

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme
2020-2021

États des lieux de la Version par Manœuvre Externe à l'Hôpital
Mère Enfant de Limoges

Présenté et soutenu publiquement le 4 mai 2021 par

Braire Manon

Expert scientifique : Docteur COSTE-MAZEAU

Expert méthodologique : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD



Remerciements

A ma directrice de mémoire, le Docteur COSTE-MAZEAU pour m'avoir conseillée et guidée dans l'élaboration de mon mémoire.

A ma guidante Madame BLAIZE-GAGNERAUD, pour son implication, sa disponibilité, ses nombreuses lectures et relectures ainsi qu'à ses encouragements tout au long de l'année.

A ma famille, mes amis et Victor pour votre présence, votre soutien et votre réconfort.

A mes camarades de promotion, et tout particulièrement à Justine, Annaëlle et Margot, pour ces années d'études partagées.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Première partie : Introduction.....	8
1. La Version par Manœuvre Externe (VME).....	9
1.1. Définition	9
1.2. Les indications	9
1.3. Les contre-indications de la VME.....	9
1.4. Les conditions de réalisation de la VME	10
1.5. Technique	10
2. Recommandations nationales.....	11
3. Taux de réussite.....	11
Deuxième partie : Matériel et Méthode	13
1. Type d'étude	13
2. Population	13
3. Variables	13
4. Analyse statistique	13
Troisième partie : Résultats	15
1. Caractéristiques maternelles.....	15
1.1. Age.....	15
1.2. Parité.....	15
1.3. IMC.....	15
1.4. Prise de poids maternelle.....	16
2. Caractéristiques de la VME.....	17
2.1. Terme de la VME	17
2.2. Succès de la VME.....	17
2.3. Index de liquide amniotique (LA).....	18
2.4. Type de présentation fœtale	18
2.5. Côté du dos fœtal.....	19
2.6. Caractéristique de l'utérus	19
2.7. L'opérateur	20
2.7.1. Ancienneté de l'opérateur	20
2.7.2. Genre de l'opérateur	20
3. Caractéristiques des complications.....	21
4. Caractéristiques de l'accouchement	21
4.1. Mise en travail après la manœuvre	21
4.2. Age gestationnel moyen de l'accouchement.....	22
4.3. Mode d'accouchement au sein de la population	23
4.4. Présentation fœtale de l'accouchement par voie basse	24
4.5. Poids néonatal	24
4.6. Quantité des pertes sanguines	25
5. Comparaison des résultats selon l'issue de la VME	26
5.1. Résultats de la VME selon l'âge des patientes	26
5.2. Résultats de la VME selon la parité	27
5.3. Résultats de la VME selon l'IMC maternel.....	27
5.4. Résultats de la VME selon la prise de poids maternelle	28
5.5. Résultats de la VME selon l'âge gestationnel	28
5.6. Résultats de la VME selon l'index de liquide amniotique.....	29

5.7.	Résultats de la VME selon le type de présentation fœtale	30
5.8.	Résultats de la VME selon le coté du dos fœtal	30
5.9.	Résultats de la VME selon l'ancienneté de l'opérateur	31
5.10.	Résultats de la VME selon le genre de l'opérateur	31
5.11.	Résultats du mode d'accouchement selon l'issue de la VME	32
Quatrième partie : Analyse et Discussion		33
1.	Limite de l'étude	33
1.1.	Points faibles	33
1.2.	Points forts	33
2.	Taux de succès	33
3.	Facteurs de réussite	35
4.	Facteurs sans influence sur l'issue de la VME	37
5.	Mode d'accouchement	38
6.	Pronostic maternel	39
Conclusion		42
Références bibliographiques		43

Liste des abréviations

ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français

CU : contraction utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HDD : hémorragie de la délivrance

HME : Hôpital Mère-Enfant de Limoges

HRP : hématome rétro-placentaire

IMC : Indice de masse corporelle

LA : Liquide Amniotique

MFIU : mort fœtale in-utéro

RCIU : retard de croissance intra-utérin

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RPM : rupture prématurée des membranes

SA : semaine d'aménorrhée

VME : Version par Manœuvre Externe

Table des tableaux

Tableau 1 : Contre-indications à la version par manœuvre externe

Première partie : Introduction

A la naissance, près de 5% des enfants sont en présentation du siège (1). Or, l'accouchement d'un fœtus en siège reste sujet à controverse.

En 2000, l'étude randomisée d'Hannah (2) a entraîné de profondes modifications à l'échelle internationale quant à la prise en charge des accouchements par le siège en concluant que la programmation d'une césarienne était préférable à l'accouchement par voie basse d'un siège.

En 2004, l'étude PREMODA (3), réalisée en France et en Belgique a permis de réadapter la conduite à tenir en cas de présentation podalique.

Aujourd'hui, la Version par Manœuvre Externe (VME) est pratiquée pour tenter de diminuer le nombre de ces présentations. Elle consiste à essayer de positionner le fœtus en présentation céphalique par manipulation à travers la paroi abdominale de la mère.

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) recommande de la proposer systématiquement à partir de 36 semaines d'aménorrhée afin d'augmenter les chances de l'accouchement par la voie basse (4).

Toutefois, les auteurs ne s'accordent pas toujours sur les facteurs qui conditionnent la réussite de la manœuvre, car ce taux varie entre 21,8% et 50,6% selon les études (5)(6). D'après le CNGOF, il est de l'ordre de 50 à 60% (1).

Ce geste n'est toutefois pas dénué de risque. En 2015, une étude menée au Pays-Bas par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) montrait que sur un total de 2546 VME réalisées, le taux de complications était de l'ordre de 0,9%, représenté majoritairement par des anomalies du rythme cardiaque fœtal (7). Ces complications restent tout de même exceptionnelles (anomalie du rythme cardiaque fœtal, rupture prématurée des membranes, hématome rétro-placentaire (HRP), accouchement prématuré, saignement vaginal). Cependant, de part leurs sévérités, elles imposent le respect des contre-indications à la réalisation de la manœuvre (8).

En se basant sur les critères définis par le CNGOF, l'équipe obstétricale de l'HME de Limoges a rédigé un nouveau protocole de VME concernant la prise en charge des fœtus en présentation du siège.

1. La Version par Manœuvre Externe (VME)

1.1. Définition

La Version par Manœuvre Externe (VME) a pour but de transformer avant le travail une présentation du siège en présentation céphalique.

Au cours de cette manœuvre, les mains de l'obstétricien aident le fœtus à se retourner en manipulant doucement et progressivement ses fesses et sa tête à travers la paroi abdominale maternelle.

1.2. Les indications

La présentation du siège est la principale indication de cette manœuvre. Il s'agit de la présentation la plus fréquente après la présentation céphalique. Cette présentation podalique est à l'origine d'environ 20% du nombre total de césariennes (4). Plusieurs types de siège peuvent être caractérisés : le siège décomplété le plus fréquent (2/3 des cas), le siège complet et le siège semi-décomplété.

La VME peut également être proposée pour les positions transverses ou obliques.

Pour certaines équipes, lors de grossesses multiples, la manœuvre peut être réalisée sur le second jumeau en siège au moment de l'accouchement.

1.3. Les contre-indications de la VME

Jacques Lansac, dans son livre « Pratique de l'accouchement » (9) énumère des contre-indications absolues et relatives à la réalisation de la VME. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Absolues	Relatives
Rétrécissement pelvien avec accouchement par voie basse impossible	Malformations fœtales (spina bifida..)
Utérus multicatriciel	Rupture Prématuroe des Membranes (RPM)
Placenta praevia	Travail avéré
Souffrance foetale	Oligoamnios
Grossesse gémellaire	Utérus malformé ou unicatriciel
Refus de la patiente	

Tableau 1 : Contre-indications à la version par manœuvre externe

Toutes les pathologies avec un risque de transmission materno-fœtale telles qu'une sérologie HIV positive ou encore une hémorragie fœto-maternelle contre-indiquent la VME. En présence d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) sévère, sa réalisation reste controversée.

