



L'INCIDENCE des présentations du siège à terme est d'environ 3 à 4 %¹⁻⁵. Il est fréquemment rapporté dans la littérature médicale que ces fœtus ont un risque plus élevé de morbidité et de mortalité périnatales que ceux qui ont une présentation céphalique, et ce, quel que soit l'âge gestationnel^{1,6-8}. Les facteurs qui prédisposent à ce défaut de présentation, outre la prématurité, incluent :

- la multiparité et les autres causes de relaxation utérine ;
- un placenta prævia ;
- l'hydramnios ;
- une disproportion fœtopelvienne ;
- les anomalies congénitales ;
- une présentation du siège antérieure ;
- les masses pelviennes ;
- la grossesse multiple ;
- l'oligohydramnios ;
- les anomalies utérines (par exemple : septum, fibrome, utérus unicorne).

Dans plus de la moitié des cas, cependant, la cause reste inconnue².

Malgré la sécurité relative de la version céphalique externe et de l'accouchement par voie vaginale chez des femmes bien sélectionnées, la césarienne élective est devenue la méthode de choix pour toute présentation du siège, passant d'environ 15 % en 1970 à un taux qui dépasse maintenant les 90 % dans certains établissements, sans pour autant réduire proportionnellement la mortalité et la morbidité périnatales^{4-6,8,9}. Cette pratique a été grandement encouragée afin de diminuer les risques pour le fœtus, mais aussi en raison de préoccupations d'ordre médico-légal grandissantes et de l'inexpé-

Présentation du siège à terme

nouvelle attitude

par **Nathalie Girouard**

Vous voyez à votre cabinet M^{me} Caron qui est dans sa 35^e semaine de grossesse. Tout va bien jusqu'à présent. Vous avez reçu le rapport de son échographie, faite il y a cinq jours, qui montre une présentation du siège. Votre patiente est perplexe, d'autant plus que, tout au long de son suivi anténatal, elle vous a fait part de son désir d'avoir un accouchement le plus « naturel » possible.

Qu'allez-vous lui dire ? N'a-t-elle qu'un choix ou bien son désir est-il encore réalisable ?

rience de plus en plus répandue des obstétriciens dans la technique de l'accouchement par voie vaginale d'une présentation du siège. En effet, l'usage libéral de la césarienne, au cours des dernières années, a eu un regrettable corollaire car, du même coup, les programmes de résidence offrent moins d'occasions d'acquérir l'habileté essentielle et indispensable pour que l'accouchement par voie vaginale soit sécuritaire^{3,6,7}.

La présentation du siège représente approximativement 10 à 15 % de tous les accouchements par césarienne^{4,5,7,8,10}. Au centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, en 1994, le coût moyen d'un accouchement par voie vaginale, excluant le suivi antepartum, était de 1939 \$, comparativement à 4618 \$ pour une césarienne. En 1993-1994, alors

qu'il y a eu près de 90 000 accouchements au Québec, chaque baisse de 1 % du taux de césariennes représentait une économie de 2,4 millions de dollars⁹.

La problématique : les complications associées aux présentations du siège

La controverse persiste dans la littérature médicale en ce qui a trait à la meilleure façon d'accoucher en cas de présentation du siège, puisque plusieurs facteurs, autres que la seule méthode d'accouchement, contribuent à augmenter le risque, en particulier la prématurité et les anomalies congénitales, dont l'incidence est plus élevée que lorsqu'il y a présentation céphalique et qui sont en elles-mêmes

La D^{re} Nathalie Girouard, omnipraticienne, chargée d'enseignement clinique à l'Université de Montréal, exerce à l'unité de médecine familiale du centre hospitalier Angrignon, à Verdun.

Plusieurs facteurs, autres que la méthode d'accouchement, contribuent à augmenter la mortalité et la morbidité périnatales des fœtus qui se présentent par le siège, en particulier un haut taux de prématurité et d'anomalies congénitales.

