avoir connu une hausse. Même compte tenu des limites du TBT quant à la qualité des soins, les issues à long terme étaient équivalentes au sein des groupes « accouchement vaginal planifié » et « césarienne planifiée »; de plus, l'autonomie de la parturiente a préséance sur les préoccupations du praticien quant à de faibles degrés de risque pour le fœtus. Les femmes devraient être avisées de l'innocuité d'un EDT mené au sein d'un milieu doté de fournisseurs de soins expérimentés.

Les femmes qui présentent une contre-indication au travail ou qui sont considérées comme étant de mauvaises candidates à l'EDT devraient se voir conseiller de subir une césarienne. Cependant, la patiente dispose du droit de refuser toute intervention médicale ou tout traitement recommandé. Lorsqu'une patiente choisit l'essai de travail malgré cette recommandation, elle devrait pouvoir bénéficier de soins en milieu hospitalier. L'accouchement du siège au sein d'un milieu obstétrical hospitalier moderne est presque assurément plus sûr qu'un tel accouchement à la maison; la patiente ne doit pas être abandonnée lorsqu'elle choisit de ne pas respecter les conseils médicaux<sup>59</sup>.

### **FACTEURS SYSTÉMIQUES**

En 2006, le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* et le *American College of Obstetrics and Gynecology* ont remplacé leurs lignes directrices restrictives de 2001 sur l'accouchement du siège par de nouvelles versions soutenant l'accouchement sélectif du siège par voie vaginale<sup>60,61</sup>. La ligne directrice *Green Top* 2006 du RCOG sur l'accouchement du siège

décrit la responsabilité de la communauté obstétricale envers la parturiente : « Lorsqu'une unité n'est pas en mesure d'offrir l'option d'un accouchement du siège par voie vaginale planifié, les femmes qui souhaitent choisir cette option devraient être orientées vers une unité où cette option est offerte ».

Bon nombre d'obstétriciens-gynécologues nouvellement qualifiés ne disposent pas de l'expérience nécessaire à la supervision d'un EDT dans le cadre d'une grossesse en présentation du siège; le mentorat de collègues plus expérimentés s'avérera donc nécessaire s'ils souhaitent acquérir ces compétences. Puisque des accouchements du siège imprévus surviendront dans tous les milieux, la formation théorique et par simulation pratique quant à l'accouchement du siège devrait faire partie des programmes de formation sur les compétences obstétricales de base (s'adressant tant aux médecins qu'aux sages-femmes) tels que GESTA, ALSO et AMPRO<sup>OB</sup>.

