



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

## Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Texte court



### Breech Presentation: CNGOF Guidelines for Clinical Practice – Short Text

L. Sentilhes<sup>a,\*</sup>, T. Schmitz<sup>b,c</sup>, E. Azria<sup>c,d</sup>, D. Gallot<sup>e,f</sup>, G. Ducarme<sup>g</sup>, D. Korb<sup>b,c</sup>, A. Mattuizzi<sup>a</sup>, O. Parant<sup>h,i,j</sup>, N. Sananès<sup>k,l</sup>, S. Baumann<sup>m</sup>, P. Rozenberg<sup>n,o</sup>, M.-V. Senat<sup>p,q</sup>, É. Verspyck<sup>r</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique, université de Bordeaux, CHU Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33000 Bordeaux, France

<sup>b</sup> Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert-Debré, AP-HP, 48, boulevard Serrurier, 75019 Paris, France

<sup>c</sup> Inserm, Inra, Epidemiology and Statistics Research Center/CRESS, université de Paris, 75004 Paris, France

<sup>d</sup> Maternité Notre-Dame-de-Bon-Secours, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, DHU risques et grossesse, 185, rue Raymond-Losserand, 75014 Paris, France

<sup>e</sup> Pôle Femme et Enfant, CHU Estaing, 1, place Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

<sup>f</sup> R2D2-EA7281, faculté de médecine, université d'Auvergne, place Henri-Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France

<sup>g</sup> Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier départemental, 85000 La Roche-sur-Yon, France

<sup>h</sup> Inserm, UMR1027, équipe SPHERE, 31073 Toulouse, France

<sup>i</sup> UMR1027, université de Toulouse III, 31073 Toulouse, France

<sup>j</sup> Pôle de gynécologie obstétrique, hôpital Paule-de-Viguier, CHU Toulouse, 31059 Toulouse, France

<sup>k</sup> Service de gynécologie-obstétrique, hôpitaux universitaires de Strasbourg, avenue Molière, BP 426, 67091 Strasbourg cedex, France

<sup>l</sup> Unité Inserm UMR-S 1121 « Biomatériaux et Bioingénierie », 11, rue Humann, 67000 Strasbourg, France

<sup>m</sup> Collège national des sages-femmes de France, 136, avenue Émile-Zola, 75015 Paris, France

<sup>n</sup> Département de gynécologie-obstétrique, hôpital Poissy-Saint-Germain, 10, rue du Champ-Gaillard, 78300 Poissy, France

<sup>o</sup> Université Versailles-St Quentin, 55, avenue de Paris, 78000 Versailles, France

<sup>p</sup> Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bicêtre, AP-HP, 78, avenue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>q</sup> Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, hôpital Paul-Brousse, université Paris-Saclay, university Paris-Sud, UVSQ, 16, avenue Paul Vaillant Couturier, 94800 Villejuif, France

<sup>r</sup> Service de gynécologie-obstétrique, université de Rouen, CHU de Rouen, 76000 Rouen, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 31 octobre 2019

Mots clés :

Siège

Tentative de voie basse

Césarienne programmée

Version par manœuvre externe

Morbidité maternelle et néonatale

#### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Déterminer les modalités de prise en charge en cas de présentation du siège.

**Matériel et méthodes.** – Consultation de la base de données MedLine, de la Cochrane Library et des recommandations des sociétés savantes françaises et étrangères.

**Résultats.** – En France, 5 % des femmes accouchent d'un enfant en présentation du siège (NP3). Un tiers d'entre elles ont une tentative de voie basse (TVB) (NP3), et 70 % de ces dernières accouchent par voie basse (NP3). La tentative de version par manœuvre externe (VME) est associée à une diminution du taux des présentations du siège à l'accouchement (NP2) et à une diminution du taux de césarienne (NP3) sans augmentation de la morbidité maternelle (NP3) et périnatale sévère (NP3). Il est recommandé d'informer les femmes ayant une présentation du siège de la possibilité de réaliser une tentative de VME à partir de 36 SA (Accord professionnel). En cas de présentation du siège à terme, la TVB pourrait être associée à une augmentation du risque composite de mortalité périnatale ou de survenue d'une morbidité néonatale sévère comparativement à la césarienne programmée (CP) (NP2). Il n'a pas été retrouvé de différence entre la TVB et la CP concernant le développement neurologique de l'enfant à 2 ans (NP2), le développement psychomoteur et cognitif entre 5 et 8 ans (NP3), et le niveau intellectuel à l'âge adulte (NP4). Les risques de complications maternelles sévères à court et à long terme semblent comparables après une TVB et une CP en l'absence de grossesse ultérieure. En cas de grossesse ultérieure, l'antécédent de césarienne expose la femme à des complications sévères (placenta accreta, rupture utérine notamment). Il est recommandé de proposer aux femmes qui souhaitent une TVB à terme une pelvimétrie (Grade C) et de vérifier l'absence d'hyperextension de la tête fœtale (Accord professionnel) pour décider avec elles de leur voie d'accouchement. La présentation du siège complet, l'antécédent de césarienne, la nulliparité, la rupture des membranes à terme avant travail ne contre-indiquent pas la TVB

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : loicentilhes@hotmail.com (L. Sentilhes).

