

Sommaire

GLOSSAIRE

INTRODUCTION

1- MATÉRIEL ET MÉTHODE

2- RÉSULTATS

3- DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX MATERNITÉS DES PAYS DE LA LOIRE CONCERNANT LA PRATIQUE DE LA VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE.

Glossaire

VME : Version par manœuvre externe

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

SA : Semaines d'Aménorrhée

VVP : Voie veineuse périphérique

Ig : Immunoglobulines

RH-1 : Rhésus négatif

RDV : Rendez-vous

RSN : Réseau Sécurité Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Introduction

La présentation du siège est rencontrée dans 3 à 4% des grossesses à terme. La publication de l'essai randomisé d'Hannah et al. de 2000 (1) recommandant la réalisation systématique d'une césarienne avant travail pour ce type de présentation a provoqué une forte augmentation du taux de césariennes programmées pour siège passant alors de 43% en 1998 à 75% en 2003 (2). Cette politique de césarienne programmée a été cependant contestée par de nombreuses études dont celle franco-belge PREMODA de 2002 (3) qui a rétabli l'accouchement du siège par voie basse lorsque certains critères sont remplis. Néanmoins, actuellement en France, selon les maternités, 50,3% à 98,3% des fœtus en siège naissent par césarienne qu'elle soit programmée ou en cours de travail (4). Une version par manœuvre externe (VME), systématiquement proposée lors de présentation du siège, reste alors une alternative incontournable pour diminuer la morbidité maternelle et fœtale liée à la césarienne ou aux potentielles complications d'un accouchement de siège par voie basse. Cette technique existant depuis de nombreux siècles consiste à tenter de retourner le fœtus de manière à ce qu'il se présente par la tête, par palpation à travers l'abdomen maternel. Le taux de réussite de la VME varie de 24% à 85% selon la littérature (5)(6)(7)(8)(9). Plusieurs facteurs influencent ce taux de réussite comme la parité, le type de siège, la localisation placentaire ou encore l'expérience de l'opérateur (5)(6)(7)(9).

Bien que recommandée dans la prise en charge des présentations du siège à terme (9)(10), la VME est très diversement adoptée selon les équipes obstétricales. Il existe de nombreuses contre-indications à la réalisation de cette version, absolues ou relatives, et pouvant varier d'un centre à l'autre (11)(12). Des conditions préalables et une surveillance spécifique ont été établies concernant la pratique de la VME (9)(12)(13)(14). Cependant cette méthode est sujette à de nombreuses controverses dans la littérature tant sur son efficacité et ses potentielles complications que sur sa technique de réalisation (5)(6)(9)(11)(13)(14)(15).

De ce fait, nous pouvons nous demander si les pratiques de la VME au sein des maternités du Réseau Sécurité Naissance (RSN) des Pays de la Loire sont harmonieuses. L'hypothèse pourrait être qu'il est probable que ces pratiques soient globalement identiques mais qu'il peut exister quelques différences entre chaque établissement du fait que certains aspects de cette technique soient encore discutés.

Ainsi l'objectif principal de cette étude rétrospective multicentrique était de décrire les pratiques de la version par manœuvre externe au sein des maternités de la région des Pays de la Loire. L'objectif secondaire était quant à lui de comparer ces pratiques aux recommandations retrouvées dans la littérature.

1- Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle multicentrique, menée par questionnaire et portant sur la pratique de la version par manœuvre externe dans les 23 maternités des Pays de la Loire. L'étude a été menée du 27 octobre 2014 au 31 janvier 2015.

Nous avons défini la version par manœuvre externe comme étant la transformation d'une présentation du siège ou transverse en présentation céphalique par palpation à travers l'abdomen maternel.

Tous les établissements proposant et réalisant la version par manœuvre externe et appartenant au RSN des Pays de la Loire ont été inclus dans l'étude. Le critère d'exclusion était ceux qui ne la pratiquaient pas.

Les pratiques de la VME ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire écrit envoyé par courriel aux cadres sages-femmes des salles de naissances des différents établissements des Pays de la Loire et diffusé par leur biais aux médecins et sages-femmes si nécessaire. Une relance a été effectuée par courriel puis par contact téléphonique.

L'étude avait consisté à demander à chaque établissement l'existence ou non d'un protocole concernant la VME et à décrire leurs pratiques par le biais de questions fermées (oui/non) ou de questions à réponses courtes (Annexe 1). Le questionnaire avait permis d'obtenir au sein de chaque maternité les pratiques avant la VME, celles le jour du geste notamment concernant l'utilisation ou non de tocolytique, ainsi que le type de surveillance prévue après la version. S'il existait, il a été demandé de joindre le protocole interne du service ainsi que les plaquettes d'informations données aux patientes concernant la VME. Le choix de nos questions reposait sur les divergences rencontrées dans la bibliographie (9)(12)(14)(15).