Repère

Tableau I

Complications associées aux présentations du siège

Antepartum

Prématurité

Anomalies congénitales majeures : hydrocéphalie, anencéphalie

Affections génétiques : trisomies 13, 18 et 21, syndrome de Potter, dystrophie myotonique (maladies altérant le tonus musculaire fœtal)

Mort fœtale *in utero*

Intrapartum

Asphyxie intrapartum

Procidence du cordon

Traumatismes liés à l'accouchement (œdème, ecchymoses, lacérations, fractures, atteinte du plexus brachial)

Incarcération de la tête derrière un col incomplètement dilaté

Traumatisme médullaire secondaire d'une déflexion de la tête

Mort fœtale intrapartum

Adapté avec autorisation de : Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal & Problem Pregnancies*. 2^e éd. New York : Churchill Livingstone, 1991 : 551-62.

responsables d'une large part de la morbidité et de la mortalité fœtales^{1,6,8,11} (tableau I).

Par ailleurs, comme la plupart des études réalisées sur les risques de l'accouchement par voie vaginale sont rétrospectives et non randomisées, on peut douter de la validité des recommandations qui en découlent, dans la mesure où les données ont été colligées avant l'époque contemporaine des soins néonataux et de l'utilisation courante du monitoring électronique fœtal. La césarienne systématique pour un siège peut donc être remise en question, étant donné le manque d'études prospectives pour soutenir cette attitude et parce qu'il est clair qu'elle est plus coûteuse et qu'elle contribue à augmenter la morbidité (de 5 à 10 fois

Tableau II

Complications maternelles liées à la césarienne

Complications

Incidence

Infection (endomètre, voies urinaires, plaie, péritoine)	8 à 27 % (2 à 3 % après accouchement par voie vaginale)
Transfusion (à la suite d'une hémorragie)	1 à 6 %
Traumatismes à la vessie, au rectum, aux uretères	0,4 % (surtout avec césariennes répétées)
Extension de l'incision utérine aux structures adjacentes	1,3 %
Lacération de vaisseaux utérins	0,5 %
Iléus paralytique grave	1 %
Embolie pulmonaire	0,1 à 0,2 %
Thrombose veineuse profonde	0,6 à 1,8 %
Atélectasie	5 % (avec anesthésie générale)
Rupture utérine subséquente	0,2 % (avec incision transverse, % plus élevé avec incision classique)

Autres

Séjour postpartum prolongé à l'hôpital (coûts augmentés)

Douleur postpartum

Accouchements ultérieurs par voie abdominale

Adhérences

Pneumonie d'aspiration

Fistules

Déhiscence de plaie

Tiré de : Shearer EL. Cesarean Section: Medical Benefits and Cost. *Soc Sci Med* novembre 1993 : 1223-31. Reproduction autorisée par Elsevier Science Ltd, The Boulevard, Langford Lane, Kidlington O X 5 1 GB, UK.

Tableau III

Causes de mortalité les plus fréquentes liées à la césarienne

- Infections
- Embolies pulmonaires
- Accidents anesthésiques
- Hémorragies

par rapport à l'accouchement par voie vaginale) et, à un degré moindre, la mortalité maternelle (de 2 à 4 fois)^{1,3,6-12} (tableaux II et III).

La « conduite » à tenir devant une présentation du siège à terme

La version céphalique externe. Il est bien établi que la version céphalique externe est un procédé sécuritaire et efficace pour diminuer l'incidence des présentations du siège au moment du travail et, par conséquent, le nombre de césariennes. Les taux de succès varient entre 60 et 75 %^{1,4,5,7,8,12,13}. On estime qu'un protocole bien établi de version externe peut réduire le taux de césariennes pour présentation du siège d'environ 30 %^{2,6}; même si la version est efficace dans 60 à 75 % des cas, elle n'abaisse ce taux de environ 30 %, pour les raisons suivantes :

- une partie des parturientes ne sont pas admissibles à la version ou la refusent ; elles accouchent donc par césarienne ;
- il y a un taux d'échec de 25 à 40 % à la version, donc des présentations du siège persistantes qui font actuellement l'objet d'une césarienne ;
- parmi les femmes pour qui la version a été efficace, une partie échoue à

Tableau IV

Critères pour un accouchement programmé par voie vaginale

Une épreuve du travail est sécuritaire et raisonnable dans les cas suivants :

- Le poids fœtal estimé est ≥ 2500 g et ≤ 4000 g (évalué par examen clinique ou échographique)
- L'évaluation clinique révèle un bassin adéquat
- Le siège est décomplété mode des fesses ou complet (figure 1)
- La tête fœtale est en flexion (évaluée par échographie ou radiographie)
- Un moniteur fœtal est disponible
- Une césarienne est possible rapidement
- Il y a absence de détresse fœtale ou maternelle
- La progression du travail est normale
- La disponibilité d'un personnel expérimenté dans les accouchements par le siège est assurée (obstétricien, pédiatre, anesthésiste)

Tiré de : Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal & Problem Pregnancies*. 2^e éd. New York : Churchill Livingstone, 1991 : 551-62. Reproduction autorisée.

l'épreuve du travail (environ 10 à 30 %), ce qui mène aussi à la césarienne.