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.025>

2468-7189/© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

(Accord professionnel). La présentation du siège à terme n'est pas une contre-indication à un déclenchement du travail lorsque les critères d'acceptation de la voie basse sont réunis (Grade C).

**Conclusion.** – En cas de présentation du siège à terme, les risques de complications sévères pour l'enfant et la mère sont faibles en cas de TVB ou de CP. Pour le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la TVB est une option raisonnable dans la majorité des cas (Accord professionnel). Le choix de la voie d'accouchement doit être partagé par la patiente et le médecin, en respectant le droit à l'autonomie de la patiente (Accord professionnel).

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## A B S T R A C T

### Keywords:

Breech presentation  
Planned vaginal delivery  
Planned cesarean delivery  
External cephalic version  
Maternal and neonatal morbidity

**Objectives.** – To determine the optimal management of singleton breech presentation.

**Materials and methods.** – The PubMed database, the Cochrane Library and the recommendations from the French and foreign obstetrical societies or colleges have been consulted.

**Results.** – In France, 5% of women have breech deliveries (Level of Evidence [LE3]). One third of them have a planned vaginal delivery (LE3) of whom 70% deliver vaginally (LE3). External cephalic version (ECV) is associated with a reduced rate of breech presentation at birth (LE2), and with a lower rate of cesarean section (LE3) without increases in severe maternal (LE3) and perinatal morbidity (LE3). It is therefore recommended to inform women with a breech presentation at term that ECV could be attempted from 36 weeks of gestation (Professional consensus). In case of breech presentation, planned vaginal compared with planned cesarean delivery might be associated with an increased risk of composite perinatal mortality or serious neonatal morbidity (LE2). No difference has been found between planned vaginal and planned cesarean delivery for neurodevelopmental outcomes at two years (LE2), cognitive and psychomotor outcomes between 5 and 8 years (LE3), and adult intellectual performances (LE4). Short and long term maternal complications appear similar in case of planned vaginal compared with planned cesarean delivery in the absence of subsequent pregnancies. A previous cesarean delivery results for subsequent pregnancies in higher risks of uterine rupture, placenta accreta spectrum and hysterectomy (LE2). It is recommended to offer women who wish a planned vaginal delivery a pelvimetry at term (Grade C) and to check the absence of hyperextension of the fetal head by ultrasonography (Professional consensus) to plan their mode of delivery. Complete breech presentation, previous cesarean, nulliparity, term prelabor rupture of membranes do not contraindicate planned vaginal delivery (Professional consensus). Term breech presentation is not a contraindication to labor induction when the criteria for acceptance of vaginal delivery are met (Grade C).

**Conclusion.** – In case of breech presentation at term, the risks of severe morbidity for the child and the mother are low after both planned vaginal and planned cesarean delivery. For the French College of Obstetricians and Gynecologists (CNGOF), planned vaginal delivery is a reasonable option in most cases (Professional consensus). The choice of the planned route of delivery should be shared by the woman and her caregiver, respecting the right to woman's autonomy.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Les recommandations pour la pratique clinique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) visent à aider le clinicien à prendre une décision en lui offrant une synthèse disposant d'un niveau de preuve scientifique ou d'un accord professionnel pour essayer d'améliorer la prise en charge des mères et des futurs enfants à naître.

Ces recommandations ont un but informatif. Elles ne sont absolument pas « médicalement opposables » et non pas pour but d'être instrumentalisées lors de contentieux médicaux. Ainsi, un soignant (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste) a le libre choix de ne pas appliquer une recommandation élaborée par le groupe d'experts s'il estime que cette recommandation ne représente pas l'option la plus appropriée pour la prise en charge de la patiente dont il a la charge. Ceci est particulièrement vrai pour les recommandations de faible grade.

