

# Présentation du siège

## pourquoi cesser d'offrir l'accouchement vaginal ?

par Sylvie Bazin

**L**ORSQUE J'AI COMMENCÉ ma résidence en obstétrique-gynécologie en 1988, il y avait deux interventions vers lesquelles les étudiants se précipitaient : les hystérectomies vaginales et les accouchements en présentation du siège. Comme on était fier de raconter le déroulement de l'accouchement à nos confrères et consœurs le lendemain ! On savait que l'accouchement en présentation du siège par voie vaginale comportait des risques. C'est ce qui le rendait si attrayant pour nous qui étions encore étudiants. Mais ces risques étaient connus, et nous savions que, de plus en plus, la césarienne devenait l'approche la moins risquée. Ce fait était reconnu depuis quelque temps déjà.

Dès 1956, certains cliniciens se posent déjà la question : quelle est la meilleure façon d'accoucher un enfant qui se présente par le siège ? Par voie naturelle ou par césarienne<sup>1,2</sup> ? De crainte d'augmenter le taux de césariennes, l'American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG), en 1986, déclare : « Autant la césarienne que l'accouchement par voie vaginale dans des cas sélectionnés sont des pratiques acceptables pour les présentations du siège à terme<sup>3</sup>. » Cette déclaration se fondait sur des études qui défendaient l'accouchement en présentation du siège par voie vaginale.

Cependant, les études en faveur de la voie vaginale avaient certaines faiblesses : elles étaient quasiment toutes rétrospectives, incluaient les bébés prématurés et ne faisaient pas la distinction entre une césarienne élective et la césarienne consécutive à un échec du travail. On trouvera au *tableau* les « 12 commandements » de l'accouchement en présentation du siège par voie vaginale.

En 1993, l'ère du début des méta-analyses, certains auteurs étudient les données probantes sur l'accouchement en présentation du siège<sup>4</sup>. Les conclusions sont claires : « L'accouchement en présentation du siège par voie vaginale est associé à une morbidité et à une mortalité néonatales de

*La D<sup>e</sup> Sylvie Bazin, obstétricienne-gynécologue, exerce à l'Hôpital Saint-Sacrement et dans un cabinet privé à Place de la Cité, à Québec.*

### T A B L E A U

#### Les 12 commandements de l'accouchement en présentation du siège par voie vaginale

- Décomplété mode des fesses
- Âge gestationnel se situant entre 36 et 42 semaines
- Poids entre 2500 et 3500 g
- Tête fléchie
- Résultat de pelvimétrie normal
- Diamètre bipariétal < 9,5 cm
- Monitoring continu
- Pas de détresse fœtale ni maternelle
- Absence d'anomalie majeure
- Possibilité de césarienne rapide
- Progression normale du travail
- Bien évidemment, un obstétricien expérimenté

trois à quatre fois plus élevées que par une césarienne élective. » Mais pour que cette conclusion soit acceptée de tous, il manque la « méthode de référence » de la méta-analyse, c'est-à-dire l'essai clinique avec randomisation.

En 2000, le Term Breech Trial (TBT) donne la réponse tant attendue<sup>5</sup>. Cette étude randomisait des patientes dont le bébé se présentait par le siège à 38 semaines en deux groupes, l'un ayant une césarienne élective, l'autre un accouchement par voie vaginale. Mille quarante et une femmes ont eu une césarienne planifiée, et 1042 un accouchement par les voies naturelles. Les conclusions de l'étude sont claires : le taux de mortalité néonatale ainsi que le taux de morbidité néonatale sérieuse étaient de 1,6 % dans le groupe ayant eu une césarienne, et de 5,0 % dans le groupe ayant accouché par voie vaginale ( $p < 0,05$ ). La réduction du risque (morbidité et mortalité) avec la césarienne planifiée était plus importante dans les pays où la mortalité périnatale est faible (RR : 0,07). En d'autres mots, au Canada,

# TYLENOL<sup>®</sup>

DOULEURS ARTHRITIQUES  
ACÉTAMINOPHÈNE

**ACTION :** L'acétaminophène est un analgésique et un antipyrétique.

**INDICATIONS :** L'acétaminophène TYLENOL<sup>®</sup> est indiqué pour soulager la douleur et la fièvre.

**CONTRE-INDICATION :** Hypersensibilité à l'acétaminophène.

**EFFETS INDÉSIRABLES :** Le profil classique des troubles digestifs liés à la consommation des anti-inflammatoires non stéroïdiens, notamment l'AAAS, n'est pas associé à la prise d'acétaminophène. Les réactions d'hypersensibilité à l'acétaminophène sont exceptionnelles et peuvent se présenter sous forme d'éruption ou d'urticaire. Des cas d'hypersensibilité croisée chez des patients hypersensibles à l'AAAS ont rarement été signalés. Le traitement devra être interrompu en présence de signes annonciateurs d'une hypersensibilité au médicament. Quelques rares cas d'élévation fortuite du temps de saignement sont survenus chez des patients qui prenaient simultanément des anticoagulants de type coumarine et de l'acétaminophène. Le médecin informé de ce risque devra effectuer une surveillance étroite de ces patients suivant l'annonce du traitement.

