

Audipog : la présentation du siège à terme

Vendittelli F et les obstétriciens
Réseau AUDIPOG, faculté RTH
Laennec, Lyon
CHU de clermont-Ferrand
Réseau de Santé périnatale
d'Auvergne

La morbi-mortalité néonatales est-elle plus importante en cas de voie basse acceptée pour un siège à terme ?

Vendittelli F et al. The term breech presentation: neonatal results and obstetric practices in France. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006

Introduction

- **Le contexte de l'époque** : Hannah ME et al. Lancet 2000 !!!
- **AUDIPOG** : étude des pratiques en France avant la publication de Hannah et al. ???
- **2 volets complémentaires** :
 - **Volet 1** : analyse banque morbi-mortalité néonatale et siège ?
 - **Volet 2** : enquête de pratique critères de sélection français ?
 - **Volet 3** : recherche « homogénéité attitude »





Volet 1

**« Evolution des pratiques en France » et
analyse des résultats néonataux en
fonction des pratiques obstétricales, à
partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG**

Vendittelli et al.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002

Objectif 1

- Comparaison des cns néonatales précoces selon la décision obstétricale initiale en cas de présentation du siège :

c'est à dire entre les groupes « césa prophylactique » et « voie basse acceptée » quel que soit le mode effectif d'accht.

Objectif 2

- Comparaison des cns néonatales selon la décision obstétricale initiale, au sein d'un sous-groupe de ♀ de la cohorte précédente

se présentant comme à « bas risque » obstétrical en fin de grossesse, et cela en référence à un groupe témoin « à bas risque » à terme dont le fœtus est en céphalique lors de l'accht

Matériel et méthode (1)

- Fichier Réseau AUDIPOG = 71 919 grossesses entre 1994 et 2000.
- Critères d'inclusion des femmes ayant un fœtus en siège :
 - grossesse unique, à terme, ayant eu un AVB (W spontané ou non) ou une césa (programmée ou en urgence), avec ou sans rupture des membranes.

Matériel et méthode (2)

- Critères d'exclusion des femmes ayant un fœtus en siège :

MFIU, IMG, présentations fœtales autres que siège

⇒⇒ n = 2136 femmes accouchant à terme avec un siège

Matériel et méthode (3)

- Constitution d'1 sous-groupe à bas risque ayant un fœtus en siège à terme :
n = 448 femmes
- Constitution d'1 sous-groupe à bas risque ayant un fœtus en céphalique à terme :
au sein fichier AUDIPOG, chez ♀ avec
AVB accepté **n = 13 313**

Issues relevées

- Décès enfant
- Nécessité réanimation en salle de naissance
- Apgar à 5 mn
- Traumatisme à la naissance
- Transfert immédiat ou différé (réa, chir, néo)

Critères de jugement

- Critère principal = morbi-mortalité néonatale précoce grave comprenant le décès de l'enfant (per ou post partum) ou le transfert Ire ou IIre dans une unité de réa ou de chirurgie
- Critère secondaire = morbi-mortalité néonatale précoce (décès, tout transfert Ire ou IIre dans une unité)

Résultats (1) :

comparaison de la morbi-
mortalité néonatale précoce entre
les  avec VB acceptée et celles
avec césa prophylactique

Résultats (2) : comparaison caractéristiques initiales entre 2 groupes

- **NS** : âge, atcd néonataux, type de siège
- **$p < 0,05$** : Parité, BMI, patho de la grossesse, UC, SA à l'accht

Résultats (3) :

comparaison de la morbi-mortalité néonatale précoce entre les ♯ avec VB acceptée et celles avec césa prophylactique

- Décès per ou post-partum immédiat : **NS**
- Tout transfert, Apgar à 5 mn \leq 4 : **NS**

Résultats (3) : suite

	Grpe A: VBA (n = 1194) %	GrpeB : Césa pr (n = 870) %	p
- Réa mater	9,4	5,8	0,003
- Apgar 5' < 7	1,17	0,46	0,09
- CJ1	2,3	1,9	0,59
- CJ2	9,2	10,5	0,35

Résultats (4) : OR bruts et ajustés (âge mère, BMI, patho g, type siège) du risque de cns lié à la décision obstétricale initiale

	OR (IC 95 %)	ORa (IC 95 %)
CJ 1	1,19 (0,63-2,27)	1,33 (0,63-2,80)
CJ 2	0,87 (0,65-1,16)	0,93 (0,67-1,29)