Le monitoring foetal continu, la tocolyse et l'échographie sont des préalables importants lorsqu'on utilise cette technique, qui doit s'effectuer en salle de travail ou d'accouchement. Les contre-indications les plus souvent citées sont :

- la rupture des membranes ou l'oligohydramnios ;
- une chirurgie utérine antérieure ;
- un retard de croissance intra-utérin ou un âge gestationnel inférieur à 36 semaines ;
- un placenta prævia ;

- des anomalies congénitales majeures ;
- un test de réactivité fœtale ou un profil biophysique anormal ;
- une parturiente en travail actif.

Une césarienne transversale basse, antérieure, n'est pas considérée comme une contre-indication^{3-5,7,13}.

Les risques associés à la technique sont la rupture des membranes, la bradycardie fœtale (6 à 30 % des cas), la transfusion fœtomaternelle (6 à 7 % des cas), la mort fœtale inexpliquée et, très exceptionnellement, le décollement placentaire et l'embolie de liquide amniotique. Les patientes qui

On estime qu'un protocole bien établi de version externe peut réduire le taux de césariennes pour présentation du siège d'environ 30 %.

L'accouchement par voie vaginale, lors d'une présentation du siège, est envisageable chez des patientes sélectionnées en fonction de certains critères précis, dont l'estimation du poids fœtal, le mode de présentation du siège et la progression du travail.

Repères

ont un facteur Rh - doivent recevoir de la gammaglobuline anti-D (Rhogam, Winrho)^{1,2,5}.

Les facteurs associés à un échec de la version sont : l'obésité, l'engagement trop avancé du siège dans le bassin, l'oligohydramnios et une position postérieure du dos¹.

L'accouchement programmé par voie vaginale (*planned vaginal delivery*). Plusieurs études d'importance rapportent que, en cas de présentation du siège, l'accouchement par voie vaginale est envisageable et sécuritaire chez des femmes sélectionnées pour lesquelles la version n'a pas été tentée, a échoué ou est contre-indiquée^{7,12}. Cela peut représenter environ 35 % des parturientes ayant une présentation du siège⁴. Ces études montrent que l'évolution périnatale de ces bébés, en termes de mortalité et de morbidité, n'est pas différente de celle des bébés nés par voie abdominale. Certains critères doivent cependant être respectés pour tenter une épreuve du travail^{1-3,7,8,12,13} (*tableau IV*). S'ils sont bien suivis, on peut s'attendre à un taux d'accouchements par voie vaginale d'environ 80 % chez les parturientes admissibles^{4,13}.

Aucune donnée scientifique n'exclut le déclenchement du travail lorsqu'il y a présentation du siège en cas d'indication médicale ou obstétricale reconnue. De même, l'utilisation judicieuse de la stimulation du travail par

l'ocytocine n'est pas contre-indiquée, si l'on peut toutefois exclure une disproportion fœtopelvienne. La progression du travail au premier stade doit être d'au moins 0,5 cm par heure après 3 cm. Au deuxième stade, l'accouchement doit être imminent après deux heures en l'absence de poussées expulsives, ou après une heure de poussées expulsives. Une progression plus lente du travail constitue une forte présomption de disproportion fœtopelvienne. L'analgésie et l'anesthésie épidurale n'ont pas d'avantages particuliers lors d'une présentation du siège ; chaque situation doit être évaluée individuellement après discussion avec la parturiente. Enfin, les indications d'amniotomie sont les mêmes que pour la présentation céphalique. On recommande un examen vaginal le plus tôt possible après la rupture des membranes pour exclure une proci-dence éventuelle du cordon^{1-3,8,12}. Selon le consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme³, la parité et l'âge maternel ne font plus partie des critères de sélection, et la pelvimétrie n'est plus un préalable à l'accouchement programmé par voie vaginale. La présentation du siège n'est pas en elle-même une indication de monitoring foetal continu.

