

	RECOMMANDATION	
	Présentation du siège au 3^{ème} trimestre	Rédaction : Dr Gauchotte Emilie Dr Creutz Margaux Pr Morel Olivier Validation : CSPT CoPÉGE le 03/03/2023

I. VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE (VME)

Une VME doit être systématiquement discutée avec la patiente, dès 35 SA, en cas de fœtus en présentation du siège. La fiche d'information du CNGOF (annexe) doit être remise à la patiente et l'information tracée dans le dossier.

Si une équipe ou un praticien considère qu'il n'a pas la maîtrise de la VME, la patiente doit être adressée à d'autres professionnels.

En cas de refus initial de la VME, d'autres méthodes comme des séances d'acupuncture peuvent être proposées sans retarder la VME après 36 SA. L'efficacité de ces méthodes n'a pas été démontrée.

1. Contre-indication

Indication formelle de césarienne telle que placenta couvrant ou utérus multicatriciel.

2. Mode opératoire

Dès 36 SA

En salle de naissance

Consultation d'anesthésie réalisée en amont + bilan préopératoire dont RAI

Recueil du consentement

Échographie par le praticien responsable
Vérification de la présentation

VVP avec Ringer Lactate 500 ml

RCF durant 30 minutes

Tocolyse par atosiban IV (bolus de 6.75 mg/0.9mL sur 1 min)

VME dans les 30 min qui suivent la tocolyse

Après la VME : RCF durant 30 min

Pour les femmes rhésus négatif, vérifier la prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus RH-1

3. Refus ou échec

- Pelvimétrie par IRM et biométries fœtales échographiques
- Discussion du dossier de la patiente en staff
 - o Orientation donnée par le staff pour la voie d'accouchement expliquée à la patiente lors d'une consultation

II. VOIE D'ACCOUCHEMENT

Le choix de la voie d'accouchement doit être discuté par l'équipe obstétricale avec la patiente et décidé de manière partagée (bénéfices et risques d'une césarienne programmée vs voie basse (VB) à court et long termes pour la mère et le nouveau-né et description des modalités d'accouchement par VB).

⇒ *Fiche d'information du CNGOF en annexe.*

Cette délivrance d'informations et la décision prise doivent être **tracées dans le dossier**.

La patiente doit être avertie du **risque d'un possible changement de prise en charge à tout moment** (transformation d'une VB en césarienne en cas de complication mais aussi tentative de VB si mise en travail spontané rapide ou avancé avant la date fixée pour une césarienne).

1. Choix de la voie basse

Les contre-indications (CI) à la tentative d'accouchement par voie basse (VB) en cas de présentation céphalique sont également des CI à une VB en cas de présentation par le siège.

Conditions nécessaires à la réalisation d'un accouchement par voie basse

⇒ Au niveau médical

- Information et consentement de la patiente
- Pelvimétrie et biométrie fœtales acceptables dont EPF < à 3800g (en cas de siège inopiné à l'entrée en travail, l'absence de pelvimétrie ne contre-indique pas, à elle seule, la tentative de VB)

Concernant les pelvimétries : une lecture critique des résultats incluant l'analyse des images et des mensurations par le gynécologue-obstétricien en charge de la patiente est nécessaire et importante devant le risque d'erreur de ces mesures et leurs potentielles graves conséquences au moment de l'accouchement.

- Echographie à réaliser à l'admission :
 - Contrôle de la présentation
 - Vérification de l'absence de déflexion de la tête
 - Mesure du BIP et EPF : EPF < à 3800 g
- Anesthésie péridurale à encourager en l'absence de CI.
- Pas d'indication d'épisiotomie systématique.
- Amniotomie et administration d'oxytocine possibles en cas de dystocie dynamique
 - Césarienne à envisager en l'absence d'engagement après 2 heures à dilatation complète et après correction d'une éventuelle dystocie dynamique
- Efforts expulsifs débutés lorsque présentation engagée le plus bas possible dans l'excavation pelvienne.

La prématurité, le RCIU et l'utérus cicatriciel ne sont pas des CI à la VB.

En cas de déclenchement, le ballonnet extra-amniotique et les prostaglandines sont utilisables avec les mêmes modalités que pour les présentations céphaliques.