Résultats (5) : comparaison des cns néo précoces en fonction des pratiques dans un sous-groupe sièges à bas risque et groupe de céphaliques à bas risque

- Le groupe céphalique = référence
- limitations aux céphaliques à bas risque qui ont eu une VB acceptée

Femmes à bas risque obstétrical à terme

Présentation en siège (n = 448)

Décès ou transfert
en réa/chirurgie = **0,93%**

Décès ou
tout transfert = **5,36%**

AVB acceptée
(n = 296)

Décès ou transfert
en réa/chirurgie =
1,04%

Décès ou
tout transfert = **5,74%**

Césa
prophylactique
(n = 152)

Décès ou transferts
en réa/chirurgie = **0,70%**

Décès ou
tout transfert = **4,61%**

Céphalique (n = 13 313)

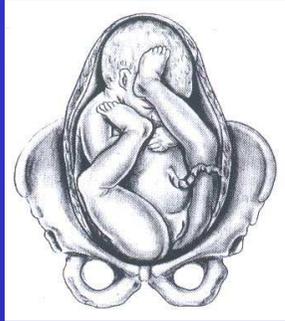
Nombre de décès
et transferts
réa ou chirurgie = **0,80%**

Nombre de décès ou
tout transfert = **5,31%**

Voie basse acceptée
(n = 13 144)

Décès transfert réa/chir
= **0,76 %**

Décès ou tout
transferts
= **5,24%**



Volet 2 et Volet 3

**« La présentation du siège à terme :
enquête sur les pratiques obstétricales en
France**

**et recherche d'une homogénéité
d'attitudes associées à un moindre risque
néonatal »**

Vendittelli et al. J Gynecol Biol Repr 2002

Objectifs

- Préciser les **pratiques** face à un siège à terme
- Repérer les critères d'acceptation de la voie basse les plus fréquemment utilisés pour définir une « **attitude consensuelle** »
- Si homogénéité repérable : comparer les **cns néonatales précoces selon appartenance au groupe des maternités « consensuelles ou non »**

Matériel et méthodes (1)

- Questionnaire confidentiel en cas de siège à terme : du 23/05/01 au 15/08/01
- Construit autour de 4 grpes de questions (37) :
 - AVB accepté ?
 - Pratiques préalables à AVB
 - Gestion obstétricale de l'accht
 - Environnement médical lors accht et accord préalable femme

Matériel et méthodes (2)

- Questions fermées à choix multiple :
« jamais, parfois, souvent, et systématiquement »
- 2 rappels
- 175 questionnaires envoyés

Matériel et méthodes (3)

- Identification / tous les participants (sauf 2)
- Il a été proposé de définir une attitude consensuelle et d'analyser la morbi-mortalité néonatale en fonction appartenance † aux maternités consensuelles ou non (anonyme): 15/09/01

Matériel et méthodes (4)

- **Définition « attitude consensuelle » :**
questions où une réponse donnée $\geq 80\%$
- $\Rightarrow\Rightarrow$ **« attitude consensuelle globale »**
= homogénéité des pratiques au sein de maternités classées en 2 grpes ...

Résultats (1)

- Réponses : **149** maternités (/ 175) = **85 %**
- Soit **150** questionnaires (1 mat = 2)
- Un CHU = non réponse car pas consensus
- 4 maternités (**2,7 %**) = césa systématique
- C. administratives et juridiques des répondantes = celles banque AUDIPOG

Résultats (2)

	Js et Pfs (%)	Svt et syst (%)
- Accord †	7,8	92,2
AVB ? :		
- primi	46,5	53,5
- Césa ant	89,6	10,4
- Myomect	94,4	5,6
- Rupture PM	72,5	27,5
- RCIU	85,3	14,7
- Macrosomie	95,8	4,2

Résultats (3)

	Js et Pfs (%)	Svt et syst (%)
Réalisez-vous ?		
- Radiopelvi ?	4,9	95,1
- Poids bébé ?	3,5	96,5
* / écho	7,8	92,20
* / clinique	25,7	74,3
- Déflexion ?	7	93
* / écho ?	32,6	67,4
* contenu ut.	41,3	58,7

Résultats (4)