Afin de préciser les caractéristiques de notre population, il a également été demandé de communiquer, dans chaque centre pour l'année 2013, le taux de présentation du siège, le taux de VME et son taux de réussite, ainsi que la voie d'accouchement des présentations du siège. Suite à un faible taux de réponses concernant ces données demandées, le RSN a été contacté pour éventuellement transmettre ces informations afin de diminuer le taux de données manquantes.

Les maternités ont été arbitrairement nommées par un numéro (M1, M2, ..., Mn).

Les données ont été saisies dans le logiciel OpenOffice 4.0.1 Calc.

L'objectif de l'étude était de décrire les pratiques de la version par manœuvre externe au sein des maternités du réseau sécurité naissance de la région des Pays de la Loire.

2- Résultats

L'étude a concerné les 23 établissements du RSN des Pays de la Loire. 21 maternités ont été incluses dans l'étude soit 3 maternités de type 3, 10 de type 2 et 8 de type 1. 2 maternités de type 1 ont été exclues de l'étude car elles ne pratiquaient pas la version par manœuvre externe. 7 maternités n'avaient pas répondu malgré une relance par courriel et une autre par contact téléphonique (33,3%) . (Figure 1)

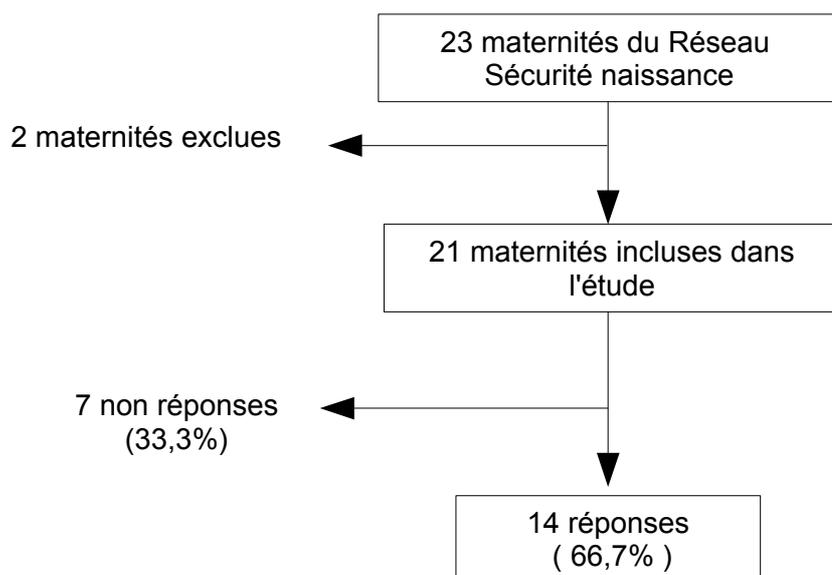


Figure 1 : Population étudiée

Le taux de réponse était de 66,7% pour les maternités de type 3, de 70% pour celles de type 2 et de 62,5% pour celles de type 1.

Malgré l'absence de protocole interne dans de nombreux établissements (64,3%), il a été retrouvé certains éléments constants. En effet, dans 64,3% des maternités la consultation avec l'anesthésiste avait lieu systématiquement avant la version et dans 28,6% selon les équipes. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) était de trente minutes avant la version et d'une heure ou plus après celle-ci pour tous les établissements de la région. L'injection d'immunoglobulines (Ig) anti-D 200µg pour les patientes de groupe rhésus négatif (RH-1) après la VME était réalisée dans 78,6% systématiquement. Concernant le deuxième essai de version après un échec, aucune maternité ne le proposait sauf une. Un rendez-vous de contrôle était systématiquement effectué après la version mais à différentes échéances selon les établissements variant de 24 heures à une semaine après. (Tableaux I et II)

Les différences de pratique concernaient le terme où la version était proposée (7,1% entre 35 et 36 semaines d'aménorrhée (SA), 42,9% entre 36 et 37 SA, 7,1% après 37 SA et 42,9% à un terme variable). On retrouvait une différence concernant le bilan pré-opératoire qui était prélevé dans seulement la moitié des centres et lorsqu'il était effectué celui-ci l'était le jour de la VME dans 21,4% ou 48 heures avant dans 21,4% des cas. L'information donnée sur le déroulement de la VME, les risques envisageables et les avantages attendus était transmise uniquement oralement dans la moitié des établissements ou oralement et par écrit dans l'autre moitié. Les patientes étaient à jeun dans 50% des cas et une voie veineuse périphérique (VVP) était posée systématiquement dans 35,7% et dans certains cas pour 14,3% en fonction du praticien. Le test de Kleihauer était réalisé dans 50% des cas systématiquement après la VME, parfois dans 42,9% des maternités et jamais dans 7,1%. La principale différence retrouvée entre les établissements concernait l'usage des tocolytiques afin de faciliter la version. En effet 8 maternités n'utilisaient pas de tocolytique (57,1%), quatre autres en utilisaient systématiquement (28,6%) et deux parfois (14,3%). Les tocolytiques utilisés étaient soit les Bêta-mimétiques pour 28,6% des maternités interrogées, soit la Nifédipine pour 14,3%. (Tableaux I et II)



Tableau I: Pratique de la version par manœuvre externe selon les maternités du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire.