⇒ Au niveau organisationnel

- Présence d'un gynécologue-obstétricien sur place
- Disponibilité immédiate possible d'un anesthésiste-réanimateur et d'un pédiatre qui doivent être présents à l'accouchement
- Accès immédiat à une césarienne si besoin
- Protocole spécifique établi au sein de la maternité
- Monitoring continu préférable
- Forceps ou spatules disponibles en salle d'accouchement

La vigilance sur l'analyse du RCF doit être la même qu'en cas de présentation céphalique et en cas d'anomalie à risque d'anoxo-ischémie fœtale, les interventions obstétricales ne doivent pas être retardées.

Si une équipe considère que les conditions organisationnelles locales ne sont pas réunies pour prendre en charge une patiente souhaitant une tentative de VB, elle se doit de l'orienter vers un autre établissement.

Si une équipe estime qu'une tentative de VB n'est pas recevable alors que la patiente le souhaite, un avis auprès d'une autre équipe doit être demandé.

2. Choix de la césarienne programmée :

Discussion collégiale systématique même en cas de travail spontané en urgence.

Éléments pouvant faire privilégier une césarienne programmée

- Une suspicion de disproportion foeto-pelvienne
 - Tenir compte des biométries fœtales et des ATCD de la patiente notamment accouchements antérieurs par VB et poids des NN.
 - Normes retenues :
 - PRP < 10 cm ou TM < 11.5 cm * bi-épineux < 9.5 cm
 - BIP > au diamètre bi-épineux ou > 98 mm
- Une estimation du poids fœtal (clinique et/ou échographique) avant la naissance supérieure à 3800g
- Hyperextension de la tête fœtale

En cas d'entrée en travail spontané avant la réalisation de la césarienne, le choix de la voie d'accouchement doit être réévalué par l'équipe de garde.

Si, malgré l'absence de CI à l'accouchement par VB, la césarienne programmée est le choix éclairé de la patiente, ce choix doit être respecté. Les risques respectifs de la VB et de la césarienne prophylactique hors indication médicale doivent être expliqués à la patiente et reportés dans le dossier.

RÉFÉRENCES & BIBLIOGRAPHIE

Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF : Présentation du siège. 2020.

Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français sur la prise en charge des grossesses prolongées 2011.

Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français sur la prise en charge des grossesses gémellaires 2009.

Recommandations de l'HAS 2008 : Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée.

Abiracheb F., Haddad B., Cabrol D. Déclenchement artificiel du travail à terme. In : Cabrol D., Pons J.C., Goffinet F. Traité d'obstétrique. Paris, Flammarion, 2003 : 781-93.

Boulvain M., Kelly A., Lohse C., Stan C., Irion O. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2001 ; (4) : CD001233. Review.

Cabrol D., Goffinet F. Déclenchement artificiel du travail. In : Cabrol D., Goffinet F. Maternité Port-Royal : Protocoles cliniques en obstétrique. Paris, Ed Masson, 2003 : 171-78.

Chung J.H., Huang W.H., Rumney P.J., Garite T.J., Nageotte M.P. A prospective randomized controlled trial that compared misoprostol, Foley catheter and combination misoprostol-Foley catheter for labor induction. Am J Obstet Gynecol. 2003 Oct ;189(4) :1031-5.

Hofineyr G.J., Gulmezoglu A.M. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2003 ;(1) :CD00941. Review.

Jozwiak M., OudeRengerink K., Benthem M. Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labour at term (PROBAAT trial): an open-label, randomized controlled trial. The Lancet 2011 (378).

ANNEXE - FICHE D'INFORMATION PATIENTE PRÉSENTATION DU SIÈGE (ANNEXE RPC CNGOF 2020)

CNGOF

ANNEXE

Cette fiche d'information est destinée aux patientes/couples dont l'enfant reste en présentation du siège au-delà de 36 semaines d'aménorrhée (SA), c'est-à-dire lorsque l'enfant présente ses fesses ou ses pieds en premier au lieu de la tête. Elle constitue un support de discussion avec l'équipe soignante.

Est-ce fréquent ?

La présentation du siège est très fréquente au deuxième trimestre de la grossesse. Par la suite, la majorité des enfants pivotent spontanément pour placer leur tête en premier. Au 9^e mois, on observe seulement 3 % des enfants en présentation du siège.