Concernant les niveaux de preuve observés (NP), trois éléments méritent d'être clarifiés pour aider le lecteur à la compréhension de la cotation et de la formulation de ces RPC [1] :

- le groupe de travail a privilégié le présent pour le temps des verbes quand le NP est élevé (NP1 et NP2, voire exceptionnellement NP3 quand toutes les études sont concordantes pour

l'événement étudié) ; dans le cas contraire, le conditionnel est privilégié ;

- deux résultats issus de la même étude ont pu être coté différemment (NP2 pour l'un et NP3 pour l'autre par exemple) si l'un des événements était le critère de jugement principal de l'étude et l'autre un des critères de jugement secondaire, ou si la puissance statistique de l'étude était considérée comme insuffisante pour l'un des deux critères étudiés;
- la qualité scientifique d'une étude est évaluée par un niveau de preuve (NP) tandis que la force de la recommandation, élaborée à partir des données scientifiques, est évaluée par un grade, selon la cotation proposée par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- enfin, il est important pour le lecteur de comprendre sans ambiguïté la formulation des recommandations :
  - « il est recommandé de faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible,
  - « il n'est pas recommandé de faire... » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire,
  - « il est recommandé de ne pas faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente les risques ; il faut donc éviter de faire ce geste.

## 2. Épidémiologie, facteurs de risque et complications

Il existe trois modes de présentation du siège en fonction de la position des membres inférieurs du fœtus : décomplété dans 2/3 des cas, complet dans 1/3 des cas ou, plus rarement, semi-décomplété (NP3). Environ 5 % des femmes accouchent d'un enfant en présentation du siège en France (NP3). La fréquence de la présentation du siège diminue avec l'avancement de l'âge gestationnel, son incidence est moins importante après 37 semaines d'aménorrhée (SA) et ne représente plus que 3 % des accouchements à terme (NP3). Parmi ces 3 %, autour de 5 % sont des sièges dits « inopinés » (NP4), c'est-à-dire une présentation du siège que l'équipe médicale découvre à l'occasion du travail.

La présence d'une malformation utérine congénitale ou de myomes (NP3), l'oligoamnios (NP3), la prématurité (NP3), la présence de certaines malformations congénitales chez le fœtus (NP3) et le petit poids pour l'âge gestationnel (NP3) sont les principaux facteurs retrouvés dans la littérature comme associés à la présentation du siège.

En France, une tentative de voie basse est réalisée pour un tiers des femmes avec un fœtus en présentation du siège à terme (NP3) avec un taux de succès de 70 % (NP3). La morbi-mortalité périnatale après 37 SA en cas de présentation par le siège semble plus importante qu'en cas de présentation céphalique, toutes voies d'accouchement confondues (NP3). Le risque de lésions traumatiques en cas d'accouchement par le siège est estimé à moins de 1 % (NP3). Les lésions les plus fréquemment retrouvées sont les fractures de la clavicule, les hématomes ou contusions et les lésions du plexus brachial (NP3). La présentation du siège est associée à une augmentation du risque de dysplasie des hanches (NP3), et la césarienne ne semble pas en être un facteur protecteur (NP3). La présentation du siège ne semble pas être associée à une augmentation du risque de paralysie cérébrale en comparaison à la présentation céphalique lorsque les fœtus atteints de malformations congénitales sont exclus (NP3) [2].

## 3. Version par manœuvre externe et techniques alternatives de version

La tentative de version par manœuvre externe (VME) est associée à une diminution du taux des présentations du siège à l'accouchement (NP2) et à une diminution du taux de césarienne (NP3) sans augmentation de la morbidité maternelle (NP3) et périnatale sévère (NP3). En particulier, le risque de mort fœtale in utero ne semble pas augmenté en cas de tentative de VME en comparaison à l'expectative (environ 0,5 % dans les deux cas) (NP3). Il est donc recommandé d'informer les femmes avec un fœtus en présentation du siège de la possibilité de réaliser une tentative de VME (Accord professionnel). Cependant, le taux de réussite de la VME est très variable selon les études et d'ordinaire inférieur à 50 % (NP3).

Une tentative de VME ne doit pas être réalisée dans les situations qui justifient une césarienne programmée pour une autre raison que la présentation du siège (Accord professionnel). Il n'est pas recommandé de réaliser un dépistage systématique des anomalies funiculaires avant la réalisation d'une tentative de VME (Accord professionnel). L'utérus cicatriciel n'est pas une contre-indication à une tentative de VME (Accord professionnel).

La tentative de VME avant 37 SA, en comparaison à une tentative de VME à partir de 37 SA, augmente les chances de présentation céphalique à la naissance (NP2) avec une faible augmentation du risque de prématurité modérée (NP2). En cas de tentative de VME, il est recommandé de la réaliser à partir de 36 SA (Accord professionnel).

Les principaux facteurs associés à la réussite d'une VME sont la multiparité (NP3) et l'absence d'obésité maternelle (NP3).