Avec un protocole bien défini d'accouchement programmé par voie vaginale qui vient s'ajouter à un proto-

cole de version externe, il est possible d'arriver à un taux d'accouchement par voie vaginale d'environ 50 % pour les présentations du siège^{8,13}.

La technique d'accouchement en cas de présentation du siège : principes généraux^{1-3,8}. Il existe des différences fondamentales entre l'accouchement d'une présentation céphalique et d'une présentation du siège. Dans le second cas, des parties successivement plus grosses et beaucoup moins compressibles du fœtus apparaissent. L'extraction du siège n'est pas une méthode d'accouchement acceptable, car elle s'accompagne d'une mortalité et d'une morbidité périnatales nettement plus élevées. L'accouchement assisté est la méthode recommandée, bien que l'accouchement spontané soit acceptable, dans la mesure où l'on garde le contrôle de la sortie de la tête (« tête dernière »). Une généreuse épisiotomie devrait être faite lorsque le siège apparaît au périnée. L'accouchement doit se faire spontanément jusqu'à l'ombilic, après quoi on tente de dégager le cordon pour éviter la tension à la sortie du tronc (danger de décollement placentaire) et aussi pour surveiller le rythme cardiaque foetal. On dégage ensuite la première jambe, puis la seconde. Par la suite, on se contentera d'une intervention minimale, sans traction exagérée sur le corps ; une serviette placée sur le corps du bébé empêche les mains de l'accoucheur de glisser. En soutenant simplement le tronc, la descente se poursuit en réponse aux efforts expulsifs de la mère.

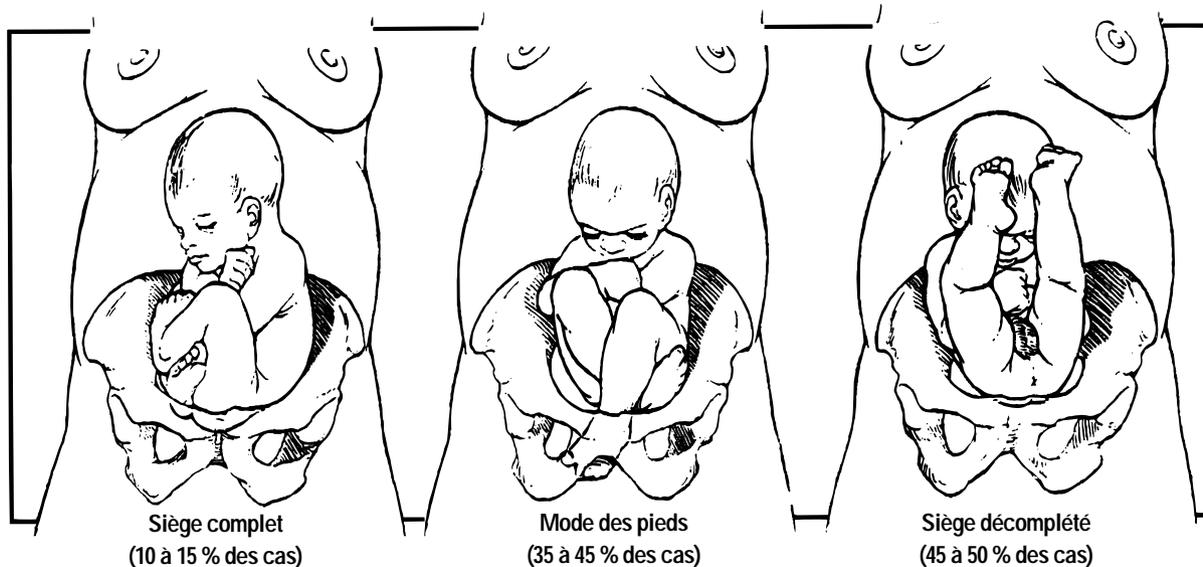
L'assistance prématurée ou trop énergique de l'obstétricien après la sortie du siège peut mener à deux problèmes importants. Premièrement, la dilatation cervicale doit être complète et maintenue assez longtemps pour empêcher la rétraction du col sur la tête

Lors de l'accouchement par voie vaginale d'un siège, il est primordial de laisser le fœtus sortir spontanément jusqu'à l'ombilic, en évitant toute traction qui risquerait de provoquer la déflexion de la tête.

