

# L'accouchement du siège peut être sûr, mais le jeu en vaut-il la chandelle?

Andrew Kotaska, MD, FRCSC

Yellowknife NT

J Obstet Gynaecol Can, vol. 31, n° 6, 2009, p. 555–556

La sûreté de l'accouchement du siège par voie vaginale n'est plus remise en question. L'étude PREMODA a clairement indiqué que, en présence d'une sélection et d'une prise en charge rigoureuses au sein de la plupart des unités de maternité, l'accouchement du siège pouvait être sûr<sup>1</sup>. Nous avons donc maintenant deux tâches à accomplir. Premièrement, nous devons définir, aussi clairement que possible, les paramètres qui permettent l'accouchement du siège par voie vaginale en toute sûreté. Deuxièmement, nous devons déterminer, individuellement et collectivement en tant que profession, s'il s'avère indiqué de déployer les efforts nécessaires à l'offre de l'accouchement du siège par voie vaginale.

Même en fonction des limites propres à l'essai *Term Breech Trial* quant à la qualité des soins, les issues que connaissent les nouveau-nés à deux ans tendent à indiquer l'innocuité de cette pratique<sup>2</sup>. La plupart des intéressés estiment, cependant, que la morbidité à court terme était inacceptablement élevée, particulièrement à la lumière des résultats beaucoup plus sûrs issus de l'étude PREMODA. Alors, quelles sont les mesures qu'ont prises les chercheurs de l'étude PREMODA pour assurer l'innocuité de l'intervention (et que les chercheurs de l'étude *Term Breech Trial* n'ont pas cru bon de mettre en œuvre)? Quels sont les critères de sélection importants, les ressources nécessaires et les paramètres de prise en charge intrapartum requis pour rendre l'accouchement du siège acceptablement sûr? La « Directive clinique sur l'accouchement du siège par voie vaginale » qui paraît dans le présent numéro du Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada s'attaque à la première tâche en cherchant à répondre à ces questions<sup>3</sup>.

La deuxième tâche, pour chacun des cliniciens et la profession obstétricale dans son ensemble, se résume au rétablissement de systèmes permettant d'offrir l'accouchement du siège en toute sûreté. Pendant près d'une décennie, le nombre de spécialistes de l'accouchement du siège a fondu au soleil; de la flexibilité et

des efforts devront être déployés pour le renflouer. L'offre à nouveau de l'accouchement du siège nécessitera la mise en place de systèmes de couverture de disponibilité appariant des praticiens plus expérimentés et divers débutants, dont des obstétriciens praticiens. Au début, les centres étant en mesure de mettre sur pied de tels systèmes devront agir à titre de centres spécialisés pour les femmes souhaitant connaître un accouchement du siège par voie vaginale, ainsi qu'à titre de centres de formation pour les cliniciens souhaitant apprendre les techniques propres à cette intervention ou recycler leurs compétences. L'obtention d'un soutien financier permettant d'assurer la présence simultanée de deux spécialistes dans le cadre des accouchements du siège jouerait un rôle important pour aider au rétablissement des compétences en ce qui concerne l'accouchement du siège.

Dans le cadre de l'étude PREMODA, le taux global d'accouchement par voie vaginale n'était que de 23 %. Est-il important de déployer les efforts considérables nécessaires à l'offre de l'accouchement du siège si seulement le quart des femmes en viendront ainsi à éviter la césarienne? Dans le cadre de l'étude PREMODA, ce taux de 23 % se traduisait en 1 800 femmes ayant connu un accouchement du siège par voie vaginale. Sans quelque hausse que ce soit de la morbidité ou de la mortalité périnatale, ces 1 800 femmes ont évité les risques immédiats et la récupération prolongée qui sont associés à la césarienne primaire, ainsi que la hausse des risques en aval de placentation anormale, de mortinaissance et de rupture utérine dans le cadre de grossesses subséquentes. Chaque année en Amérique du Nord, plus de 100 000 femmes connaissent des grossesses dont la présentation, à terme, demeure « du siège ». En fonction d'un taux de réussite semblable à celui qu'a obtenu l'étude PREMODA, nous serions donc en mesure de permettre à quelque 25 000 femmes d'éviter la césarienne en toute sûreté.