1.4. Les conditions de réalisation de la VME

Cette manœuvre se réalise le plus souvent à partir de 36 semaines d'aménorrhée (SA) afin de ne pas induire une prématurité. Selon C. Coppola (5), le terme moyen de sa réalisation serait de 36,7 SA.

De plus, il semble qu'une VME réalisée avant 36 SA ne soit pas utile car une rotation spontanée du fœtus peut encore se produire.

La patiente doit avoir reçu les informations nécessaires sur sa pratique, ses avantages, les risques d'échec et les complications potentielles. Une fiche d'information élaborée par le CNGOF doit être remise (1). Le consentement libre et éclairé doit obligatoirement être recueilli. En cas de refus, la manœuvre n'est pas réalisée.

Dans l'éventualité d'une césarienne en urgence en cas de complication, la version par manœuvre externe doit être faite à proximité d'un bloc obstétrical.

A l'HME de Limoges, la patiente est convoquée à jeun de préférence, une voie veineuse périphérique est posée à la patiente. Un bilan pré-opératoire récent est exigé avec une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).

Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal est effectué pendant 30 minutes avant la manœuvre. Une échographie de contrôle va permettre de vérifier les conditions de réalisation de la VME (quantité de LA, présentation, flexion de la tête fœtale, localisation placentaire, côté du dos fœtal).

Selon le CNGOF, un traitement utéro-relaxant serait recommandé pour permettre un meilleur relâchement utérin. Le repérage des pôles fœtaux et la manipulation seraient ainsi facilités. La survenue de contractions utérines induites par la manœuvre serait également limitée.

1.5. Technique

Classiquement, la patiente est en décubitus dorsal, vessie vide, les genoux peuvent être fléchis afin de favoriser le relâchement abdominal. La position Trendelenburg peut être envisagée de manière à refouler le fœtus vers le haut pour faciliter la manœuvre. L'opérateur se place latéralement à la patiente, de manière à empaumer le siège fœtal à l'aide d'une main, l'autre main va permettre d'accentuer la flexion de la tête fœtale. En premier lieu, la version est toujours réalisée dans le sens donné par la position du dos. Le siège fœtal est alors poussé vers le haut, la tête fœtale s'abaisse progressivement grâce aux mouvements de l'opérateur.

Lorsque les deux pôles s'inversent, un ressaut est ressenti, signe de réussite de la manœuvre. L'échographie permet ensuite de vérifier l'efficacité du geste.

En cas d'échec, une autre tentative peut être réalisée dans le sens inverse.

A la fin de la manœuvre, un enregistrement du rythme cardiaque fœtal est de nouveau effectué pour s'assurer de la bonne vitalité fœtale et du bon relâchement utérin.

En cas d'échec, certaines équipes proposent à la patiente une deuxième version la semaine suivante. Une discussion sur le choix de la voie d'accouchement sera faite avec l'équipe médicale, en accord avec la patiente (8) .

Dans notre centre, si celle-ci accepte l'accouchement voie basse, une pelvimétrie du bassin sera demandée. Dans le cas contraire, une césarienne sera programmée vers 39 SA.

2. Recommandations nationales

Concernant les présentations du siège, le CNGOF (1) et la Haute Autorité de Santé (HAS) (10) ont rédigé des recommandations de bonnes pratiques qui portent sur les critères à réunir pour accepter l'accouchement par voie basse :

- Une confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales
- Une absence de déflexion de la tête fœtale
- Une coopération de la patiente

Lorsque que l'ensemble de ces critères ne sont pas réunis, il est demandé aux équipes de proposer la version par manœuvre externe (VME) pour éviter la réalisation d'une césarienne prophylactique. D'après le CNGOF (11) « *la version par manœuvre externe doit être encouragée car elle permet d'augmenter le pourcentage de fœtus en présentation céphalique au moment de l'accouchement, et de diminuer le pourcentage de césarienne.* »

3. Taux de réussite

Les résultats concernant le taux de réussite varient selon les équipes de 21,8% (5) à 50% selon le CNGOF (1). Cette large variabilité s'explique par des critères d'inclusions différents (population d'étude, terme de réalisation, expérience de l'opérateur...).

A l'Hôpital Edouard-Hériot de Lyon, une étude observationnelle sur 1 an à partir de 78 cas a été réalisée en 2011 par M. Roux Chevalier et al (12). Le pourcentage de réussite était de 24,4% et l'auteur attribuait ce faible taux à une méthode de tocolyse inadaptée. En revanche, 84% des patientes pour lesquelles la manœuvre a été efficace ont pu accoucher par voie basse. G.Faron et A. Vokaer (13) ont retrouvé un taux de réussite de 37,6% parmi 439 VME

réalisées. Selon les auteurs, la réussite de la VME permettrait d'éviter une césarienne pour 5 à 6 versions tentées. Le Bret et Al (6), dans une étude menée à la maternité de Port-Royal, ont montré un taux de réussite de 50,6% pour les 237 versions réalisées. Les indications étaient les suivantes : fœtus unique, en siège ou en transverse à partir de 36 SA, eutrophe.

La problématique à laquelle nous avons souhaité répondre est : quels sont les résultats des versions par manœuvres externes pratiquées à l'hôpital mère enfant de Limoges ? L'objectif principal a été de faire un état des lieux de la VME dans notre établissement. Les objectifs spécifiques ont été de connaître le taux de réussite de la manœuvre, de mettre en évidence ses facteurs de succès et d'échec ainsi que ses complications potentielles.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de type observationnelle, descriptive, rétrospective et uni centrique menée à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges, maternité de type 3. L'étude a porté sur les patientes ayant bénéficié d'une VME à l'HME de Limoges de Mai 2018 à septembre 2020. Les patientes avaient la possibilité de s'opposer à l'utilisation de leurs données grâce au formulaire RC-E-200B envoyé en accord avec les directives de la Recherche et de l'Innovation du CHU de Limoges.

2. Population

L'échantillon est constitué de 85 patientes recueillies d'après les données informatisées de Filemarker®. Parmi elles, 1 patiente n'a pas été incluse en raison d'une pré-éclampsie sévère instable. Au total, 84 dossiers ont donc été analysés.

Critères d'inclusion :

- Patientes ayant bénéficié d'une VME et ayant accouché à l'HME de Limoges.
- Grossesse monofoetale
- Non-opposition des patientes
- Fœtus en siège ou en position transverse

Critères d'exclusion :

- Grossesses multiples
- Patientes ayant accouché en dehors de l'HME de Limoges.

3. Variables

Différentes variables ont été répertoriées. Elles portaient sur les caractéristiques maternelles (âge, prise de poids lors de la grossesse, indice de masse corporelle : IMC et parité), les caractéristiques de la VME (terme de la VME, quantité de LA, type de présentation fœtale, issue de la VME, expérience de l'opérateur, version spontanée), ses complications (ARCF, complications maternelles et obstétricales) et les caractéristiques de l'accouchement (mise en travail, terme et mode d'accouchement, type de délivrance, quantité des pertes sanguines, poids de naissance fœtal, mode d'accouchement).