Tableau Ia: Pratiques avant et pendant la version par manœuvre externe.

Maternité	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14
Type	2	1	3	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	2
Protocole interne	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Information concernant la VME	Orale et écrite	Orale	Orale et écrite	Orale et écrite	Orale et écrite	Orale	Orale et écrite	Orale	Orale	Orale	Orale et écrite	Orale	Orale et écrite	Orale
Consultation d'anesthésie	parfois	Oui	Oui	Non	parfois	Oui	Oui	Oui	Oui	parfois	Oui	parfois	Oui	Oui
Bilan pré-opératoire	Le jour de la VME	Le jour de la VME	48h avant ou le jour	Non	Non	48h avant	Non	Non	Non	Non	Le jour de la VME	parfois	48h avant	Non
Terme	variable	Après 37 SA	Entre 36 et 37 SA	Entre 36 et 37 SA	variable	Entre 35 et 36 SA	Entre 36 et 37 SA	variable	variable	variable	Entre 36 et 37 SA	variable	Entre 36 et 37SA	Entre 36 et 37 SA
Patiente à jeun	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non
ERCF avant la VME	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min
VVP	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	parfois	parfois	Oui	Non
Tocolyse	parfois Salbutamol	Oui Salbutamol	Oui Salbutamol	parfois Nifédipine	Non	Non	Non	Non	Non	Oui Salbutamol	Non	Oui Nifédipine	Non	Non

Mn : dénomination arbitraire des différentes maternités.

Tableau Ib: Surveillance après la version par manœuvre externe.

Maternité	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14
ERCF après la VME	Plus d'une heure	Plus d'une heure	Plus d'une heure	Une heure	Une heure	Plus d'une heure	Plus d'une heure	Une heure	Plus d'une heure	Une heure	Une heure	Une heure	Plus d'une heure	Une heure
Test de Kleihauer	Non	Oui	Oui	Oui	parfois	parfois	Oui	parfois	parfois	parfois	Oui	Oui	parfois	Oui
Ig anti-D chez les Rh-1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	parfois	Oui	Oui	Oui	parfois	Oui	Oui	parfois	Oui
RDV de contrôle	48h et une semaine après	Une semaine après	48h après	24h après	24h après	48h après	48h et une semaine après	48h après	24h après	48h après	48h et une semaine après	48h après	48h après	48h et une semaine après
Deuxième essai	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Mn : dénomination arbitraire des différentes maternités.

Tableau II: Descriptif des pratiques de la version par manœuvre externe dans les maternités des Pays de la Loire .

	n	f (%)
Protocole		
Oui	5	35,7%
Non	10	64,3%

	n	f (%)
Terme		
Avant 35 SA	0	0,0%
35-36 SA	1	7,1%
36-37 SA	6	42,9%
Après 37 SA	1	7,1%
Variable	6	42,9%

	n	f (%)
Information		
Orale	7	50,0%
Orale et écrite	7	50,0%

	n	f (%)
Consultation d'anesthésie		
Oui	9	64,3%
Non	1	7,1%
Variable	4	28,6%

	n	f (%)
Bilan pré-opératoire		
Oui, le jour de la VME	3	21,4%
Oui, 48h avant	3	21,4%
Non	7	50,0%
Variable	1	7,1%

	n	f (%)
Patiente à jeun		
Oui	7	50,0%
Non	7	50,0%

	n	f (%)
ERCF avant la VME		
30 minutes	14	100,0%
1 heure ou plus	0	0,0%

	n	f (%)
Voie veineuse périphérique		
Oui	5	35,7%
Non	7	50,0%
Variable	2	14,3%

	n	f (%)
Tocolytiques		
Oui	4	28,6%
Bêta-mimétiques	3	21,5%
Nifédipine	1	7,1%
Variable	2	14,3%
Bêta-mimétiques	1	7,1%
Nifédipine	1	7,1%
Non	8	57,1%

	n	f (%)
ERCF après la VME		
30 minutes	0	0,0%
1 heure	7	50,0%
Plus d'1 heure	7	50,0%

	n	f (%)
Test de Kleihauer		
Oui	7	50,0%
Non	1	7,1%
Variable	6	42,9%

	n	f (%)
Ig anti-D chez les Rh-1		
Oui	11	78,6%
Non	0	0,0%
Variable	3	21,4%

	n	f (%)
RDV de contrôle		
Oui 24h après	3	21,4%
Oui 48h après	6	42,9%
Oui 48h et 1 semaine après	4	28,6%
Oui, 1 semaine après	1	7,1%
Non	0	0,0%

	n	f (%)
Deuxième essai si échec		
Oui	1	7,1%
Non	13	92,9%

n : nombre de maternités.

f : fréquence en pourcentage par rapport au nombre de maternités ayant répondues (N) (soit N=14).