Il est recommandé de réaliser toute tentative de VME dans une structure où une césarienne est réalisable en urgence (Accord professionnel). La survenue de complications maternelles sévères (< 1 %), d'un décollement placentaire (de l'ordre de 1/1000) ainsi que la réalisation d'une césarienne en urgence est peu fréquente (< 1 %) dans les suites immédiates d'une tentative de VME (NP3).

L'utilisation d'une tocolyse IV ( $\beta$  mimétiques ou atosiban) lors d'une tentative de VME améliore le taux de succès (NP2), augmente le taux de présentation céphalique lors de l'entrée en travail (NP2) et réduit le taux de césarienne (NP2). Il est donc recommandé d'utiliser une tocolyse IV en cas de tentative de VME à terme afin d'en augmenter le taux de succès (Grade B). En revanche, l'hypnose pendant une tentative de VME ne semble pas associée à une augmentation du taux de succès de la tentative de VME (NP4) et n'est donc pas recommandée dans ce seul but (Accord professionnel).

La tentative de VME étant associée à une augmentation d'anomalies transitoires du rythme cardiaque fœtal (RCF) (NP3), il est recommandé de réaliser un enregistrement du RCF avant toute tentative et pendant les 30 minutes qui suivent (Accord professionnel). En revanche, il n'existe aucune donnée pour recommander un enregistrement du RCF à distance d'une tentative d'une VME (Accord professionnel). Le risque de positivité significative (> 30 mL) du test de Kleihauer étant faible (< 0,1 %) (NP3), il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement un test de Kleihauer après une tentative de VME (Accord professionnel). Pour les femmes avec un Rhésus RH-1 négatif, il est recommandé de veiller à la prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus RH-1, en accord avec les recommandations du CNGOF (Accord professionnel).

En cas de présentation du siège, l'acupuncture, la moxibustion, les méthodes posturales (position genu-pectorale et pont indien) n'ont pas montré leur efficacité pour réduire le nombre de présentations du siège à la naissance (NP2), et ne sont pas recommandées (Grade B) [3].

## 4. Bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée en cas de présentation du siège à terme

En cas de présentation du siège à terme, la tentative de voie basse est associée à une augmentation du risque composite de mortalité périnatale ou de survenue d'une morbidité néonatale sévère comparativement à la césarienne programmée [4] (Term Breech Trial [5]) (NP1), mais cette augmentation du risque n'a pas été retrouvée dans une large étude prospective observationnelle franco-belge (étude PREMODA [6]) (NP2).

En cas de tentative de voie basse sur une présentation du siège à terme, le risque de mortalité périnatale est aux alentours de 1‰ (NP3). Il est potentiellement moindre mais non nul en cas de césarienne programmée (NP2). Les risques de traumatisme néonatal – fracture de clavicule et hématome du siège principalement –, de score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes et de nécessité d'intubation néonatale, sont majorés en cas de tentative de voie basse (NP2) et seraient de l'ordre de 1 % (NP3). En revanche, il n'a pas été retrouvé de différence entre la tentative de voie basse et la césarienne programmée concernant le développement neurologique à 2 ans (NP2), le développement psychomoteur et cognitif entre 5 et 8 ans (NP3), et le niveau intellectuel à l'âge adulte (NP4).

Il n'existe pas de données comparatives spécifiques à la présentation du siège en fonction de la voie d'accouchement pour évaluer le risque d'allergie et de troubles métaboliques, tout comme les risques de morbi-mortalité périnatale en cas de nouvelle grossesse.

Cependant, et ce indépendamment de la présentation fœtale (céphalique et/ou siège), la césarienne est associée à un risque majoré d'asthme chez l'enfant jusqu'à l'âge de 12 ans, ainsi que d'obésité dans l'enfance et à l'âge adulte (NP2). En cas de nouvelle grossesse, le risque de mort fœtale in utero et d'accouchement prématuré est plus élevé lorsque l'accouchement précédent a eu lieu par césarienne plutôt que par voie basse (NP2).

### 5. Bénéfices et risques maternels de la césarienne programmée comparée à la tentative de voie basse en cas de présentation du siège à terme

Pour étudier les complications maternelles selon la voie d'accouchement programmée en cas de fœtus en présentation du siège à terme, nous ne disposons que d'une seule étude de qualité, un essai randomisé – le Term Breech Trial – limité par un manque de puissance pour l'étude des complications maternelles. Cet essai a mis en évidence un taux de morbidité maternelle à court terme similaire quelle que soit la voie d'accouchement programmée (NP2). Les études en population les plus récentes ayant inclus essentiellement des fœtus en présentation céphalique, rapportent des résultats comparables, c'est à dire une morbidité maternelle sévère similaire en cas de césarienne programmée ou de tentative de voie basse (NP3).