Que faire si un enfant reste en siège au-delà de 36 SA ?

Le professionnel de santé vous exposera les différentes modalités de la prise en charge :

- réaliser une version par manœuvre externe (VME) pour aider l'enfant à pivoter tête en premier ;
- accompagner une tentative de naissance par voie basse ;
- ou planifier une naissance par césarienne.

Pourquoi envisager une VME ?

Cette manœuvre réduit le nombre d'enfants qui vont rester en siège. Ce succès permet alors de diminuer le recours à une césarienne.

Comment se déroule une version par manœuvre externe ?

Il s'agit d'essayer de faire pivoter l'enfant à la main en exerçant une pression à travers la paroi abdominale. Cette manœuvre a lieu à la maternité mais il n'est pas nécessaire d'être hospitalisée (retour à domicile au décours du geste). Elle est le plus souvent réalisée vers 36-37 semaines d'aménorrhée. L'administration d'un médicament relaxant l'utérus peut être proposée quelques minutes avant la manœuvre pour faciliter la rotation de l'enfant. Une vérification de la position de l'enfant et un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (monitoring) ont lieu juste avant et juste après le geste. La manœuvre dure quelques minutes. Elle peut être source d'inconfort et plus rarement de douleur. Il est recommandé de revenir consulter à la maternité en cas de saignements, de douleurs, de contractions, de perte de liquide, ou de diminution des mouvements fœtaux au décours de la manœuvre. Pour les patientes rhésus négatif, une injection d'immunoglobulines peut s'avérer nécessaire. En cas d'échec avec persistance d'une présentation en siège, le professionnel vous proposera peut-être une autre tentative dans les prochains jours.

La VME présente-t-elle un danger ?

La VME ne s'accompagne d'ordinaire d'aucune complication. Dans de très rares cas (moins de 1 %) une césarienne peut être nécessaire au décours immédiat du geste en raison d'un saignement ou de modifications du rythme cardiaque fœtal. La VME peut être réalisée même si vous avez déjà eu une césarienne.

Quel est le taux de succès de la VME ?

On annonce d'ordinaire un taux de l'ordre de 30 % à 50 %. En fait ce taux est variable selon les équipes. Il est plus élevé chez les patientes qui ont déjà accouché. Il peut arriver qu'un enfant se remette en siège après un succès de la VME mais cette éventualité est rare (moins de 5 %).

Que va-t-il survenir si l'enfant reste en siège après la VME ?

L'enfant restera en siège jusqu'à l'accouchement le plus souvent. Il faut donc envisager soit une tentative d'accouchement par voie basse en présentation du siège, soit une césarienne programmée. Les deux modalités présentent des avantages et des inconvénients pour vous et votre enfant à court et à long terme rendant nécessaire une discussion au cas par cas avec votre gynécologue-obstétricien. Dans les deux cas, les risques de complications sévères pour l'enfant et la mère sont faibles. Cependant, pour le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la tentative de voie basse est une option raisonnable dans la majorité des cas.

Si une voie basse a été planifiée, il se peut qu'une césarienne soit finalement nécessaire comme pour toute naissance en raison d'une progression inappropriée du travail ou d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus. Si une césarienne a été planifiée, il se peut que le travail débute avant la date. Cette situation peut conduire à changer d'option et à privilégier une naissance par voie naturelle notamment si la naissance semble imminente.

Comment se déroule le travail avec un fœtus en siège ?

Vous bénéficierez de l'attention de l'équipe de la maternité comme les autres patientes accueillies en salle de naissance. La présentation en siège de votre enfant sera confirmée et la possibilité d'un accouchement par voie basse réévaluée par l'équipe obstétricale. La surveillance fœtale fera appel à un enregistrement continu du rythme cardiaque. L'analgésie péridurale sera réalisée si c'est votre souhait. Elle est néanmoins conseillée car elle facilitera la réalisation de manœuvres obstétricales lors de l'accouchement voire d'une césarienne pendant le travail, éventualité plus fréquente que lorsque l'enfant se présente par la tête. Le gynécologue-obstétricien sera présent à vos côtés lors de la naissance et un anesthésiste, ainsi qu'un pédiatre seront facilement disponibles.

Si une césarienne est programmée, ses modalités vous seront expliquées par l'équipe obstétricale.