	Js et Pfs (%)	Svt et syst (%)
- Déclencht w	87,5	12,5
- APD	7,1	92,9
- Direction w	28,5	71,5
- R tardive mbs	12,7	87,3
- Aide expulsion	18,2	81,8
- Episio	7	93
- P: - anesthésiste	4,2	95,8
- pédiatre	21,1	78,9
- senior	5,4	94,6
- Salle césa	78,7	21,3
- Forceps	16,1	83,9

Résultats (5)

- Repérage des critères définissant une attitude consensuelle au sein des maternités :
 - Cicatrice utérine (js ou pfs : 89,6 %)
 - RxPM (syt : 87,4 %)
 - Déflexion tête (syst : 80 %)
 - Poids fœtal (syst 83,7)
 - Rupture tardive Mb (svt ou syst : 80 %)
 - Aide expulsion (svt ou syt 81,8 %)

Résultats (6)

- **Grpe maternités « consensuelles » = 63 (sur 149 maternités) = 42,3 %.**
- **Comparaison † dans les 2 gpes :**
 - gpe « consensuel » = 755 †**
 - gpe « non consensuel » = 1067 †**
 - NS : âge, parité, atcd néonate, terme...**
 - p < 0,05 : BMI, patho Grossesse**
 - NS : césa proph (« cons » = 41,5 % vs. 39,7 %)**

Résultats (7)

- Critère jugement 1 pour ensemble sièges:
1,24 % pour le groupe « consensuel »
vs. 3,20 % ($p < 0,009$)
- Critère jugement 1 pour sièges AVB acceptés
: 1,18 % vs 3,48 % ($p < 0,022$)
- ORaj 1 (BMI et patho g) = 0,40 (IC: 0,18-0,92)
- ORaj2 = 0,27 (IC:0,27-0,85)

Résultats (8)

- **Résultats non explicables par:**
 - pratique transferts :
gpre « cons » = 11,2 % vs. 12,8 %
 - césariennes : 15,5 % vs. 15,6 %
 - grpe cons = + mat < 1000 acchts/an, +
de privés ou CHG, + de niveau 1

Conclusion étude AUDIPOG 1

- **Analyse base AUDIPOG : pas de sur-risque**
- **Enquête : variation des pratiques...**
- **Taux de cns moindre ds le grpe
« consensuel »**

Conclusion étude AUDIPOG 2

- L'analyse de la banque de donnée Audipog a été rapidement possible suite à la publication de Hannah et réalisée sans subvention.
- Les résultats de ces études ont été proches de l'enquête de cohorte nationale prospective réalisées par la suite.

Etude nationale prospective

- Inclusion : MFIU et ITG
- Témoins
- Déroulement étude : 1/6/2001-30/05/02
- Réalisation : par région
ex: Alpes = 16 centres

CS avt travail
4 790 (59,1%)

CS pdt travail
1 490 (18,4%)

Voie basse
1 828 (22,5%)

CS programmées
avec travail débuté
704 (8,7%)

CS pdt travail (avec
accord voie basse ?)
786 (9,6%)

**Groupe césarienne
programmée**
5 494 (67,8%)

**Groupe tentative
de Voie basse**
2 614 (32,3%)

Morbidité néonatale

(naissances vivantes hors malformations léthales)

	tentative de voie basse n = 2 553	césarienne programmée n = 5 514	p
Apgar à 5 mn < 4 AUDIPOG	4 (0,2) (0,09)	1 (0,02) (0,24)	0,02 0,58
Apgar à 5 mn < 7 AUDIPOG	37 (1,5) (1,18)	26 (0,5) (0,47)	<0,01 0,09
Intubation > 24 h	27 (1,1) 10 (0,4)	31 (0,6) 21 (0,4)	0,01 NS
Convulsion > 24 h	4 (0,2) 1 (0,2)	7 (0,1) 4 (0,1)	NS NS
HIV I-II	1 (0,04)	2 (0,04)	NS

**Mauvais état néonatal =
variable de synthèse = variable dans Hannah et al**

- **Exclusions :**
 - Malformations léthales / les 3 accouchements à domicile
- **Au moins un de ces critères présents =**
 - Décès per-partum ou néonatal
 - Score d'Apgar < 4 à 5 mn
 - Lésions neurologiques post-traumatiques
 - Intubation > 24 h
 - Convulsion > 24 h
 - HIV quel que soit le grade
 - Alimentation parentérale ou par sonde gastrique > 4 j
 - Réanimation NN > 4 j