## RÉFÉRENCES

- Plentl A, Stone R. « The Bracht Maneuver », *Obstet Gynecol Surv*, vol. 8, n° 3, 1953, p. 313–25.
- Kubli F, Rüttgers H, Meyer-Menk M. « Die fetale Acidosegefährdung bei vaginaler Geburt aus Beckenendlage [article en allemand] », *Z Geburtsh Perinat*, vol. 179, 1975, p. 1–16.
- Bracht E. « Zur Behandlung der Steisslage [article en allemand] », *Zentralbl Gynaekol*, vol. 62, 1938, p. 1735.
- Bellew LN, Allison HM, Greenville SC. « Experience with the Bracht Method of delivery of the breech », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 76, n° 4, 1958, p. 754–60.
- Thiessen P. « Spontangeburt, Herausleiten und Manualhilfe bei der Geburt in Beckenendlage [article en allemand] », *Zentralbl Gynaekol*, vol. 74, n° 50, 1952, p. 1969–76.
- Thiessen P. « Die eigene Geburtsleitung bei Beckenendlage und ihr Gegensatz zur Schul- oder Lehrauffassung [article en allemand] », *Geburtsh Frauenheilk*, vol. 24, 1964, p. 661–82.
- Løvset J. « Shoulder delivery by breech presentation », *J Obstet Gynaecol Brit Emp*, vol. 44, 1937, p. 696–704.
- Albrechtsen S, Ramussen S, Irgens LM. « Secular trends in peri- and neonatal mortality in breech presentation; Norway 1967–1994 », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 79, 2000, p. 508–12.
- 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.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *RCOG Green Top Guidelines: The Management of Breech Presentation, Guideline no. 20*, Londres : RCOG, 2001.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. « ACOG Committee Opinion No. 265, Mode of Term Singleton Breech Delivery », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 1189–90.
- Phipps H, Roberts CL, Nassar N, Raynes-Greenow CH, Peat B, Hutton EK. « The management of breech pregnancies in Australia and New Zealand », *Aus NZ J Obstet Gynaecol*, vol. 43, 2003, p. 294–7.
- Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah ME. « Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 25, 2003, p. 14–6.
- Goffinet F, Blondel B, Bréart G. « À propos du débat sur le siège », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, vol. 30, 2001, p. 187–90.
- Hauth JC, Cunningham FG. « Vaginal breech delivery is still justified », *Obstet Gynecol*, vol. 99, 2002, p. 1115–6.
- Van Roosmalen J, Rosendaal F. « There is still room for disagreement about vaginal delivery of breech infants at term », *BJOG*, vol. 109, 2002, p. 967–9.
- Kotaska A. « Inappropriate use of randomized trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery », *BMJ*, vol. 329, 2004, p. 1039–42.
- Keirse MJ. « Evidence-based childbirth only for breech babies? », *Birth*, vol. 29, n° 1, 2002, p. 55–9.
- Menticoglou SM. « Why vaginal breech delivery should still be offered », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 28, 2006, p. 380–5.
- Glezerman M. « Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 194, 2006, p. 20–5.
- University of Toronto Maternal, Infant and Reproductive Health Research Unit. *Term breech trial study protocol*, 1996, p. 8.
- Su M, McLeod L, Ross S, Willan A, Hannah WJ, Hutton E et coll. « Factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 189, 2003, p. 740–5.
- Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah W, Hewson S, Amankwah K et coll. « 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*, vol. 191, 2004, p. 864–71.
- Danelian PJ, Wang J, Hall MH. « Long term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow-up », *BMJ*, vol. 312, 1996, p. 1451–3.
- Pradhan P, Mohajer M, Deshpande S. « Outcome of term breech births: 10-year experience at a district general hospital », *BJOG*, vol. 112, 2005, p. 218–22.
- Giuliani A, Scholl WMJ, Basver A, Tamussino KF. « Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 187, 2002, p. 1694–8.
- Hellsten C, Lindqvist PG, Olofsson P. « Vaginal breech delivery: is it still an option? », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 111, 2003, p. 122–8.
- Munstedt K, von Georgi R, Reucher S, Zygmunt M, Lang U. « Term breech and long-term morbidity—cesarean section versus vaginal breech delivery », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 96, 2001, p. 864–71.
- Thilaganathan B, Meher-Homji N, Nicolaides KH. « Labor: an immunologically beneficial process for the neonate », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 171, n° 5, 1994, p. 1271–2.
- Malamitsi-Puchner A, Protonotariou E, Boutsikou T, Makrakis E, Sarandakou A, Creatsas G. « The influence of the mode of delivery on circulating cytokine concentrations in the perinatal period », *Early Hum Dev*, vol. 81, 2005, p. 387–92.
- Negele K, Heinrich J, Borte M, von Berg A, Schaff B, Lehmann I et coll. « Mode of delivery and development of atopic disease during the first 2 years of life », *Pediatr Allergy Immunol*, vol. 15, 2004, p. 48–54.
- Laubereau B, Filipiak-Pittroff B, von Berg A, Grübl A, Reinhardt D, Wichmann HE et coll. « Caesarean section and gastrointestinal symptoms, atopic dermatitis, and sensitisation during the first year of life », *Arch Dis Child*, vol. 89, 2004, p. 993–7.
- Kayem G, Goffinet F, Clement D, Hessabi M, Cabrol D. « Breech presentation at term: morbidity and mortality according to the type of delivery at Port Royal Maternity hospital from 1993 through 1999 », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 102, 2002, p. 137–42.

34. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. « Singleton vaginal delivery at term: still a safe option », *Obstet Gynecol*, vol. 103, 2004, p. 407–12.
35. Irion O, Almagbaly PH, Morabia A. « Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations », *Brit J Obstet Gynaecol*, vol. 105, 1998, p. 710–7.
36. Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K. « Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 177, 1997, p. 586–92.
37. Krause M, Lenz A, Feige A. « Vaginale Beckenendlagegeburt—Entscheidungskriterien und Einfluss auf die kindliche Morbiditaet [article en allemand] », *Hebamme*, vol. 12, 1999, p. 22–9.
38. 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.
39. Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH. « The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants », *BJOG*, vol. 112, 2005, p. 205–9.
40. Schutte JM, Steegers AP, Satema JG, Schuitemaker NW, Van Roosmalen J. « Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands », *Acta Obstet Gynecol*, vol. 86, 2007, p. 240–3.
41. Verhoeven ATM, de Leeuw JP, Bruinse HW. « Breech presentation at term: elective cesarean section is the wrong choice as a standard treatment because of too high risks for the mother and her future children [article en néerlandais] », *Ned Tijdschr Geneesk*, vol. 149, 2005, p. 2207–11.
42. Burke G. « The end of vaginal breech delivery », *BJOG*, vol. 113, 2006, p. 969–72.
43. Porter R. « Breech delivery: the dilemma », *BJOG*, vol. 113, 2006, p. 973–4.
44. de Leeuw JP, Verhoeven ATM, Schutte JM, Zwart J, van Roosmalen J. « The end of vaginal breech delivery (letter) », *BJOG*, vol. 114, 2007, p. 373–4.
45. Svenningsen NW, Westgren M, Ingemarsson I. « Modern strategy for the term breech delivery—A study with 4-year follow-up of the infants », *J Perinat Med*, vol. 13, 1985, p. 117–26.
46. Westgren M, Grundsell H, Ingemarsson I, Mühlow A, Svenningsen NW. « Hyperextension of the fetal head in breech presentation. A study with long-term follow-up », *Brit J Obstet Gynaecol*, vol. 88, 1981, p. 101–4.
47. Kinugasa M, Sato T, Tamura M, Suzuki H, Miyazaki Y, Imanaka M. « Antepartum detection of cord presentation by transvaginal ultrasonography for term breech presentation: potential prediction and prevention of cord prolapse », *J Obstet Gynaecol Res*, vol. 33, n° 5, 2007, p. 612–8.
48. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*, 22<sup>e</sup> éd., McGraw-Hill, 2005.
49. Murphy DJ, MacKenzie IZ. « The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 102, 1995, p. 826–30.
50. Brady K, Duff P, Read JA, Harlass FE. « Reliability of fetal buttock sampling in assessing the acid-base balance of the breech fetus », *Obstet Gynecol*, vol. 74, 1989, p. 886–8.
51. Rojansky N, Tsafirir A, Ophir E, Ezra Y. « Induction of labour in breech presentation », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 74, n° 2, 2001, p. 151–6.
52. Chadha YC, Mahmood TA, Dick MJ, Smith NC, Campbell DM, Templeton A. « Breech delivery and epidural analgesia », *Brit J Obstet Gynaecol*, vol. 99, 1992, p. 96–100.
53. Jotkowitz MW, Picton FCR. « An appraisal of an anatomically and physiologically correct method of breech delivery: the Bracht Maneuver », *Aust NZ J Obstet Gynaecol*, vol. 10, 1970, p. 151–9.
54. Krause M, Feige A. « Techniques for Vaginal Breech Delivery [article en allemand] », *Geburtsb Frauenheilk*, vol. 68, 2008, p. R25–48.
55. Menticoglou SM. « Symphysiotomy for the trapped aftercoming parts of the breech: a review of the literature and plea for its use », *Aust NZ J Obstet Gynaecol*, vol. 30, 1990, p. 1–9.
56. Pust RE, Hirschler RA, Lennox CE. « Emergency symphysiotomy for the trapped head in breech delivery: indications, limitations, and method », *Trop Doct*, vol. 22, 1992, p. 71–5.
57. Sandberg EC. « The Zavanelli maneuver: 12 years of recorded experience », *Obstet Gynecol*, vol. 93, n° 2, 1999, p. 312–7.
58. Office of the Chief Coroner of British Columbia. *Judgement of Enquiry into Death 2005*.
59. Kotaska A. « Combatting coercion: breech birth, parturient choice, and the evolution of evidence-based maternity care », *Birth*, vol. 32, n° 2, p. 76–80.
60. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *RCOG Green Top Guidelines: The management of breech presentation. Guideline no. 20b*, Londres : RCOG, décembre 2006.
61. American College of Obstetricians and Gynecologists. « ACOG Committee Opinion No. 340, Mode of term singleton breech delivery », *Obstet Gynecol*, vol. 108, 2006, p. 235–7.
62. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. « New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, n° 3, 2003, p. 207–8.