Concernant les données statistiques relatives à la version par manœuvre externe et aux modalités d'accouchement par le siège de 2013, 8 établissements les avaient fournies (57,1%). Les données manquantes des 6 autres centres ont été demandées au Réseau Sécurité Naissance qui avait transmis les taux moyens de l'ensemble des maternités de la région et ceux de deux maternités après leur accord, aboutissant à un recueil total de 71,4% de ces données soit 10 établissements. Pour 2013, le taux de présentation du siège était de 3,2% en moyenne dans la région selon le RSN, la fréquence de la VME de chaque établissement était variable selon le type de maternité, avec dans 64,3% des maternités un taux inférieur à 50 VME dans l'année. Le taux de réussite a été communiqué dans 42,8% des maternités et variait de 14,2% à 44%. Le taux d'accouchements par voie basse lors de présentation du siège était de 24% pour l'ensemble de la région (Tableau III).

Tableau III: Descriptif du devenir des présentations du siège en 2013 dans les maternités du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire.

Maternité	Type	Taux de présentation du siège	Taux de VME	Taux de réussite des VME	Taux d'accouchements voie basse du siège	Taux de césariennes pour siège
M1	2	4,1%	106	14,2%	16,5%	83,5%
M2	1	NC	Moins de 50	NC	0,00%	100,0%
M3	3	3,3%	Plus de 100	44,0%	29,0%	71,0%
M4	1	3,5%	50 à 100	NC	10,0%	90,0%
M5	2	NC	Moins de 50	NC	NC	NC
M6	1	4,5%	14	28,6%	33,3%	66,7%
M7	3	5,0%	111	18,7%	36,5%	63,5%
M8	2	3,5%	Moins de 50	36,8%	31,9%	68,1%
M9	2	NC	Moins de 50	NC	NC	NC
M10	1	3,0%	Moins de 50	33,2%	17,0%	83,0%
M11	2	2,9%	Moins de 50	NC	28,9%	71,1%
M12	1	2,8%	Moins de 50	NC	15,0%	85,0%
M13	2	3,3%	Moins de 50	NC	30,6%	69,4%
M14	2	NC	50 à 100	NC	NC	NC
RSN		3,2%	NC	NC	24,0%	76,0%

Mn : dénomination arbitraire des différentes maternités.

NC : Non Communiqué.

RSN : Réseau Sécurité Naissance (données concernant l'ensemble des établissements de la région pour 2013).

3- Discussion

La présentation du siège est rencontrée dans 3,2% des grossesses à terme dans les maternités de la région. Notre étude auprès des vingt trois maternités du Réseau Sécurité Naissance de la région des Pays de la Loire a permis de mettre en évidence une divergence des pratiques avant et pendant la version par manœuvre externe mais des pratiques globalement harmonieuses lors de la surveillance de celle-ci. Seulement cinq établissements de la région des Pays de la Loire ont un protocole interne concernant cette pratique (35,7%). Notre étude a également retrouvée une hétérogénéité concernant le taux de réussite de la version variant de 14,2% à 44%. Par ailleurs, le taux d'accouchement voie basse des présentations du siège varie de 0% à 36,5%.

Aucune étude évaluant les pratiques globales de la VME n'a été retrouvée dans la littérature faisant alors l'originalité de notre travail. De plus, notre étude a permis de mettre en évidence que la version est diversement adoptée par les équipes obstétricales soulignant la problématique du sujet et l'intérêt d'un travail plus approfondi par la suite afin d'uniformiser les pratiques. Cependant, il est important de noter qu'il s'agissait d'une enquête de pratique observationnelle dont les biais sont nombreux. D'une part, il existe un biais de sélection avec un taux de réponse n'étant que de 66,7% (66,7% des maternités de type 3, 70% des maternités de type 2 et 62,5% des maternités de type 1). De plus, rien n'indique que ces données transmises par l'intermédiaire d'un questionnaire soient respectées en pratique dans les établissements. D'autre part, nous ne pouvons conclure à un éventuel lien entre les pratiques de la VME recueillies dans les différentes maternités et son taux de réussite, au vu du faible taux de transmission de ce dernier (42,9%) et par le schéma de notre étude descriptive.

Dans la littérature, certaines conditions préalables à la VME ont pu être mises en évidence (9)(12)(13), telle qu'une information claire sur son déroulement, sur les risques envisageables et les avantages attendus. Celle-ci est transmise uniquement oralement dans la moitié des établissements de la région ou oralement et par écrit dans l'autre moitié. Une consultation avec l'anesthésiste est également recommandée, elle est réalisée systématiquement dans seulement 64% des maternités de la région. Par ailleurs, aucune recommandation relative à la nécessité d'un bilan pré-opératoire n'a été retrouvée, pouvant expliquer que celui-ci n'est effectué que dans la moitié des centres et à un moment différent (le jour de la version ou 48h avant).