**PRÉCAUTIONS :** Comme pour tout autre analogue en vente libre, le médecin devra être sensible aux précautions d'emploi et recourir avec prudence à l'acétaminophène en présence d'une grave affection du rein ou du foie. L'abus chronique d'alcool pourrait majorer le risque d'effet hépatique toxique suivant l'ingestion de doses excessives d'acétaminophène, bien que de tels cas ne surviennent qu'exceptionnellement. Les cas signalés mettent habituellement en cause des cas d'alcoolisme chronique grave et des doses d'acétaminophène dépassant généralement les doses thérapeutiques, et prenant souvent la forme d'un surdosage massif. Le médecin devra interdire à ses patients qui consomment de fortes quantités d'alcool de dépasser le schéma posologique associé à l'acétaminophène.

Le médecin devra conseiller à ses patients de consulter un médecin en présence des signes ou symptômes suivants : inflammation ou érythème au site de la douleur, absence de toute amélioration de l'état, aggravation des symptômes ou apparition de nouveaux symptômes, notamment une fièvre élevée, une céphalée persistante ou une réaction cutanée car ces derniers pourraient annoncer une affection plus grave et imposer une consultation médicale.

Il faudra s'abstenir de prendre de l'acétaminophène pendant plus de 5 jours contre la douleur ou pendant plus de 3 jours contre la fièvre sans au préalable consulter un médecin. Les produits TYLENOL<sup>®</sup> ne doivent pas être administrés avec tout produit contenant de l'acétaminophène, des salicylates ou avec tout autre médicament contre la fièvre ou la douleur. Tenir hors de la portée des enfants.

**Grossesse et allaitement :** Comme pour tout autre médicament, toute femme enceinte ou mère allaitante devra consulter un médecin avant de prendre de l'acétaminophène.

**TRAITEMENT DU SURDOSAGE :** L'acétaminophène en surdosage massif est susceptible d'aboutir à une nécrose hépatique complète et irréversible. Le médecin devra se rappeler qu'un surdosage ne présente souvent aucun signe pathognomonique précoce et devra toujours tenir compte de la possibilité d'une telle éventualité.

L'acétaminophène est très largement répandu. On lui attribue communément, seul ou en association, un rôle dans des cas de surdosage et le médecin devra déterminer le seuil toxique le plus bas des concentrations sériques. Le seuil de toxicité signalé imputable à l'ingestion d'une dose massive est fixé à plus de 150 mg/kg. La consommation chronique et abusive d'alcool, la cachexie et la prise d'inducteurs enzymatiques du cytochrome P450 hépatique élèvent le risque lié à une plus faible exposition.

Une intoxication chronique a rarement été observée chez des sujets ayant pris plus de 150 mg/kg d'acétaminophène par jour pendant plusieurs jours.

L'administration de la N-acétylcystéine par voie buccale ou i.v. a une influence salutaire lors d'un surdosage par l'acétaminophène. L'antidote est des plus efficaces lorsqu'il est administré précocement, soit dans les 8 heures suivant l'ingestion massive d'acétaminophène; toutefois, on a signalé l'action bénéfique de l'antidote bien au-delà de ces paramètres. Il est essentiel d'administrer l'antidote dans les plus brefs délais suivant une intoxication aiguë pour tirer les plus grands avantages de son influence protectrice.

**Conduite à tenir :** En présence de la possibilité d'un surdosage en acétaminophène, il faudra entreprendre dans les plus brefs délais un traitement d'appoint, notamment la vidange du tractus gastro-intestinal, les manœuvres de soutien réclamées, une surveillance étroite et le prélèvement ponctuel des taux sériques d'acétaminophène évalués à l'aide du Nomogramme de Matthew-Rumack, l'administration ponctuelle de la N-acétylcystéine et un suivi clinique d'appoint.

Caplets longue durée TYLENOL<sup>®</sup> DOULEURS ARTHRITIQUES : Il conviendra d'adopter, en présence d'un surdosage par TYLENOL<sup>®</sup>

DOULEURS ARTHRITIQUES, les directives thérapeutiques habituelles recommandées suivant un surdosage par l'acétaminophène. De plus, on suggère de prélever, par mesure de prudence, les taux sériques d'acétaminophène 4 heures et 8 heures après l'heure connue ou soupçonnée de l'intoxication et d'évaluer à chaque fois le risque d'hépatotoxicité d'après le Nomogramme de Rumack-Matthew. En l'occurrence, la lecture de ce prélèvement sérique additionnel est justifiée par les propriétés de libération tardive de ce produit.