4. Analyse statistique

Les statistiques ont été faites avec le logiciel « Excel® » et le logiciel « TGV biostat® » pour les tests statistiques. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyenne, d'effectifs ou de pourcentage. Les tests utilisés ont été le test de Chi-2 si les conditions d'applications étaient

respectées. Dans le cas contraire, ils ont été remplacés par le test exact de Fisher. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses correspond au risque α de 5% soit $p < 0,05$.

Troisième partie : Résultats

1. Caractéristiques maternelles

1.1. Age

La moyenne d'âge des patientes était de 32,75 ans (20 ans – 48 ans).

Pour les primipares, la moyenne d'âge était de 31,7 ans, de 32,8 ans pour les deuxièmes pares et de 35,5 ans pour les troisièmes pares et plus.

1.2. Parité

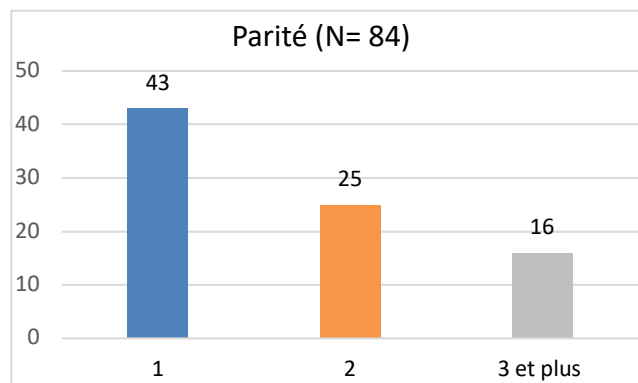


Figure 1 : Parité

Dans notre population, nous avons :

- 43 patientes primipares, soit 51,2%
- 25 patientes deuxièmes pares, soit 29,8%
- 16 patientes troisièmes pares et plus (≥ 3), soit 19%

La parité la plus élevée était de 7.

1.3. IMC

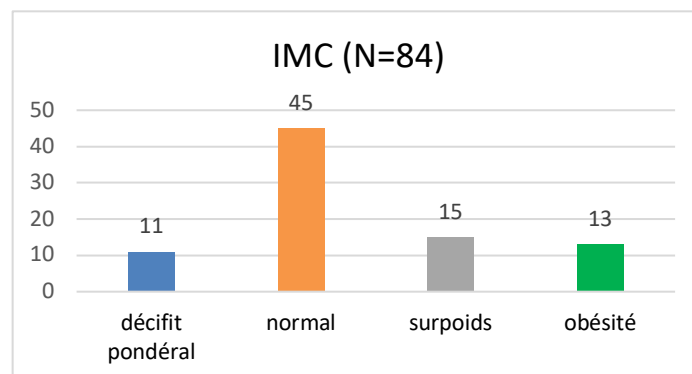


Figure 2 : IMC

Nous avons retrouvé :

- 45 patientes avec un IMC normal (entre 18,5 et 25), soit 53,6%
- 15 patientes en surpoids (entre 25 et 30) soit 17,9%
- 13 patientes en obésité (≥ 30) soit 15,5%
- 11 patientes en déficit pondéral (entre 16,5 et 18,5) soit 13,1%

1.4. Prise de poids maternelle

Parmi les 84 patientes, la répartition se traduit ainsi :

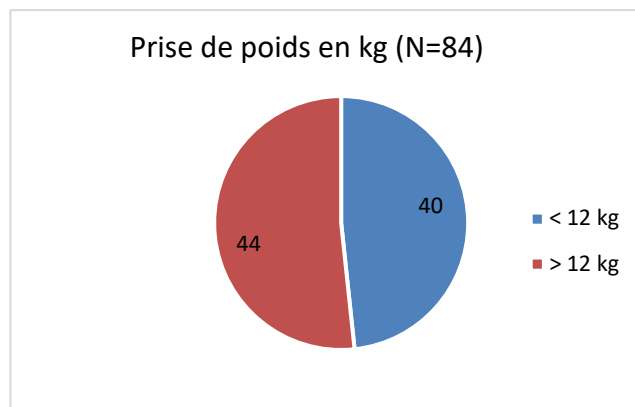


Figure 3 : Prise de poids maternelle

La prise de poids moyenne était de 10 kg avec un minimum de - 6kg et un maximum de 22,5 kg.

Au total, 40 patientes avaient pris moins de 12 kg, soit 47,6%.

2. Caractéristiques de la VME

2.1. Terme de la VME

Le protocole de service définit une période de réalisation optimale de la manœuvre située entre 36 SA et 37 SA.

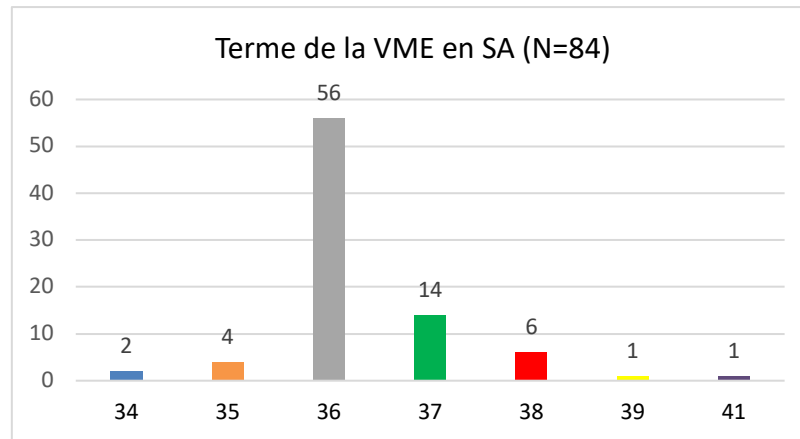


Figure 4 : Terme de la VME (SA)

Une majorité des VME ont été réalisées dans la 36^{ème} SA (soit 66,7%).

En moyenne, la VME a été tentée au terme de 36 SA + 3 jours. Elle a été réalisée à 34 SA + 4 jours pour le terme minimum et 41 SA pour le terme maximum.

2.2. Succès de la VME

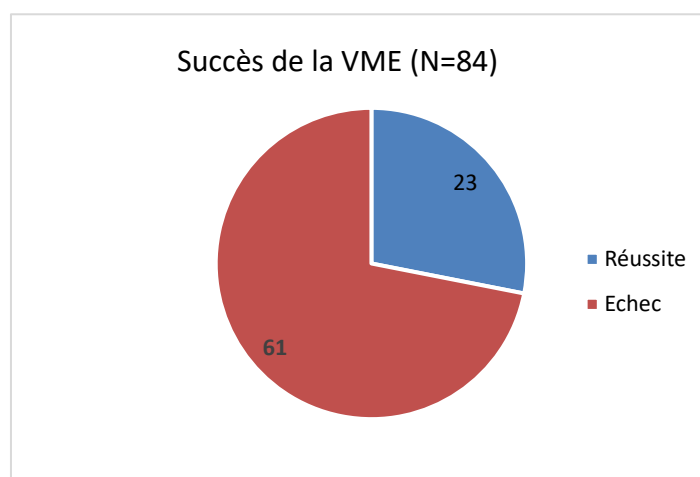


Figure 5 : Issue de la VME

Parmi les 84 VME tentées, 23 ont abouti à une présentation céphalique, soit un taux de réussite de 27,4%, 61 n'ont pas été réussies, soit un taux d'échec de 72,6%.

Parmi les 61 échecs de VME, 5 se sont versées spontanément par la suite soit 8,2%. Le nombre de tentatives au cours de la manœuvre n'a pas pu être interprété par défaut de données.

2.3. Index de liquide amniotique (LA)

L'index de LA n'a pas été mentionné dans 3 dossiers. L'effectif total est de 81.