Concernant la pratique de la VME, il est recommandé de la réaliser à partir de 36-37SA. En effet, l'étude de HUTTON de 2010 (14) montre qu'une version à 34 SA est certes plus facile et permet d'augmenter le nombre de présentation céphalique à la naissance mais qu'elle ne diminue pas le taux de césarienne et qu'elle peut augmenter le taux d'accouchement prématuré ainsi qu'une nouvelle version spontanée en siège. De plus, selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (9)(13), il n'existe aucun argument scientifique qui fasse justifier une VME plus précoce que 36-37SA. Une seule maternité de la région la réalise avant 36 SA, et 42,9% à un terme variable selon l'opérateur (de 35 SA jusqu'à 37 SA dépassée). Il a

également été retrouvé d'autres recommandations pour la pratique de la version, telles qu'un ERCF de trente minutes avant celle-ci (12)(13), qui est réalisé systématiquement dans toutes les maternités, et la nécessité que la patiente soit à jeun (12)(13), respecté dans seulement la moitié des cas. Il n'a pas été retrouvé de recommandation concernant la nécessité d'une VVP, expliquant peut-être qu'elle est absente dans 50%. De plus, la littérature montre de nombreuses controverses concernant l'usage des tocolytiques ayant pour but de relâcher l'utérus afin de faciliter la version (9)(12)(15)(16)(17)(18)(19)(20). La méta analyse d'Hofmeyr de 2010 (15) montre que l'effet d'une tocolyse augmente de manière significative le taux de réussite de la VME. De nombreuses études ont alors tenté de montrer lequel de ces tocolytiques reste le plus efficace avec le moins de complications (15)(16)(17)(18)(19). Comme le montre la méta analyse de Cluver de 2012 (20) ainsi que l'étude randomisée de Vani de 2008 (19), les bêta-mimétiques restent les tocolytiques les plus efficaces. Cependant à ce jour l'usage des bêta-mimétiques est de plus en plus proscrit de nos pratiques obstétricales au vu des effets secondaires cardiovasculaires qu'ils sont susceptibles d'entraîner chez la femme enceinte (21). Ces controverses concernant l'utilisation de tocolytiques pourraient alors expliquer les divergences de pratique selon les établissements. En effet, 42,9% des maternités de la région utilisent un tocolytique lors de la VME. 21,5% d'entre elles utilisent de manière systématique les bêta-mimétiques (une maternité de type 3 et deux de type 1) ; 7,1% (une maternité de type 2) les utilisent de temps en temps selon les opérateurs et 14,3% (deux maternités de type 2) utilisent systématiquement ou occasionnellement la Nifédipine.

Les recommandations issues de la littérature, relatives à la surveillance obstétricale après une version, sont un ERCF de soixante minutes (12)(22) ; la réalisation du test de Kleihauer après la version (13) ; l'injection d'Ig anti-D pour les patientes RH-1 (12)(13) et un rendez-vous de contrôle quelque soit l'issue de la version (12)(13). Il n'est cependant pas précisé à quel moment ce rendez-vous doit avoir lieu. Il est possible de réaliser un nouvel essai de version quelques jours après un premier échec (12)(22), cependant cette nouvelle tentative n'a pas fait l'objet d'une évaluation spécifique (22). Une seule maternité de la région la réalise selon l'opérateur. Toutes ces recommandations concernant la surveillance après une VME sont respectées dans 78,6% à 100% des maternités à l'exception de la réalisation du test de Kleihauer réalisé dans seulement la moitié des cas.

Compte tenu de la littérature existante, il semblerait que les différences de pratique retrouvées puissent être liées aux controverses mises en évidence précédemment et au manque de précision de certaines recommandations.

Seulement cinq établissements de la région des Pays de la Loire ont un protocole interne sur la pratique de la VME pouvant s'expliquer par le fait que la présentation du siège n'est pas fréquemment rencontrée. En effet, celle-ci varie de 2,8% à 5% dans les maternités de la région. Ce taux est conforme au taux national de 3 à 4%. Nous pouvons noter que 100% des maternités de type 3 ont un protocole contre 20% des maternités de type 2 et 12,5% des maternités de type 1. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les établissements de type 3 sont pour la plupart des hôpitaux universitaires à vocation d'enseignement avec des pratiques encadrées par des protocoles, et où il est plus courant de réaliser des versions car la présentation du siège y est plus

fréquente. On constate en effet qu'il est réalisé plus de cent versions par an dans les maternités de type 3 pour 3,3% à 5% de présentation du siège, alors que dans les autres centres le taux de version est de moins de cinquante par an pour une présentation du siège variant de 2,8% à 4,1%.

Le taux d'accouchement par voie basse des présentations du siège est aussi différent d'une maternité à l'autre dans la région allant de 0% à 36,5% dépendant de critères d'acceptation stricts pouvant varier d'un établissement à l'autre (4). Un seul centre (maternité de type 1) réalise systématiquement une césarienne lors de présentation du siège pouvant alors peut-être expliquer la réalisation d'un deuxième essai de VME suivant un échec dans cet établissement.