Mauvais état néonatal

(naissances vivantes hors malformations léthales et accouchements à domicile)

	tentative de voie basse n = 2 553	césarienne programmée n = 5 514	p
Mauvais état néonatal	38 (1,5)	73 (1,3)	0,51
Mauvais état néonatal (hors motifs = patho fœtale et mater)	38/2508 1,5 %	51/5143 1,0%	0,05
Décès per-partum hors malf.	0	0	
Décès NN hors malf.	0	1	
Décès per post partum immédiat Audipog	0,08	0,11	0,99

Mauvais état néonatal comparaison avec les résultats de Hannah et al. et AUDIPOG

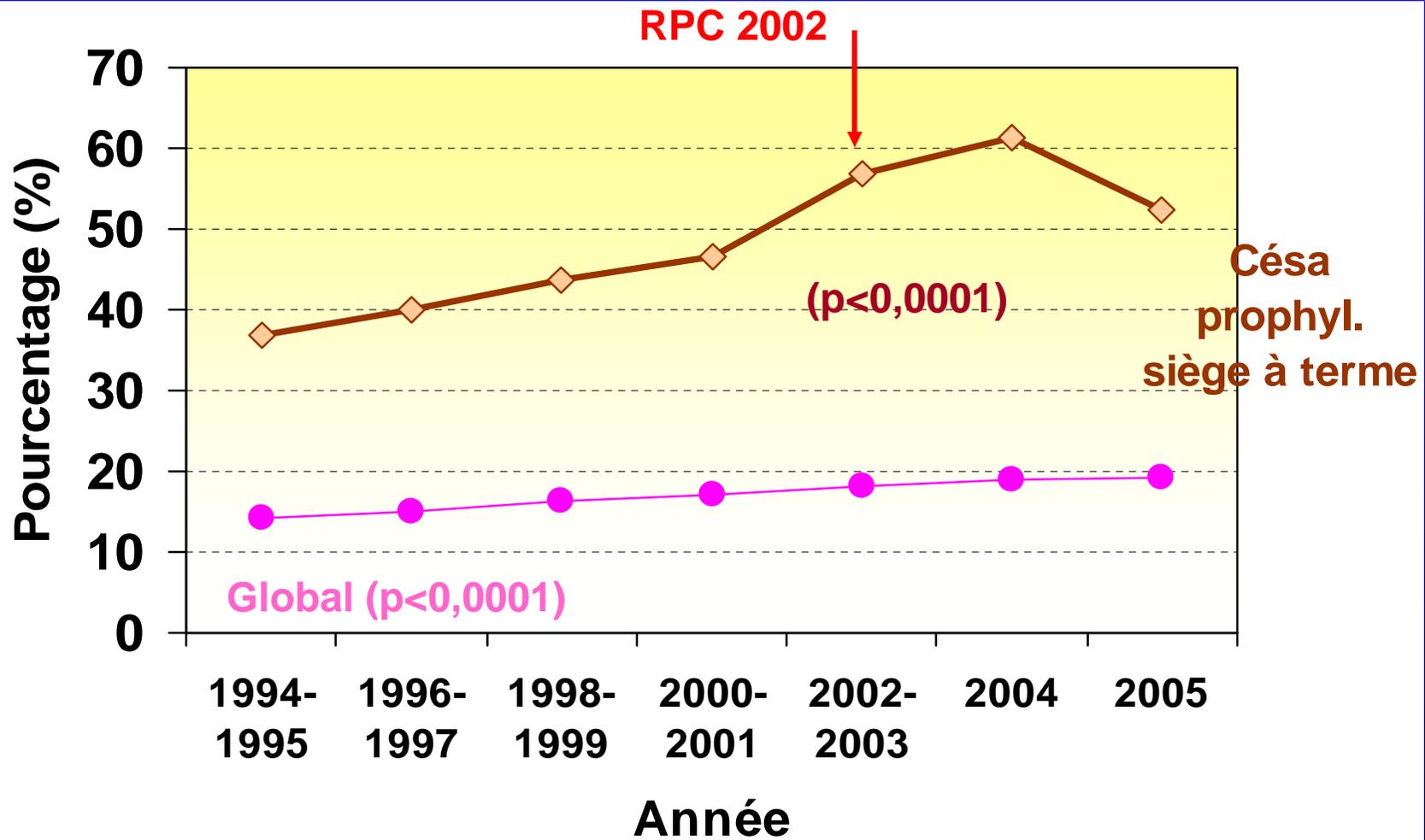
	tentative de voie basse %	césarienne programmée %	RR [IC 95 %]
Hannah total	5,0	1,6	3,0 [1,8-5,3]
Hannah pays « développés »	5,7	0,4	14,3 [3,4-50,0]
Hannah « pays en voie de développt »	4,4	2,9	1,5 [0,8-2,9]
PREMODA	1,5	1,3	1,1 [0,8-1,4]
AUDIPOG	2,3	1,9	1,2 [0,63-2,27] aOR 1,33 [0,63-2,80]