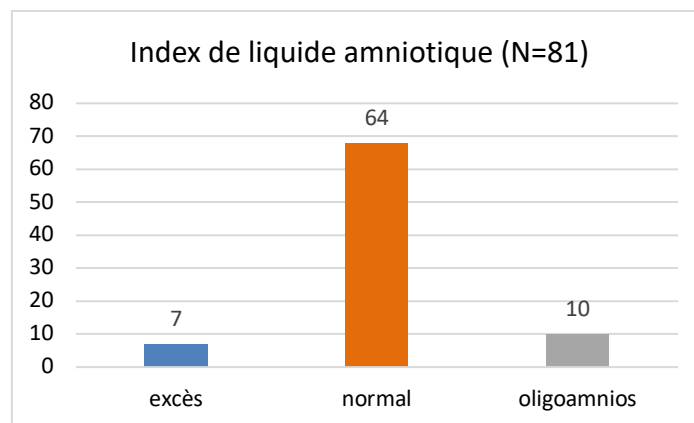


Figure 6 : Index de liquide amniotique

Soixante-quatre VME ont été tentées avec un index de LA normal (soit 79%). Malgré le fait qu'un oligoamnios soit une contre-indication relative à la réalisation de la manœuvre, nous avons retrouvé 10 VME réalisées dont 1 VME réussie.

2.4. Type de présentation fœtale

Le type de présentation n'a pas été mentionné dans 14 dossiers. Au total, l'effectif était de 70.

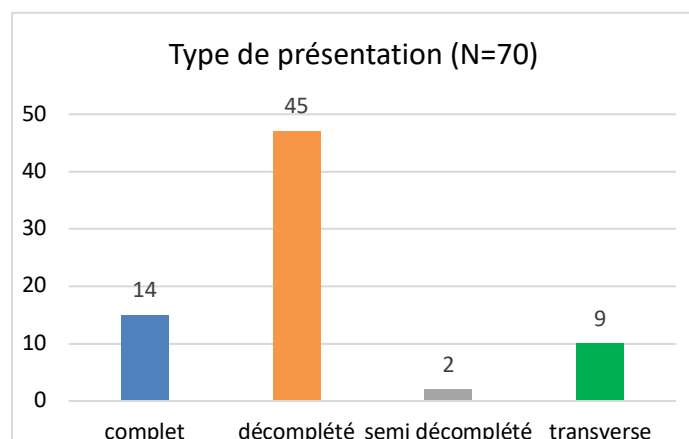


Figure 7 : Présentation du mobile fœtal

Nous avons retrouvé :

- 45 sièges décomplétés soit 64%
- 14 sièges complets soit 20%
- 9 positions transverses soit 13%

2.5. Côté du dos fœtal

Le coté du dos fœtal a été mentionné dans 78 dossiers. Sont répertoriées ci-dessous les différentes positions du dos fœtal :

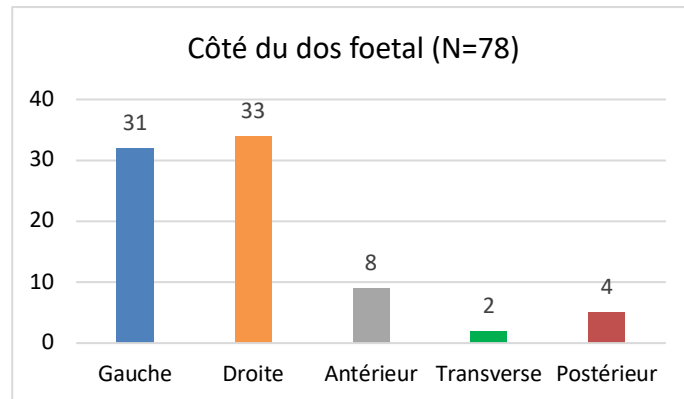


Figure 8 : Côté du dos fœtal

Nous avons noté :

- 33 dos à droite soit 42,3%
- 31 dos à gauche soit 39,7%
- 2 positions transverses soit 2,6%

2.6. Caractéristique de l'utérus

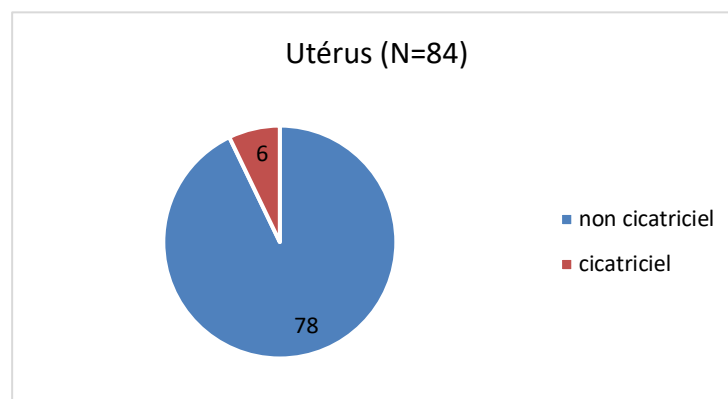


Figure 9 : Caractéristique de l'utérus

Soixante-dix-huit VME ont été tentées sur un utérus non cicatriciel (soit 93%). D'après les recommandations, un utérus uni-cicatriciel serait une contre-indication relative à la VME.

Dans notre population, 6 VME ont été tentées sur un utérus uni-cicatriciel sans impact sur la poursuite de la grossesse, 2 ont réussi.

2.7. L'opérateur

Par défaut de données, 10 VME n'ont pas été étudiées car elles étaient attribuées à un interne. Or, à l'HME de Limoges, les internes ne réalisent pas la manœuvre seuls. Nous avons répertorié 13 opérateurs différents. L'effectif était par conséquent de 74.

2.7.1. Ancienneté de l'opérateur

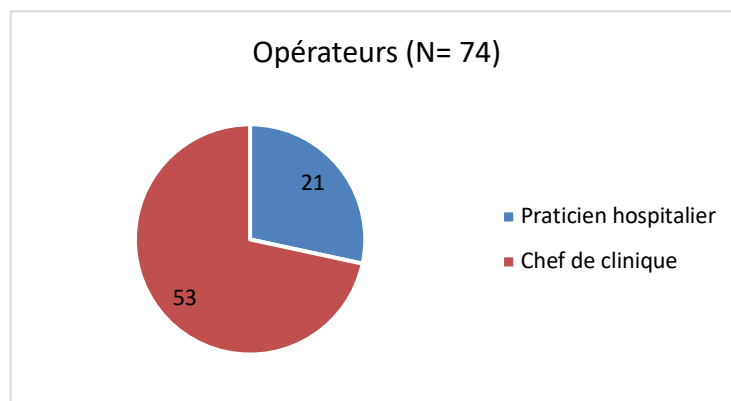


Figure 10 : Ancienneté de l'opérateur

Cinquante-trois VME ont été réalisées par des chefs de cliniques (soit 72%) contre 21 par des seniors (praticiens hospitaliers) soit 28%.

2.7.2. Genre de l'opérateur

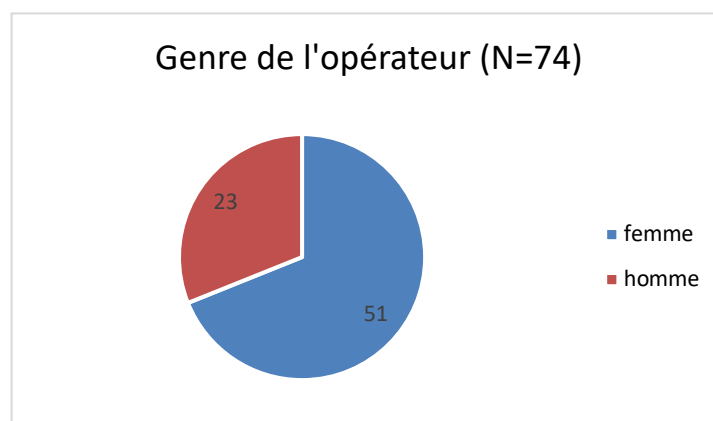


Figure 11 : Genre de l'opérateur

Cinquante et une VME ont été réalisées par une femme (soit 69%) contre 23 par un homme (soit 31%).