Compte tenu de ces résultats, la question de l'intérêt de la version par manœuvre externe peut se poser. Il est notable qu'il existe un intérêt de la réaliser afin de diminuer le taux de césarienne et la morbi-mortalité maternelle et fœtale liée à ce geste, d'autant plus pour les centres qui effectuent systématiquement une césarienne programmée lors de présentation du siège. Cependant, un refus croissant de la part des patientes de pratiquer la VME est retrouvé (8)(23), celui-ci est plutôt lié au ressenti et à la douleur qu'aux potentielles complications. En effet, des études ont mis en évidence que la VME reste une méthode sûre et que les complications sont assez rares (6)(13)(24)(25). Nous pouvons également remarquer que les méthodes alternatives à la VME sont de plus en plus utilisées telles que les méthodes posturales, l'acupuncture, la moxibustion, la chiropraxie, ou encore l'hypnose. Une revue de la littérature de 2004 (25) a démontrée que ces méthodes parallèles permettent d'obtenir un taux de version spontanée du siège comparable à celui de la VME, cependant ces résultats ne sont pas significatifs (26)(27)(28)(29). Le CNGOF (9) recommande ces méthodes comme étant une aide à partir de 30 SA mais leur réalisation ne doit pas se substituer aux techniques habituelles.

Enfin, nous notons également que le taux de réussite de la VME au sein des maternités de la région varie de 14,2% à 44% pour les six centres ayant fourni cette donnée. Cependant au vu de ce faible taux de transmission (42,8%) et du schéma descriptif de notre étude, nous ne pouvons conclure à un lien entre les différences de pratiques et le taux de réussite de la VME, notamment concernant l'utilisation des tocolytiques. Il serait alors intéressant de réaliser une étude plus approfondie au sein de la région comparant le lien entre les différences de pratique et la réussite de la version par manœuvre externe afin de proposer un protocole unique pour toutes les maternités ; s'il est démontré qu'une éventuelle pratique favorise sa réussite.

Conclusion

Nous pouvons conclure que la pratique de la version par manœuvre externe est diversement adoptée par les maternités de la région des Pays de la Loire notamment lors des pratiques avant et pendant celle-ci. Par ailleurs, concernant sa surveillance, les pratiques sont globalement harmonieuses. Les différences de pratiques pourraient à priori s'expliquer par les controverses relevées dans la littérature notamment concernant l'utilisation des tocolytiques ainsi que par les manques de précision dans certaines recommandations.

Au vu de la littérature, la VME nous paraît être une méthode sûre permettant de diminuer la morbidité maternelle et fœtale liée à une césarienne mais dont l'intérêt peut poser question face au faible taux de réussite globalement retrouvé dans tous les établissements de la région, à l'augmentation des accouchements voie basse du siège depuis quelques années, et aux méthodes alternatives à la version de plus en plus utilisées telles que les méthodes posturales ou l'acupuncture.

Cependant, notre étude étant observationnelle, nous ne pouvons pas conclure à un éventuel lien entre les différentes pratiques et le taux de réussite de la VME, il conviendrait alors de proposer une nouvelle étude plus approfondie.

Bibliographie

- (1) Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR.
Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term : a randomised multicentre trial. Terme Breech Trial Collaborative Group. The Lancet 2000, 356 : 1368-1369 ; 1375-1382.
- (2) Samouëlian V, Subtil D.
Accouchement par le siège en 2008 : le choix de la voie basse s'impose. Gynécologie Obstétrique et fertilité, 2008 ; 36 : 3-5.
- (3) Carayol M, Alexander S, Goffinet F, Breart G, Uzan S, Subtil D, et al.
Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA (PREsentation et MODE d'Accouchement). J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2004 ; 33 : S37-44.
- (4) Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D.
Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2009 ; 38 : 411-420.
- (5) Roux-Chevalier M, Gaucherand P, Cluze C.
La version par manœuvre externe : audit sur un an dans une maternité de niveau 3. Gynécologie Obstétrique et fertilité, 2011 ; 39 : 346-350.
- (6) Faron G, Vokaer A.
Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008 ; 37 : 493-498.
- (7) Burgos J, Melchor JC, Pijoan J, Cobos P, Fernandez L, Martinez T.
A prospective study of the factors associated with the success rate of external cephalic version for breech presentation at term. International Journal of gynecology and Obstetrics, 2011 ; 112 : 48-51.
- (8) Pichon M, Guittier MJ, Irion O, Boulvain M.
Version céphalique externe en cas de siège persistant à terme : motivations et vécu de l'intervention par les femmes. Gynécologie Obstétrique et fertilité, 2013 ; 41 : 427-432.
- (9) Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, Tome XXVII,
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2003.
- (10) Indications de la césarienne programmée à terme,
Haute Autorité de Santé, janvier 2012
- (11) Rosman A, Guijt A, Vlemmix F, Rijnders M, Mol B, Kok M.
Contraindications for external cephalic version in breech position at terme : a systematic review. Acta Obstetrica Gynecology Scandinavica 2012 Nordic Federation of societies of Obstetrics and Gynecology, 2013 ; 92 :137-142.