Conclusion Global sur le mode d'accouchement en cas de siège à terme

- On ne peut pas affirmer qu'il n'existe pas un sur-risque faible lié à la tentative de voie basse mais
- La différence entre les deux groupes et le niveau du risque néonatal en cas de tentative de voie basse sont très différents des résultats de Hannah et al dans les études françaises

**Les études Françaises ont-elles eu
un impact sur les pratiques ?**

Taux de césariennes entre 1994 et 2005



**La présentation du siège à terme
est-elle plus fréquente en cas
d'utérus cicatriciel ?**

Vendittelli F et al. Am J Obstet 2008

Introduction (1)

Le nombre de césariennes ne cesse ↑

Le % global de césariennes, en France, était de 16,3% en 1999, 17,6% en 2001 et 18,7% 2003 et 19,2% en 2005 (<http://audipog.net>).

Le % de césarienne prophylactique en présence d'un UC était de 34,2% en 1999, 36% en 2001, 37,7% en 2003 et 42,7% en 2005.

Introduction 2

Parmi les principales indications des césariennes on retrouve l'antécédent de césarienne, la dystocie, la souffrance foetale et la présentation du siège.

L'objectif de cette étude était de déterminer si la présentation du siège à terme était plus fréquemment retrouvée parmi les femmes ayant eu antérieurement une césarienne.

Matériel et méthodes (1)

Cette étude de cohorte historique (n = 84 688) a inclus des femmes avec une grossesse unique, à terme (> 37 SA) et ayant eu au moins un accouchement auparavant, entre 1994 et 2005.

Critères d'exclusion : mort fœtale in utero, fœtus porteur d'une malformation congénitale notamment cérébrale, un fœtus en présentation autre que céphalique ou siège et les IMG.

Matériel et méthodes (3)

Autres exclusions :

Les femmes présentant un antécédent de chirurgie utérine (autre qu'une césarienne) ou une tumeur praevia (fibrome, kyste de l'ovaire) ou une malformation utérine congénitale.

Les femmes pour lesquelles des données essentielles étaient manquantes.

Résultats (1)

2,46% des femmes ont eu un enfant en
présentation du siège à terme

14,91% des femmes avaient eu une
césarienne antérieure, ou plus

Résultats (2)

Le RR d'avoir un enfant en présentation du siège à terme pour les femmes ayant eu une césarienne dans leurs antécédents était de 2,18 (95%CI: 1,98-2,39).

Ce RR ne différait pas selon le nombre de césariennes antérieures.

La régression logistique prenant en compte les facteurs confondants (âge gestationnel, âge maternel, parité, poids de naissance et hydramnios) était de 2,12 (CI95%: 1,91-2,36).

Résultats (4)

Quand on limitait l'analyse multivariée aux femmes n'ayant pas eu de version par manœuvre externe (n=52 350), l'OR ajusté était de 2,52 (IC95%: 2,18-2,91).

Conclusion

- **Ainsi, en dehors des placentas accreta ou percreta, des grossesses ectopiques, des ruptures utérines en cours de travail lors de grossesses suivant une césarienne, qui sont des facteurs de risques à long terme connus des césariennes,**
- **l'augmentation de la présentation du siège à terme peut y être ajoutée.**
- **Il serait cependant souhaitable que ce résultat soit confirmé par d'autres travaux.**

Conclusion finale

- Une base de données comme celle de l'Audipog permet de répondre à une question avant que les pratiques ne soient modifiées suite à une RPC ou une publication.
- Rapidement et à un moindre coût.
- Pour autant, des études prospectives seront toujours nécessaires pour répondre à des questions dont les variables ne sont pas relevées en routine dans les bases de données existantes.