Les principes de l'autonomie des patientes et du consentement éclairé laissent entendre que les femmes chez lesquelles une présentation du siège persiste à terme devraient se voir offrir l'accès à une solution de rechange à la césarienne préventive, ainsi que des renseignements à ce sujet. Même en n'ayant recours qu'à l'essai *Term Breech Trial* comme point de départ d'une discussion sur le consentement, la pratique actuelle qui consiste à « ne pas offrir » aux femmes un essai de travail, tout en offrant un accès facile à la césarienne, est de nature coercitive, particulièrement compte tenu de l'équivalence des issues néonatales à long terme. Maintenant que nous disposons d'une compréhension plus exhaustive des composantes requises pour assurer une telle équivalence en ce qui concerne les issues à court terme de l'accouchement du siège par voie vaginale, il serait contraire à l'éthique de ne pas faire part de ces renseignements aux femmes. Bien que, dans certains milieux, il soit difficile d'offrir un accouchement du siège par voie vaginale de façon systématique, sa disponibilité ailleurs devrait être divulguée et de l'aide devrait être offerte sur demande en vue de l'obtention d'une telle intervention. Il est difficile de justifier, sur les plans éthique et juridique, la seule offre d'une césarienne en présence d'une solution de rechange raisonnable.

En 1972, Archie Cochrane a décerné une « cuillère de bois » à la profession obstétricale en tant que spécialité médicale la moins factuelle qui soit. Cela a engendré, à l'échelle de la discipline, la mise en œuvre d'efforts visant à établir une base factuelle pour notre pratique : rejeter les interventions fondées sur des dogmes plutôt que sur la science et assujettir les innovations à un examen minutieux. Notre profession a su relever le défi et, dans de nombreux domaines, est parvenue à la réussite. Quoi qu'il en soit, l'obstétrique n'en demeure pas moins une discipline complexe et dynamique : la prise en charge d'une présentation du siège en cours de travail est fort différente de la prise en charge de l'hypertension artérielle. Notre difficulté à définir ce qui constitue un accouchement du siège sûr nous a empêché, par le passé (et peut-être à raison),

d'offrir cette intervention à grande échelle. Maintenant que nous avons une bien meilleure idée de ce qui est requis pour offrir ce type d'accouchement en toute sûreté, ce n'est plus le cas. Si nous ne sommes pas disposés à déployer les efforts requis pour aider, chaque année, 25 000 Nord-Américaines à éviter une césarienne superflue, nous devons être prêt à assumer la responsabilité de la hausse de la morbidité et de la mortalité maternelles, ainsi que celle du nombre excessif de placentations anormales, de ruptures utérines, de mortinaissances, et de cas de morbidité néonatale qui seront constatés dans le cadre de grossesses subséquentes.

L'intégration, à la pratique obstétricale, de compétences complexes et de discussions détaillées quant au consentement nécessite des efforts; cependant, les praticiens œuvrant au sein des 174 centres de l'étude PREMODA n'étaient pas tous des spécialistes. En France, en Belgique et dans d'autres régions du monde, la mise en œuvre quotidienne d'une pratique rigoureuse permet l'offre en toute sûreté d'un accouchement du siège par voie vaginale à des milliers des femmes et à leurs nouveau-nés. Le défi auquel la profession obstétricale et les obstétriciens de partout dans le monde doivent faire face, c'est d'apprendre de ces centres et d'offrir un choix semblable, quant au mode d'accouchement, au plus grand nombre de femmes possible. Nous nous devons d'agir de la sorte si l'on veut offrir des soins centrés sur la patiente.

## RÉFÉRENCES

1. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D et coll.; PREMODA Study Group. « 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*, vol. 194, 2006, p. 1002–11.
2. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah W, Hewson S, Amankwah K et coll. « Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 191, 2004, p. 864–71.
3. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R. « Accouchement du siège par voie vaginale, Directive clinique de la SOGC n° 226, juin 2009 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 31, n° 6, 2009, p. 567–78.