Pour de plus amples renseignements sur le traitement de l'intoxication en acétaminophène, veuillez communiquer avec votre centre antipoison régional. Tout retard dans l'amorce du traitement pourrait avoir une incidence négative sur l'éventualité d'un rétablissement complet du patient.

**POSOLOGIE :** Comprimés, caplets et gélcaps TYLENOL<sup>®</sup> à libération immédiate : Adultes : 650 à 1 000 mg à toutes les 4 heures, sans dépasser 4 000 mg en 24 heures.

Caplets longue durée TYLENOL<sup>®</sup> DOULEURS ARTHRITIQUES : Adultes : 2 caplets à libération prolongée (1 300 mg) à toutes les 8 heures sans dépasser 4 000 mg en 24 heures.

Avaler chaque caplet en entier avec de l'eau avant les repas. Ne pas écraser, croquer ou dissoudre le caplet.

**PRÉSENTATION :** Caplets : 325 mg : Un caplet blanc, de forme cylindrique, gravé «TYLENOL» sur un côté et «325» sur l'autre, contient 325 mg d'acétaminophène. Flacons en plastique de 24', 50', 100' et 200' caplets.

500 mg : Un caplet blanc, de forme cylindrique, gravé «TYLENOL» sur un côté et «500» sur l'autre contient 500 mg d'acétaminophène. Tube de 10' comprimés et flacons en plastique de 24', 50', 100' et 150' caplets.

650 mg : Un caplet blanc à libération tardive, de forme cylindrique, gravé «TYLENOL ER» sur un côté, contient 650 mg d'acétaminophène (325 mg d'acétaminophène à libération immédiate et 325 mg d'acétaminophène à libération tardive). Flacons en plastique de 24', 50' et 100' caplets.

Gélcaps : 500 mg : Un comprimé de forme cylindrique, enrobé de gélatine de couleur rouge sur une extrémité et de couleur jaune sur l'autre, ayant la mention «TYLENOL/500» gravée sur chacune des deux extrémités, contient 500 mg d'acétaminophène. Flacons en plastique de 24' et 50' gélcaps.

Comprimés : 325 mg : Un comprimé rond, blanc, sécable d'un côté, gravé «TYLENOL» sur un côté et «325» sur l'autre, côté, contient 325 mg d'acétaminophène. Tube de 12' comprimés et flacons de 24', 50', 100' et 500 comprimés (réservé à l'usage des établissements de soins).

500 mg : Un comprimé rond, blanc, gravé «TYLENOL» sur un côté et «500» sur l'autre, contient 500 mg d'acétaminophène. Tube de 10' comprimés et flacons de 24', 50', 100', 200' et 400 comprimés (réservé à l'usage des établissements de soins).

Références : 1. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis and Rheumatism* 2000;43(9):1905-1915. 2. TYLENOL<sup>®</sup> DOULEURS ARTHRITIQUES, Caplets longue durée, conformément aux indications, 1998.

Conditionnement Sécur-enfants

Facile à ouvrir

Tous les conditionnements sont dotés d'un sceau de sécurité.

Renseignements posologiques complets offerts sur demande aux médecins et aux pharmaciens.



Pour soulager le mécanisme de la douleur

McNeil

Soins-santé grand public McNeil  
Guelph, Canada  
N1R 1A8

CPA<sup>®</sup> \* Marque de commerce

seulement sept césariennes seraient nécessaires pour éviter un décès ou qu'un enfant naisse avec des séquelles. Cette réduction du risque demeure après l'exclusion des variables suivantes : obstétriciens moins expérimentés, travail anormal, emploi d'oxytocine, présentation incertaine ou par les pieds.

À LA SUITE DES RÉSULTATS DU TBT, le temps est venu d'abandonner l'accouchement en présentation du siège par voie vaginale et de procéder à une césarienne dans tous les cas. Les résidents des années 2000 pourront encore raconter leurs exploits, mais seulement après avoir pratiqué une hystérectomie vaginale ! ❌

## Bibliographie

1. Geothals TR. Cesarean section as the method of choice in management of breech delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1956; 71 : 536-52.
2. Hall JE, Kohl S. Breech presentation: A study of 1456 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1956; 14 : 758-63.
3. Consensus Conference Report. Indications for cesarean section: Final statement of the panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth. *Can Med Assoc J* 1986; 134 : 1348-52.
4. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: A critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993; 82 : 605-18.
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356 : 1375-8.

MedicAlert

TOUJOURS LÀ  
www.medicalert.ca

Pour plus de renseignements, composez le

1-866-848-3259