3. Caractéristiques des complications

Dans notre population, 16 complications ont été retrouvées (soit 19%), elles se composaient de :

- 3 ARCF nécessitant l'arrêt de la manœuvre
- 2 suspicions d'hémorragies materno-fœtale
- 1 suspicion d'HRP
- 1 rupture des membranes le lendemain de la manœuvre
- 9 signes de mauvaise tolérance à type d'inconfort, douleurs abdominales, céphalées et vomissements

4. Caractéristiques de l'accouchement

4.1. Mise en travail après la manœuvre

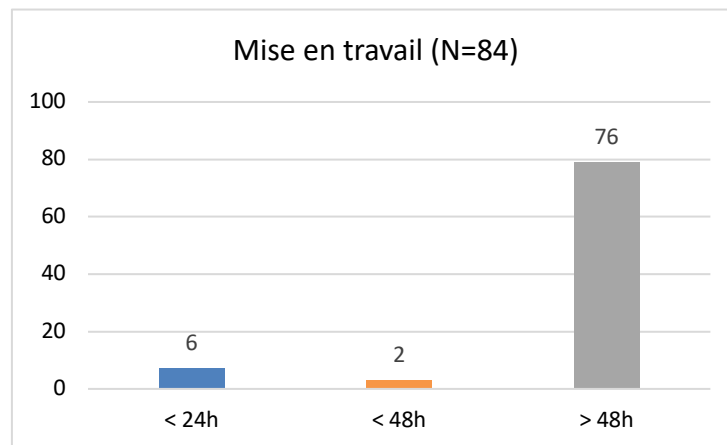


Figure 12 : Mise en travail des patientes après la manœuvre

Nous avons constaté que 76 patientes, soit 90% s'étaient mises en travail plus de 48 h après la manœuvre.

Parmi les 6 VME ayant abouti à un accouchement dans les 24 h, nous avons retrouvé :

- 2 découvertes de siège inopiné au-delà de 39 SA
- 1 suspicion HRP
- 2 césariennes en urgence pour oligoamnios
- 1 déclenchement par PROPESS® suite à une VME réussie à 38 SA et 6 jours

4.2. Age gestationnel moyen de l'accouchement

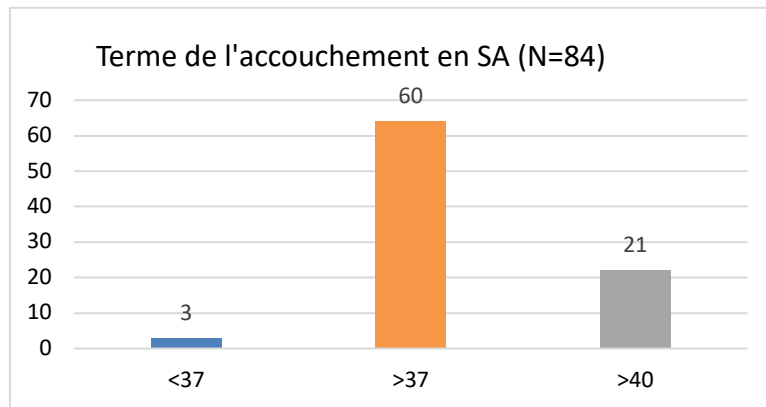


Figure 13 : Terme de l'accouchement

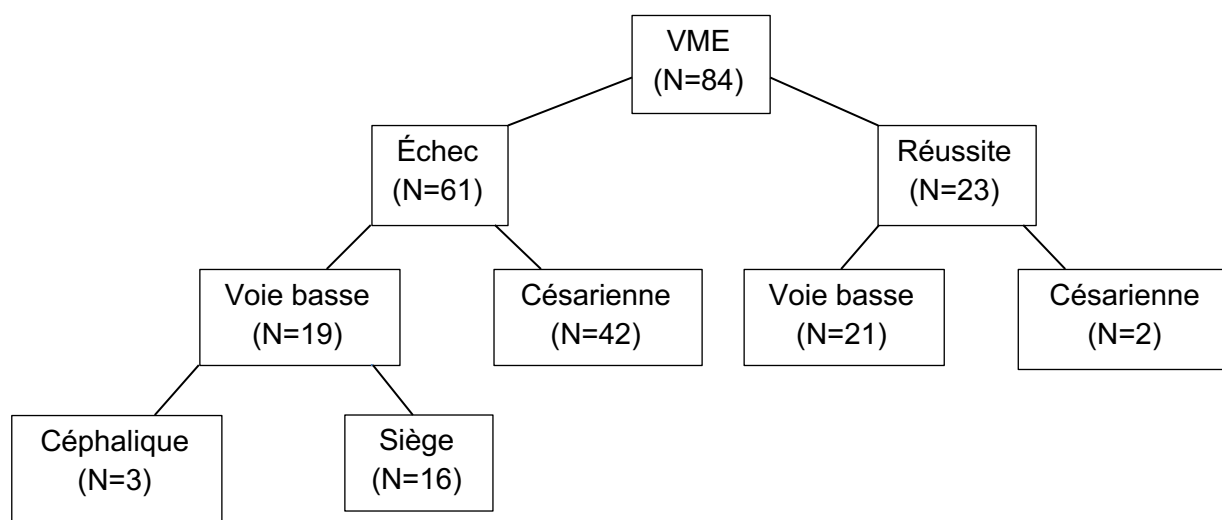
Le terme de l'accouchement au sein de notre échantillon se situait majoritairement au-delà de 37 SA (71,4 % soit 60 cas).

Pour 3,6 % des patientes, le terme de l'accouchement était inférieur à 37 SA soit 3 accouchements.

Pour 25%, le terme de l'accouchement était supérieur à 40 SA soit 21 accouchements.

Le terme moyen de l'accouchement était de 39 SA et 2 jours, avec un minimum de 36 SA + 4 jours et un maximum de 41 SA + 6 jours.

4.3. Mode d'accouchement au sein de la population



Dans le groupe « VME réussie (N=23) », nous avons :

- 21 accouchements par voie basse en présentation céphalique, soit 91% de l'effectif.
- 2 césariennes soit 9%

Dans le groupe « échec VME (N=61) », nous avons :

- 19 accouchements par voie basse soit 31,1 % dont
 - 3 accouchements en présentation céphalique correspondant aux versions spontanées soit 16%
 - 16 accouchements par voie basse en présentation podalique soit 84%
- 42 césariennes soit 68,9%

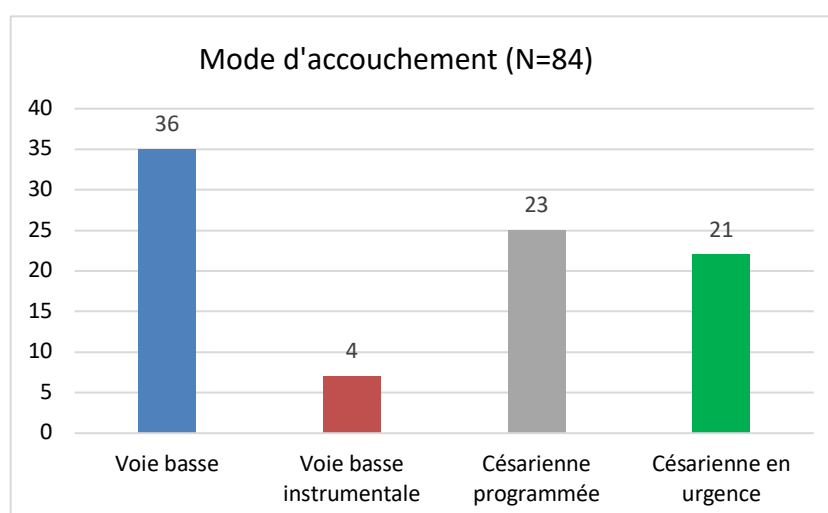


Figure 14 : Mode d'accouchement

Sur l'ensemble de la population, nous avons retrouvé :

- 40 accouchements par voie basse (soit 47,6%), dont 4 accouchements par voie basse instrumentale et 36 accouchements voie basse spontanée.
- 44 accouchements par césarienne (soit 52,4%), dont 23 césariennes programmées et 21 césariennes en urgence.