- (12) Lansac J, Descamps P, Oury JF.
Pratique de l'accouchement. 5ème édition Elsevier Masson 2001 ; 396-402.
- (13) Fiche d'information des patientes : Version par manœuvres externes.
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Rédaction 1999, révision 2009.
- (14) Hutton EK, Hannah ME, Ross SJ and al.
The early external cephalic version (ECV) 2 trial : an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. International Journal of gynecology and Obstetrics, 2011 ; 564-577.
- (15) Hofmeyr GJ, Gyte GML.
Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term. Base de Données des Analyses Documentaires Systématiques Cochrane 2007, 4ème édition.
- (16) Collaris R, Tan PC.
Oral nifedipine versus subcutaneous terbutaline tocolysis for external cephalic version : a double-blind randomised trial. International Journal of gynecology and Obstetrics, 2009 ; 116 : 74-81.
- (17) Bujold E, Boucher M, Rinfret D and al.
Sublingual nitroglycerin versus placebo as a tocolytic for external cephalic version : a randomized controlled trial in parous women. American Journal Obstet Gynecol, 2003 ; 189 : 1070-3.
- (18) Yasser Y, Sayed E, Pullen K and al.
Randomized comparison of intravenous nitroglycerin and subcutaneous terbutaline for external cephalic version under tocolysis. American Journal Obstet Gynecol, 2004 ; 191 : 2051-5.
- (19) Vani S, Lau SY, Lim PC, Omar S, Tan PC.
Intravenous salbutamol for external cephalic version. International Journal of gynecology and Obstetrics, 2009 ; 104 : 28-31.
- (20) Cluver C, Hofmeyr GJ, Gyte GML, Sinclair M.
Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1.
- (21) ANSM.
Les bêta-2-mimétiques d'action courte dans les indications obstétricales : importantes restrictions d'utilisation. , Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, décembre 2013.
- (22) Lede R.
External cephalic version for the management of breech presentation : Commentaire de la BSG. Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS ; Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2006.

- (23) Truijens S, Zalm M, Pop V, Kuppens S.
Determinants of pain perception after external cephalic version in pregnant women. *Midwifery*, 2014 ; 30 : 102-107.
- (24) Le Bret T, Grangé G, Goffinet F, Cabrol D.
Version par manœuvre externe : expérience à la maternité Port-Royal à partir de 237 versions. *Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 2004 ; 33 : 297-303.
- (25) Hofmeyr GJ, Kulier R.
External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10.
- (26) Boog G.
Les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège. *Revue de la littérature. Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 2004 ; 33 : 94-98.
- (27) Hofmeyr GJ, Kulier R.
Cephalic version by postural management for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10.
- (28) Coyle ME, Smith CA, Peat B.
Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5.
- (29) Millereau M, Branger B, Darcel F.
Étude comparative de la version fœtale par acupuncture (moxibustion) versus groupe témoin. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2009 ; 38 : 481-487.

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux maternités des Pays de la Loire concernant la pratique de la version par manœuvre externe.

*Obligatoire

1- Dans quelle maternité exercez-vous? *

2- Connaissez-vous le taux de présentation du siège au cours de la grossesse, dans votre établissement pour l'année 2013? *

Oui

Non

Si oui, quel est-il?

3- Pratiquez-vous la version par manœuvre externe au sein de votre établissement en cas de présentation du siège ou transverse? *

Oui

Non

4- Connaissez-vous le taux de versions réalisées dans votre établissement pour l'année 2013? *

Oui

Non

Si oui, de combien est-il?

Si non, quelle est sa fréquence annuelle environ?

Moins de 50 par an

Entre 50 et 100 par an

Plus de 100 par an

5- Connaissez-vous le taux de réussite de la VME pour l'année 2013, dans votre établissement? *

Oui

Non

Si oui, quel est son pourcentage?

6- Avez-vous un protocole interne au sein de votre établissement pour les VME *(Si oui pouvez-vous me le transmettre)

Oui

Non

7- A quel terme proposez-vous la VME ? *

- Avant 35 SA
- 35-36 SA
- 36-37 SA
- Après 37 SA
- Variable selon les cas

8- Comment est donnée l'information aux patientes concernant la VME ? *

(Si vous avez des plaquettes d'information serait-il possible de me les transmettre)

- Information orale
- Information écrite
- Information orale et écrite

9- Une consultation avec l'anesthésiste est-elle prévue avant le jour de la VME?*

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

10- Un bilan pré-opératoire est-il prélevé avant la VME? *

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

Si oui, à quel moment est-il prélevé?