Le Term Breech Trial a mis en évidence à 3 mois du postpartum en cas de césarienne programmée comparativement à la tentative de voie basse un risque diminué d'incontinence urinaire et de douleurs périnéales avec néanmoins un risque augmenté de douleurs abdominales (NP2). Il n'y avait pas de différence de morbidité maternelle à 2 ans du postpartum entre les deux groupes dans cet essai (NP2).

En cas de grossesse ultérieure, les études ayant inclus majoritairement des femmes avec un fœtus en présentation céphalique, ont montré que l'antécédent de césarienne exposait la femme aux risques graves de rupture utérine, d'anomalies d'insertion placentaire et d'hystérectomie (NP2).

Ainsi, en cas de grossesse monofoetale avec un fœtus en présentation du siège à terme, les risques de complications maternelles sévères à court et à long terme semblent comparables après une tentative de voie basse et une césarienne programmée en l'absence de grossesse ultérieure. Cependant, lors d'une grossesse ultérieure, l'antécédent de césarienne expose la femme à des complications sévères (placenta accreta, rupture utérine notamment) [7].

### 6. Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège

Les facteurs retenus comme contre-indication maternelle, obstétricale, placentaire ou fœtale à la tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation céphalique, sont à considérer comme tels, également en cas de présentation du siège (Accord professionnel).

Il est recommandé de proposer aux femmes qui souhaitent une tentative de voie basse à terme une pelvimétrie pour décider avec elles de leur mode d'accouchement (Grade C), car sans modifier le taux global de césarienne, elle permettrait de réduire le risque de césarienne en cours de travail (NP3). Les normes pelvimétriques qui étaient en vigueur lors de l'étude PREMODA prévoyaient un diamètre promo-retropubien  $\geq 105$  mm, un diamètre transverse médian  $\geq 120$  mm, un diamètre bi épineux  $\geq 100$  mm. Cependant, comme il n'existe pas d'élément permettant de statuer sur les mesures du pelvis à privilégier, ni d'éléments qui permettraient de fixer des seuils décisionnels autres que ceux fixés dans les études publiées, les seuils décisionnels choisis, peuvent être modulés en

fonction de l'âge gestationnel au moment de l'accouchement ou des biométries fœtales (Accord professionnel). Le risque oncogène théorique associé à l'exposition in utero aux radiations ionisantes doit faire préférer la pelvimétrie par IRM ou à défaut la scannopelvimétrie à la radiopelvimétrie (Accord professionnel). Il n'existe pas d'argument pour recommander la pratique de la pelvimétrie en cas d'accouchement avant 37 SA (Accord professionnel). En cas de présentation du siège méconnue à l'entrée en travail, l'absence de pelvimétrie ne contre-indique pas à elle seule la tentative de voie basse (Accord professionnel).

Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander la réalisation systématique d'une estimation de poids fœtal et/ou d'une mesure du diamètre bipariétal comme critères d'acceptation d'une tentative de voie basse; cependant en cas d'estimation du poids fœtal connue avant la naissance supérieure à 3800 g, une césarienne est à privilégier (Accord professionnel). La présentation du siège n'est pas en soi une contre-indication à une tentative de voie basse pour un fœtus petit pour l'âge gestationnel (Accord professionnel). En comparaison à la présentation du siège décompleté, la présentation en siège complet à terme n'est pas associée en cas de tentative d'accouchement par voie basse à un risque accru de morbidité périnatale sévère (NP3). La présentation du siège complet n'est donc pas en soi une contre-indication à une tentative d'accouchement par voie basse (Accord professionnel), même si elle est associée à un risque accru de césarienne en cours de travail (NP3). En cas d'accouchement du siège prématuré, les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (Accord professionnel). Il est recommandé de vérifier l'absence d'hyperextension de la tête fœtale par échographie avant une tentative d'accouchement par voie basse (Accord professionnel) et de préférer une césarienne si une telle position est mise en évidence (Accord professionnel). L'antécédent de césarienne n'est pas en soi une contre-indication à la tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation fœtale en siège (Accord professionnel). La nulliparité n'étant pas associée à un risque accru de morbidité périnatale sévère (NP3), il n'est pas recommandé de proposer une césarienne au seul motif de la nulliparité (Grade C), même si elle est associée à un risque accru d'échec de tentative d'accouchement par voie basse par rapport aux femmes qui ont déjà accouché par voie basse (NP3). La rupture des membranes à terme avant travail n'est pas en soi une contre-indication à la tentative de voie basse (Accord professionnel) [8].