Dans certains cas, la césarienne est la seule voie d'accouchement préconisée pour une présentation du siège, entre autres chez les bébés dont le poids est estimé à plus de 4000 g ou à moins de 2500 g.

Figure 1

Les trois présentations du siège possibles



Le siège complet présente une flexion des hanches et des genoux. Le mode des pieds, une flexion incomplète d'une hanche et d'un genou. Le siège décompleté mode des fesses, une flexion des hanches et une extension des genoux.

Tiré de : Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal & Problem Pregnancies*. 2^e éd. New York : Churchill Livingstone, 1991 : 551-62. Reproduction autorisée.

du fœtus. Le fait de précipiter l'accouchement du tronc peut diminuer significativement ce processus. Deuxièmement, la descente sécuritaire du siège et l'accouchement doivent être le résultat des efforts expulsifs de la mère, ce qui permet de maintenir la tête en flexion. Toute traction sur le siège risque de provoquer la déflexion de la tête, ce qui entraînerait la présentation d'un diamètre crânien très élargi dans le bassin (diamètre occipitofrontal) ; cela peut être catastrophique. Souvent, la partie la plus difficile de l'accouchement lors d'une présentation du siège est de s'abstenir de toute manipulation lorsque celui-ci apparaît à la vulve^{1,8}.

Enfin, on doit contrôler la sortie de la tête qui, souvent, s'effectue spontanément avec les efforts expulsifs de la mère. Sinon, il faut recourir au for-

ceps de Piper, qui doit être à portée de la main, ou à la manœuvre de Mauriceau, qui consiste à introduire un doigt dans la bouche du bébé et à faire pression sur le plancher buccal pour aider à maintenir la tête en flexion. Une pression suprapubienne modérée sur la tête favorise également le maintien de la flexion. Toute traction sur la tête et le cou doit être évitée pour prévenir un traumatisme spinal. Lorsque l'occiput apparaît à la vulve, on relève doucement le corps vers la verticale en évitant l'hyperextension du cou. Apparaissent alors successivement la face, le front et le vertex.

Lorsque le siège est sorti jusqu'à l'ombilic, le reste doit suivre en 10 minutes ou moins. Un arrêt de la progression spontanée du travail à ce stade est une indication de césarienne, car toute manipulation vaginale pour tenter

d'extraire le fœtus amène un taux excessif de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales. Par ailleurs, tout signe de détresse fœtale ou de compression prolongée du cordon, objectivé par le monitoring fœtal, impose aussi une césarienne immédiate (tableau IV).

La césarienne élective. La césarienne reste la méthode de choix pour certaines présentations du siège : les bébés prématurés ou de petit poids (< 2500 g) chez qui il y a un risque accru d'hémorragie intra et périventriculaire ; les fœtus ayant une hyperextension de la tête, pour diminuer le risque de traumatisme spinal ; les sièges mode des pieds (figure 1), qui ont un taux élevé de procidence du cordon et de blocage de la tête derrière un col insuffisamment dilaté ; et un poids fœtal estimé à plus de 4000 g à cause de

difficultés mécaniques possibles à l'accouchement^{1,3,8}. La césarienne s'impose aussi devant les indications obstétricales et fœtales habituelles (c'est-à-dire disproportion céphalopelvienne, détresse fœtale, cicatrices utérines, etc.).

Quand la version ou l'accouchement programmé par voie vaginale ne sont pas contre-indiqués, la décision de procéder à une césarienne itérative est souvent plus d'ordre social que scientifique, une majorité de patientes et d'obstétriciens choisissant d'emblée cette méthode, qui leur semble plus sécuritaire et aussi plus pratique (l'heure, la date et le choix du chirurgien étant fixés à l'avance). Il faudrait sûrement plus de temps et d'enthousiasme de la part des obstétriciens-gynécologues et des médecins de famille pour modifier leur attitude et celle des femmes en faveur de l'accouchement par voie vaginale, mais cet enthousiasme ne se manifesterait pas sans qu'ils aient reçu préalablement une formation appropriée dans la technique d'accouchement par voie vaginale lors d'une présentation du siège. Rappelons que l'inexpérience obstétricale en soi contribue à une augmentation injustifiée du risque et constitue donc une indication absolue de césarienne. Par conséquent, il est essentiel que les programmes de résidence continuent d'offrir l'enseignement supervisé de ce procédé si l'on veut réellement diminuer le taux de césariennes^{6,7}.