4.4. Présentation fœtale de l'accouchement par voie basse

Nous avons regroupé les accouchements voie basse du groupe VME réussie (N=21) et du groupe VME échec (N=19).

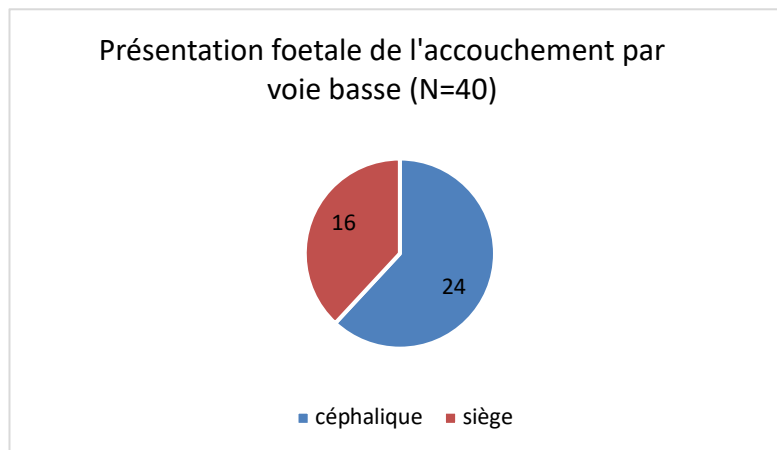


Figure 15 : Présentation fœtale de l'accouchement par voie basse

Parmi les 40 naissances par voie basse, la présentation était pour 60% céphalique (soit 24 cas) contre 40% podalique (soit 16 cas).

4.5. Poids néonatal

L'information était mentionnée dans 83 dossiers.

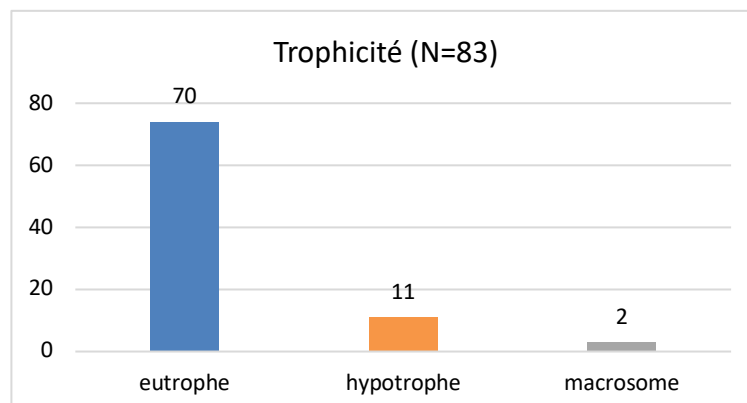


Figure 16 : Trophicité des nouveau-nés à la naissance

Nous avons :

- 70 nouveau-nés eutrophes soit 84,3%
- 11 nouveau-nés hypotrophes (<10^{ème} percentile selon la courbe Audipog) soit 13,3%
- 2 nouveau-nés macrosomes (>90^{ème} percentile selon la courbe Audipog) soit 2,4%

Le poids de naissance (en percentile) variait entre le 0,05 percentile et le 98,67^{ème} percentile, avec pour moyenne un poids de naissance au 41,68^{ème} percentile.

4.6. Quantité des pertes sanguines

Les pertes sanguines n'étaient pas renseignées dans 7 dossiers, l'effectif était de 77 cas.

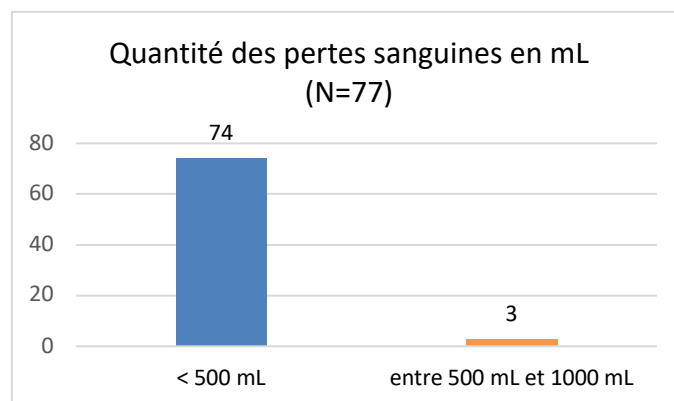


Figure 17 : Total des pertes sanguines à l'accouchement (ml)

La quantité des pertes sanguines était normale pour 74 patientes, soit 96%.

Trois hémorragies de la délivrance (saignements entre 500 ml et 1000mL dans les 24 heures suivant l'accouchement) ont été retrouvées (soit 4%).

Après avoir décrit la population, il semblait intéressant de comparer nos résultats en fonction de l'issue de la manœuvre.

5. Comparaison des résultats selon l'issue de la VME

5.1. Résultats de la VME selon l'âge des patientes

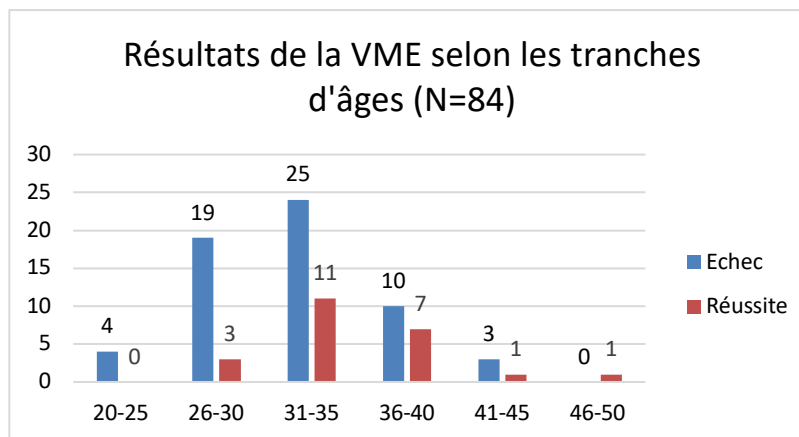


Figure 18 : Résultat de la VME selon l'âge des patientes (en années)

Onze VME (soit 30,6%) avaient été réussies dans la tranche d'âge des 31-35ans.
Sept VME (soit 41,2%) avaient été réussies dans la tranche d'âge des 36-40ans.
Avant 30 ans, 26 VME avaient été tentées, 3 avaient abouti à un succès soit 11,5%.

Nous avons comparé les différentes classes d'âges. Nous avons constaté qu'il y avait une différence à la limite de la significativité en terme de réussite de la manœuvre dans le groupe des 36-40 ans par rapport au groupe des 26-30 ans ($p=0,07$).