### 7. Information et organisation en cas de présentation du siège

L'information délivrée par l'équipe obstétricale de la maternité où la patiente envisage d'accoucher tient une place primordiale. Il est crucial que la patiente puisse bien comprendre l'information qui lui est délivrée ce qui nécessite parfois le recours à un interprète. Le choix de la voie d'accouchement dépendra de la décision partagée par la patiente et le gynécologue-obstétricien.

Cette information doit porter sur la version par manœuvre externe dont l'objectif principal est de réduire le recours à la césarienne sans augmenter la morbidité maternelle et périnatale sévère. Si un praticien ou une équipe considère qu'il n'a pas la maîtrise de la VME, il se doit de proposer à la patiente de l'adresser à d'autres professionnels (Accord professionnel).

L'information doit également exposer les bénéfices et les risques d'une césarienne programmée en comparaison à une tentative de voie basse à court et à long terme tant pour la mère que pour l'enfant. Elle doit aussi décrire les modalités de réalisation d'un accouchement du siège par voie basse en signalant la nécessité de cet accouchement dans une maternité, d'un monitoring continu, la présence d'un gynécologue-obstétricien lors de la naissance et le recours fréquent à des manœuvres. La patiente doit



être avertie de la possibilité d'un changement de prise en charge influencé par le contexte. Par exemple, une tentative de voie basse peut être retenue si la patiente se présente avant la date fixée pour une césarienne programmée avec un travail rapide et/ou très avancé. Cette situation doit être envisagée avec la patiente avant la naissance.

Enfin, l'information doit être tracée dans le dossier obstétrical ainsi que la stratégie retenue sur la base d'une décision partagée (Accord professionnel). Une fiche d'information destinée à la patiente est proposée en [Annexe](#).

L'accouchement du siège doit avoir lieu dans une maternité permettant le recours immédiat à une césarienne si besoin. La maternité doit disposer d'un protocole qui précise les conditions d'éligibilité à la tentative de voie basse et qui définit les modalités de la prise en charge du travail. Lorsqu'un praticien/une équipe considère qu'il n'est pas en capacité d'accompagner une patiente qui souhaite une tentative de voie basse, il se doit de proposer de l'adresser à d'autres professionnels plus familiers de cette prise en charge et non pas d'orienter directement la patiente vers la réalisation d'une césarienne programmée (Accord professionnel). De même, si une patiente souhaite une tentative d'accouchement par voie basse alors que l'équipe considère qu'elle n'est pas éligible à cette voie, le recours à un autre avis doit être favorisé (Accord professionnel). Si une patiente souhaite une césarienne programmée après avoir reçu une information éclairée par un gynécologue-obstétricien et bien qu'elle soit éligible à une tentative de voie basse, son choix doit être respecté (Accord professionnel).

Le gynécologue-obstétricien de garde sera prévenu de l'admission de la patiente dans la maternité de manière à pouvoir compléter l'information si nécessaire et revalider la voie d'accouchement retenue même si celle-ci est bien documentée dans le dossier obstétrical (Accord professionnel). L'accouchement doit avoir lieu en présence d'un gynécologue-obstétricien et avec la disponibilité immédiate d'un anesthésiste et d'un pédiatre lors de la phase expulsive (Accord professionnel). Un instrument destiné à aider le dégagement de la tête (forceps ou spatules) doit être disponible dans la salle lors de l'accouchement (Accord professionnel) [9].

## 8. Accouchement en cas de présentation du siège

Les recommandations sur les modalités de la gestion du travail et de l'expulsion sont de faible niveau de preuve.

La présentation du siège à terme n'est pas une contre-indication à un déclenchement du travail lorsque les critères d'acceptation de la voie basse sont réunis (Grade C), car il n'est pas démontré qu'en cas de présentation du siège à terme le déclenchement soit associé à une augmentation de la morbidité périnatale en comparaison à un travail spontané et en comparaison à la césarienne programmée, y compris sur col défavorable (NP3). Le taux de césarienne est cependant majoré en cas de déclenchement en comparaison aux femmes en travail spontané, notamment en cas de score de Bishop bas (NP3). En cas de déclenchement, il paraît possible d'utiliser l'oxytocine ou les prostaglandines (Grade C). Il n'y a pas de données suffisantes pour émettre de recommandations sur l'utilisation du ballonnet trans-cervical pour le déclenchement en cas de présentation du siège.

L'analgésie péridurale avec basses concentrations d'anesthésiques locaux, comme en cas de présentation céphalique, doit être encouragée en cas de tentative de voie basse (Accord professionnel). En cas de contre-indication à l'ALR (analgésie loco-régionale) ou de choix personnel de la parturiente de ne pas avoir d'ALR, la tentative de voie basse n'est pas contre-indiquée (Accord professionnel).