LAURA FALLU plusieurs années pour que la césarienne systématique devienne la norme de pratique pour les présentations du siège ; le retour du balancier vers un taux plus raisonnable d'accouchements chirurgicaux sera lent, et il devrait d'abord commencer dans les centres d'enseignement. Faute

d'études prospectives et randomisées comparant les résultats d'une politique de césarienne itérative à celle d'accouchement par voie vaginale, le taux « idéal » de césariennes reste inconnu. De tels essais cliniques seront d'ailleurs très difficiles à réaliser parce que beaucoup de médecins et de leurs patientes ont une attitude biaisée en faveur de la césarienne ; bien que cette tendance ne repose sur aucune preuve scientifique, elle n'en demeure pas moins très émotivement ancrée dans la mentalité de beaucoup d'obstétriciens et elle est très bien alimentée par le contexte médico-légal^{3,6-8}. □

Date de publication : octobre 1996 : 41-6.

Mots clés : présentation du siège, césarienne, accouchement par voie vaginale.

Bibliographie

1. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal & Problem Pregnancies*. 2^e éd. New York : Churchill Livingstone, 1991 : 551-62.
2. Koller WS, FitzSimmons JM. Malpresentations, Malpositions and Multiple Gestation. Dans : *Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)*. American Academy of Family Physicians, 1993 : 79-82.
3. Taylor PJ, Hannah WJ. Consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme. *Journal SOGC* juin 1994 ; 16 : 1849-57.
4. Gifford DS, Keeler E, Kahn KL. Reductions in Cost and Cesarean Rate by Routine Use of External Cephalic Version: A Decision Analysis. *Obstet Gynecol* juin 1995 : 930-6.
5. Revah A, Bernstein P. Management of Breech Presentation with External Cephalic Version. *Contemp Ob Gyn* août 1995 : 26-30.
6. Eller DP, Van Dorsten JP. Route of Delivery for the Breech Presentation: A Conundrum. *Am J Obstet Gynecol* août 1995 ; 393-8.
7. Eller DP, Van Dorsten JP. Breech Presentation. *Curr Opin Obstet Gynecol* octobre 1993 : 664-8.
8. Weiner CP. Vaginal Breech Delivery in the 1990s. *Clin Obstet Gynecol* septembre 1992 : 559-69.
9. Blouin D. *Abaisser le taux de césarienne : pourquoi et comment ?* Conférence du pro-

Summary

Breech presentation. Over the past 20 years, the rate of cesarean section for breech presentation has risen dramatically, from about 15 % in 1970 to above 90 % in the nineties, leading to significant costs for society, without proportionally reducing the rate of perinatal mortality. With clear and widely circulated protocols defining the indications for an external cephalic version, combined with protocols defining the criterias that predict a low risk vaginal breech delivery, it should be possible to decrease the number of cesarean sections. However, in some cases, a cesarean section will remain the only recommended method of delivery. Moreover, physicians should certainly reevaluate their attitude towards their routine use of a cesarean for a breech presentation, and choose the type of delivery that best accounts for maternal and fetal risks.

Key words: breech presentation, cesarean section, vaginal breech delivery.

gramme de FMC Québec/Atlantique, SOGC édition 1996, 9 février 1996.

10. Shearer EL. Cesarean Section: Medical Benefits and Cost. *Soc Sci Med* novembre 1993 : 1223-31.
11. Brown L, Karrison T, Cibils LA. Mode of Delivery and Perinatal Results in Breech Presentation. *Am J Obstet Gynecol* juillet 1994 : 28-34.
12. Laros RK, Flanagan TA, Kilpatrick SJ. Management of Term Breech Presentation: A Protocol of External Cephalic Version and Selective Trial of Labor. *Am J Obstet Gynecol* juin 1995 : 1916-25.
13. Cook HA. Experience with External Cephalic Version and Selective Vaginal Breech Delivery in Private Practice. *Am J Obstet Gynecol* juin 1993 : 1886-90.