Cependant, nous n'avons pas trouvé de différence significative quant au taux de réussite entre le groupe des 31-35 ans et le groupe des 36-40 ans ($p=0,54$).

Nous avons constitué deux groupes afin d'augmenter la puissance de l'étude, à savoir < 30 ans et ≥ 30 ans. Nous avons retrouvé une différence significative avec un taux de réussite plus important après 30 ans et plus. ($p<0,01$)

5.2. Résultats de la VME selon la parité

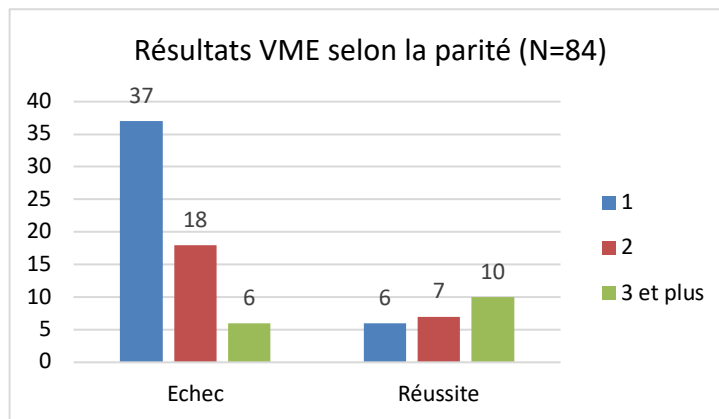


Figure 19 : Résultats de la VME selon la parité

La primiparité était majoritairement représentée dans notre population, soit 51,2%.

Nous avons retrouvé un taux de réussite de 14% chez les primipares contre 28% chez les deuxièmes pares et 62,5% chez les troisièmes pares et plus.

Nous n'avons noté aucune différence significative entre les primipares et les deuxièmes pares ($p=0,15$).

A l'inverse, une différence significative avait été notée entre les primipares et les troisièmes pares et plus ($p < 0,01$) et entre les deuxièmes pares et les troisièmes pares et plus ($p=0,028$).

Nous pouvons donc conclure que la parité ≥ 3 serait un facteur de réussite.

5.3. Résultats de la VME selon l'IMC maternel

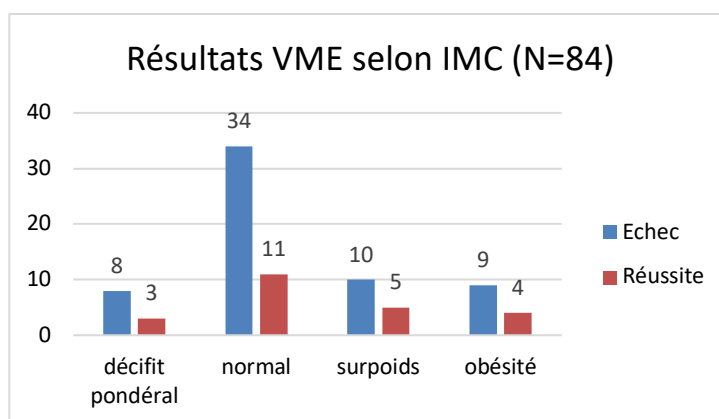


Figure 20 : Résultats de la VME selon l'IMC maternelle

Nous n'avons noté aucune différence significative entre les différentes classes d'IMC ($p=1$)

5.4. Résultats de la VME selon la prise de poids maternelle

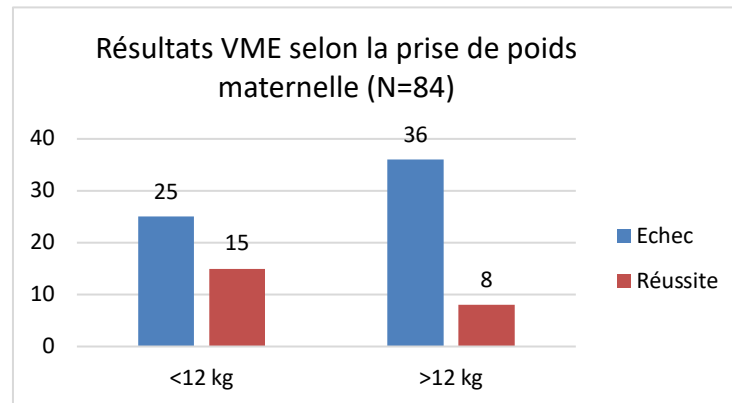


Figure 21 : Résultats de la VME selon la prise de poids maternelle (kg)

Dans le groupe « réussite » nous avons :

- 15 patientes (soit 37,5%) ayant pris moins de 12 kg
- 8 patientes (soit 18,2%) ayant pris plus de 12 kg

Nous avons retrouvé une différence significative entre le groupe « <12kg » et le groupe « >12kg » ($p=0,047$)

Nous pouvons donc conclure qu'une prise de poids inférieure à 12 kg serait un facteur de réussite de la VME.

5.5. Résultats de la VME selon l'âge gestationnel

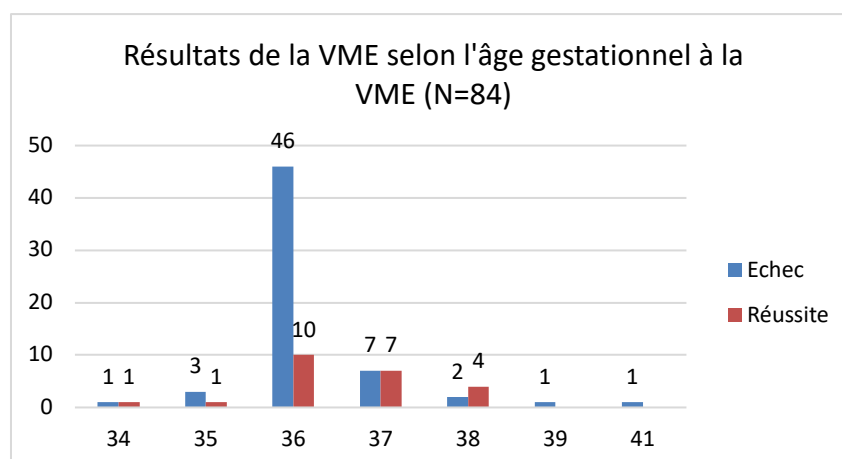


Figure 22 : Résultats de la manœuvre selon l'âge gestationnel de la VME (en SA)

La majorité des VME avait été réalisée à la 36^{ème} SA (66,7% soit 56 cas).

Sur les 23 versions réussies, 10 ont été réalisées lors de la 36^{ème} SA, soit 43,5%, 7 lors de la 37^{ème} SA, soit 30,4% et 4 lors de la 38^{ème} SA, soit 17,4%.

Nous avons retrouvé significativement plus de réussite lorsque la réalisation de la VME avait été faite à 37 SA plutôt qu'à 36 SA ($p=0,03$).

5.6. Résultats de la VME selon l'index de liquide amniotique

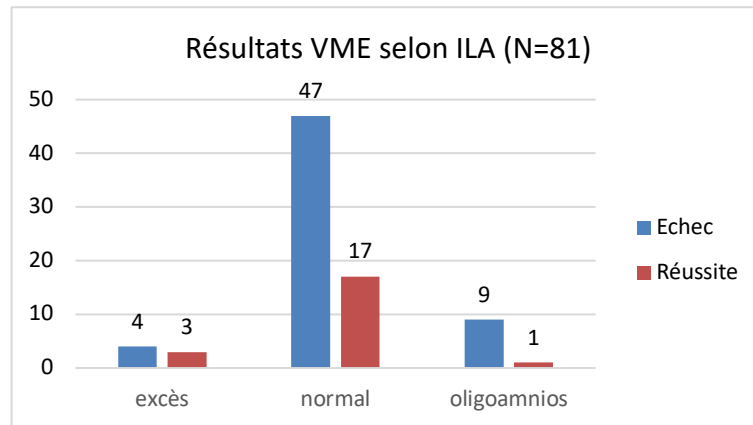


Figure 23 : Résultats de la VME selon l'index de liquide amniotique

Une majorité des versions avait été réalisée avec un index de liquide amniotique normal (79%), retrouvant un taux de réussite de 26,6%.