Il est recommandé de mettre en place une surveillance continue du RCF (Accord professionnel). L'utilisation de moyens de

surveillance fœtale de 2<sup>e</sup> ligne n'est pas recommandée (Accord professionnel).

Concernant le déroulement du travail, l'étude PREMODA rapportait pour les patientes ayant accouché par voie basse les informations suivantes :

- pour le premier stade (phase de latence et phase active), seulement 3,8 % des femmes ont eu 1 épisode de stagnation d'au moins 2 h et 0,8 % ont eu au moins 2 épisodes de stagnation d'au moins 2 heures ;
- une durée de 2<sup>e</sup> phase (dilatation entre 5 et 10 cm) égale ou supérieure à 7 heures n'a été observée que dans 1,4 % des cas (NP3) ;
- la réalisation d'une amniotomie et/ou l'administration d'oxytocine étaient possibles en cas de dystocie dynamique ;
- la durée globale des efforts expulsifs était < 30 min dans 94 % des cas.

Ainsi, la réalisation d'une amniotomie et l'administration d'oxytocine sont possibles en cas de dystocie dynamique (Accord professionnel). En l'absence d'engagement après 2 heures à dilatation complète et après correction d'une éventuelle dystocie dynamique, il est recommandé d'envisager une césarienne (Accord professionnel).

Il est préférable de débiter les efforts expulsifs lorsque la présentation est engagée le plus bas possible dans l'excavation pelvienne (Accord professionnel). Il n'est pas recommandé de débiter les efforts expulsifs sur une présentation du siège non engagée (Accord professionnel). Le siège ne constitue pas une indication d'épisiotomie (Accord professionnel). Il ne paraît pas raisonnable de pratiquer une grande extraction du siège sur un fœtus unique non engagé (Accord professionnel). Pour le dégagement des épaules et de la tête fœtale, les données disponibles sont insuffisantes pour recommander soit l'expulsion spontanée sans intervention, soit la réalisation systématique de manœuvres (Accord professionnel), ni pour recommander une manœuvre plutôt qu'une autre (Accord professionnel). L'assistance instrumentale par ventouse sur une présentation du siège décompleté n'est pas recommandée (Accord professionnel) [10].

En raison de données insuffisantes, il n'a pas été possible d'émettre de recommandations sur les modalités spécifiques de l'accouchement du siège prématuré.

## 9. Conclusions

En cas de présentation du siège à terme, les risques de complications sévères pour l'enfant et la mère sont faibles en cas de tentative de voie basse ou de césarienne programmée. Le rapport bénéfices/risques à court terme pour l'enfant pourrait être favorable à la césarienne programmée mais la morbidité à long terme ne semble pas modifiée en fonction de la voie d'accouchement (Accord professionnel). Le rapport bénéfices/risques pour la mère à long terme est favorable à la tentative de voie basse, en particulier en cas de grossesse ultérieure (Accord professionnel).

Pour le groupe d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la tentative de voie basse est une option raisonnable dans la majorité des cas (Accord professionnel).

Le choix de la voie d'accouchement doit être partagé par la patiente et le médecin. Après information, que la patiente souhaite une tentative de voie basse ou une césarienne programmée, son choix doit être respecté (Accord professionnel).

## Déclaration de liens d'intérêts

Loïc Sentilhes est consultant pour le laboratoire Ferring et membre du CNGOF. Thomas Schmitz, Patrick Rozenberg, Éric

Verspyck et Marie-Victoire Senat sont membres du CNGOF. Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français).

91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris.

### Comité d'organisation

É. Verspyck, président (gynécologue-obstétricien, CHU, Strasbourg), L. Sentilhes, coordonnateur (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux, CNGOF), T. Schmitz (gynécologue-obstétricien, CHU, Robert-Debré, Paris, CNGOF), MV. Senat (gynécologue-obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre, CNGOF), S. Baumann (CNSF, sage-femme, Collège national des sages-femmes de France).

### Experts du groupe de travail

É. Azria (gynécologue-obstétricien, ESPIC, Paris), D. Gallot (gynécologue-obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), G. Ducarme (gynécologue-obstétricien, CHG, La Roche-sur-Yon), D. Korb (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), A. Mattuizzi (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux), O. Parant (gynécologue-obstétricien, CHU, Toulouse), N. Sananès (gynécologue-obstétricien, CHU, Strasbourg), P. Rozenberg (gynécologue-obstétricien, CHI, Poissy).