- 48 heures avant
- Le jour de la VME
- Autre :

11- La patiente est-elle à jeun le jour de la VME ? *

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

12- Où se déroule la VME? *

- dans les salles du bloc obstétrical
- dans les salles de consultation
- Autre :

13- Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal est-il réalisé avant la VME?*

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

Si oui, de quelle durée est-il?

- 30 minutes
- 1 heure
- plus d'une heure

14- Une voie veineuse périphérique est-elle posée avant la VME ? *

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

15- Utilisez-vous des tocolytiques pour la VME ? *

- Oui
- Non
- Parfois

Si oui quels sont ceux utilisés? (Plusieurs réponses possibles)

- Bêta-mimétiques
- Nifédipine
- Nitroglycérine
- Autre :

16- Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal est-il réalisé après la VME?*

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

Si oui, de quelle durée est-il?

- 30 minutes
- 1 heure
- plus d'une heure

17- Un test de Kleihauer est-il réalisé après la VME ? *

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

18- Une injection d'immunoglobulines anti-D 200 µg est-elle réalisée pour les patientes de rhésus négatif après une tentative de VME ? *

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

19- Un rendez-vous de contrôle après une tentative de version est-il prévu? *

- Oui
- Non
- Variable selon les cas

Si oui, à quel moment? (Plusieurs réponses possibles)

- 24 heures après
- 48 heures après
- 1 semaine après
- Autre :

20- Dans votre établissement, pratiquez-vous un deuxième essai de VME en cas d'échec de la première tentative? *

- Oui
- Non
- Parfois

21- Pratiquez-vous les accouchements par voie basse en cas de présentation du siège, au sein de votre établissement? *

- oui
- non

Pouvez-vous m'indiquer son taux pour l'année 2013

22- Connaissez-vous le taux de césariennes des présentations du siège pour l'année 2013, dans votre établissement? *

- Oui
- Non

Si oui, quel est son pourcentage?

23- Connaissez-vous le taux de césariennes programmées pour les présentations du siège pour l'année 2013, dans votre établissement? *

Oui

Non

Si oui, quel est son pourcentage?

24- Connaissez-vous le taux de césariennes en cours de travail pour les présentations du siège pour l'année 2013, dans votre établissement? *

Oui

Non

Si oui, quel est son pourcentage?

25- Quel est votre statut professionnel ? *

RÉSUMÉ

Objectif : Décrire les pratiques de la version par manœuvre externe au sein des maternités de la région des Pays de la Loire.

Matériel et méthode : Étude rétrospective observationnelle multicentrique menée par questionnaire du 27 octobre 2014 au 31 janvier 2015.

Résultats : Vingt et une maternités ont été incluses dans l'étude. Quatorze établissements ont répondu (66,7%) dont cinq (35,7%) ont un protocole interne concernant la version par manœuvre externe. La consultation avec l'anesthésiste avant la version par manœuvre externe est réalisée systématiquement dans 64,3% des maternités, le bilan pré-opératoire est prélevé dans la moitié des cas, 50% des patientes sont à jeun, et la voie veineuse périphérique est présente dans 35,7% des cas systématiquement. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal avant et après est effectué dans tous les établissements. 28,6% des maternités utilisent un tocolytique lors de la version par manœuvre externe et 14,3% parfois. Le test de Kleihauer est systématiquement réalisé dans la moitié des cas et l'injection d'immunoglobulines pour les patientes de rhésus négatif est faite dans 78,6% des cas. Un rendez-vous de contrôle est toujours effectué et une seule maternité réalise une deuxième version après un échec.

Conclusion : La pratique de la version par manœuvre externe est diversement adoptée par les maternités de la région des Pays de la Loire notamment lors des pratiques avant et pendant celle-ci. Par ailleurs, concernant la surveillance après la version, les pratiques sont globalement harmonieuses.

Mots-clés : Version par manœuvre externe, Présentation du siège, Version céphalique, Version fœtale.

ABSTRACT

Objective : To describe the practices of external cephalic version in maternity region of Pays de la Loire.

Materials and Methods : Multicenter retrospective observational study by questionnaire from 27 October 2014 to 31 January 2015.

Results : Twenty-one maternity were included in the study. Fourteen hospitals responded (66,7%) whose five (35,7%) have a protocol for external cephalic version. Consultation with the anesthesiologist before the external cephalic version is systematically in 64,3% of maternity, the blood test is taken in half of the cases, 50% of patients are fasting and catheter is present in 35,7% of cases systematically. A recording of the fetal heart rate before and after is done in all maternity. 28,6% of maternity use a tocolytic for the external cephalic version and 14,3% sometimes. Kleihauer test done in half of the cases and the injection of immunoglobulin to negative rhesus patients done in 78.6% of cases. An appointment control is always realized and one maternity performs a second version after a failure.

Conclusion : The practice of external cephalic version is variously adopted by maternity in Pays de la Loire especially during practices before and during it. Moreover, after external cephalic version, practices are generally harmonious.

Keywords : External cephalic version, Breech presentation, Cephalic version, Fetal reverse.