### Relecteurs des textes

F. Audibert (gynécologue-obstétricien, CHU, Montréal), T. Barjat (gynécologue-obstétricien, CHU, Saint-Etienne), A. Benachi (gynécologue-obstétricien, CHU, Clamart), G. Benoist (gynécologue-obstétricien, CHU, Caen), G. Beucher (gynécologue-obstétricien, CHU, Caen), MP. Bonnet (anesthésiste-réanimateur, CHU, Trousseau), J. Boujenah (gynécologue-obstétricien, mixte, Vincennes), F. Bretelle (gynécologue-obstétricien, CHU, Marseille), L. Carbillon (gynécologue-obstétricien, CHU, Bondy), F. Coatleven (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux), AG. Cordier (gynécologue-obstétricien, CHU, Clamart), A. Delabaere (gynécologue-obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), P. Delorme (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), R. Desbriere (gynécologue-obstétricien, CHU, Marseille), A. Diguët (gynécologue-obstétricien, CHU, Rouen), C. Diguisto (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), V. Dochez (gynécologue-obstétricien, CHU, Nantes), M. Doret-Dion (gynécologue-obstétricien, CHU, Lyon), M. Dreyfus (gynécologue-obstétricien, CHU, Caen), C. Dupont (gynécologue-obstétricien, CHU, Lyon), C. d'Ercole (gynécologue-obstétricien, CHU, Marseille), P. Fournet (gynécologue-obstétricien, CH, Mont-Saint-Aignan), F. Fuchs (gynécologue-obstétricien, CHU, Montpellier), C. Garabedian (gynécologue-obstétricien, CHU, Lille), A. Gaudineau (gynécologue-obstétricien, CH, Monaco), A. Girault (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), F. Goffinet (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), P. Guerby (gynécologue-obstétricien, CHU, Toulouse), T. Harvey (gynécologue-obstétricien, PSPH, Paris), JB. Haumonté (gynécologue-obstétricien, PSPH, Marseille), V. Houfflin-Debarge (gynécologue-obstétricien, CHU, Lille), M. Houllier (gynécologue-obstétricien, CHU, Bicêtre), C. Houssin (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux), C. Huisoud (gynécologue-obstétricien, CHU, Lyon), E. Janky (gynécologue-obstétricien, CHU, Pointe-à-Pitre), G. Kayem (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), R. Kutnahorsky (gynécologue-obstétricien, CH, Colmar), V. Lavoué (gynécologue-obstétricien, CHU, Rennes), I. Monier (sage-femme, CHU, Bicêtre), N. Mottet (gynécologue-obstétricien, CHU, Besançon), B. Langer

(gynécologue-obstétricien, CHU, Strasbourg), C. Le Ray (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), E. Lorthe (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), H. Madar (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux), L. Marcellin (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), L. Marpeau (gynécologue-obstétricien, CHU, Rouen), F. Perrotin (gynécologue-obstétricien, CHU, R), O. Picone (gynécologue-obstétricien, CHU, Suresnes), RC. Rudigoz (gynécologue-obstétricien, CHU, Lyon), M. Sarrau (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux), J. Sibiude (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), E. Simon (gynécologue-obstétricien, CHU, Dijon), J. Stirnemann (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), C. Thuillier (gynécologue-obstétricien, CHI, Poissy), C. Vayssiere (gynécologue-obstétricien, CHU, Toulouse), F. Vendittelli (gynécologue-obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), N. Winer (gynécologue-obstétricien, CHU, Nantes).

### Annexe A

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<sup>e</sup> 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.

#### **Références**

- [1] Sentilhes L, Schmitz T, Rozenberg P, Verspyck E, Senat MV. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Méthode et organisation. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;(48). <http://dx.doi.org/10.2016/j.gofs.2019.10.020>.
- [2] Mattuizzi A. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Épidémiologie, facteurs de risque et complications. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;(48). <http://dx.doi.org/10.2016/j.gofs.2019.10.027>.
- [3] Ducarme G. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Version par manœuvre externe et techniques de version alternatives. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;(48). <http://dx.doi.org/10.2016/j.gofs.2019.10.024>.
- [4] Sananès N. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;(48). <http://dx.doi.org/10.2016/j.gofs.2019.10.023>.
- [5] 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 randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet.* 2000;356:1375–83.
- [6] Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. 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.* 2006;194:1002–11.
- [7] Korb D. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Bénéfices et risques maternels de la césarienne programmée comparée à la tentative de voie basse. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;(48). <http://dx.doi.org/10.2016/j.gofs.2019.10.018>.
- [8] Azria É. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;(48). <http://dx.doi.org/10.2016/j.gofs.2019.10.026>.
- [9] Gallot D. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Information et organisation. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;(48). <http://dx.doi.org/10.2016/j.gofs.2019.10.019>.
- [10] Parant O, Bayoumeu F. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Accouchement. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;(48). <http://dx.doi.org/10.2016/j.gofs.2019.10.022>.