L'oligoamnios était peu représenté dans notre population du fait de sa contre-indication relative retrouvée dans la littérature. Nous notons 10 cas de tentatives de VME en cas d'oligoamnios, dont une seule réussite.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la réussite de la VME entre l'oligoamnios et un index de liquide amniotique normal ($p=0,43$), ni entre un excès de LA et un index de LA normal ($p=0,39$).

5.7. Résultats de la VME selon le type de présentation fœtale

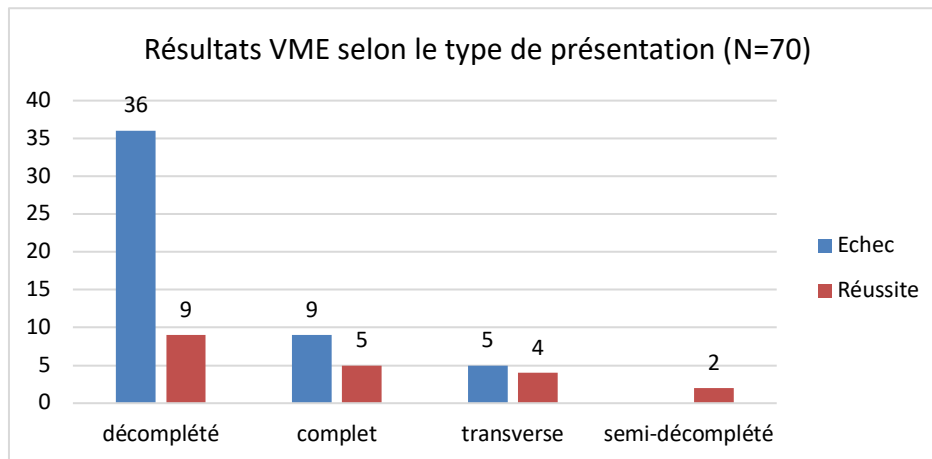


Figure 24 : Résultats de la VME selon le type de présentation fœtale

Dans notre population, la présentation du siège décomplété est la plus représentée. Le taux de réussite des sièges décomplétés est de 20%, contre 35,7% pour les sièges complets. Tous les sièges semi-décomplété quant à eux avaient abouti à un succès. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la réussite de la VME entre les sièges complets et les sièges décomplétés. ($p=0,22$)
De plus, parmi les 9 positions transverses, 4 d'entre elles avaient réussi soit 44,4%.

5.8. Résultats de la VME selon le côté du dos fœtal

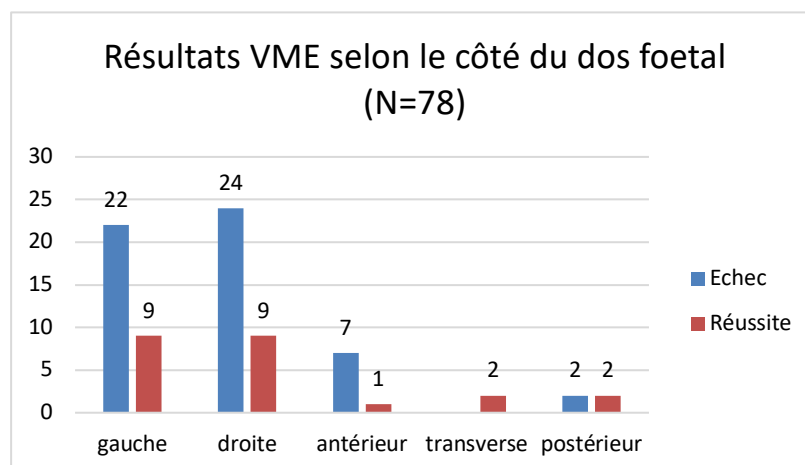


Figure 25 : Résultats de la VME selon le côté du dos fœtal

Une majorité des VME a été réalisée avec un dos à droite ou à gauche. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la réussite de la VME entre un dos à droite ou un dos à gauche ($p=0,74$)

5.9. Résultats de la VME selon l'ancienneté de l'opérateur

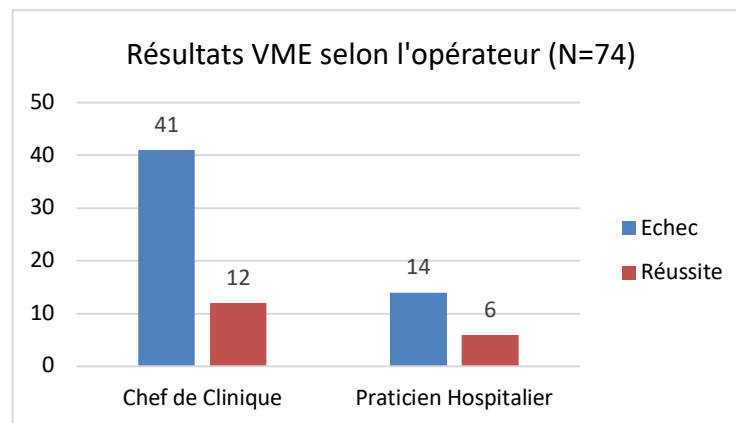


Figure 26 : Résultats de la VME selon l'ancienneté de l'opérateur

Une majorité des VME avait été réalisée par les chefs de cliniques, avec un taux de réussite de l'ordre de 22,6%.

Vingt VME avaient été faites par un médecin sénior, 6 avaient réussi soit 30%.

Nous n'avions pas retrouvé de différence significative concernant la réussite de la VME entre les chefs de cliniques et les praticiens hospitaliers. ($p=0,5$).

5.10. Résultats de la VME selon le genre de l'opérateur

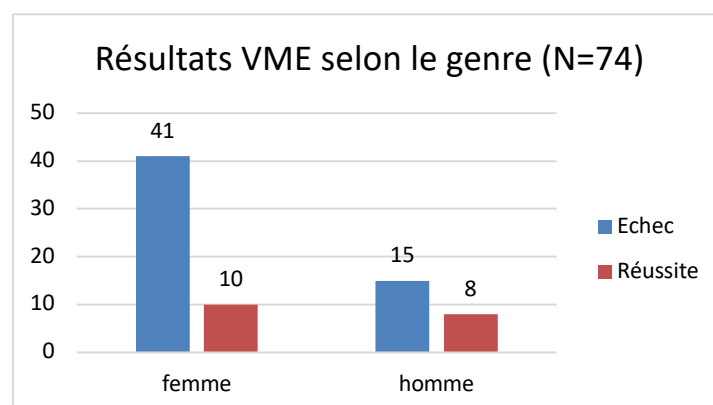


Figure 27 : Résultat de la VME selon le genre de l'opérateur

Cinquante et une VME ont été réalisées par une femme, 10 ont été réussies soit 16,4% de réussite.

Vingt-trois VME ont été réalisées par un homme, 8 ont été réussies soit 34,8% de réussite.

Le taux de réussite est statistiquement plus élevé lorsque la version est réalisée par un homme ($p=0,0158$).

5.11. Résultats du mode d'accouchement selon l'issue de la VME

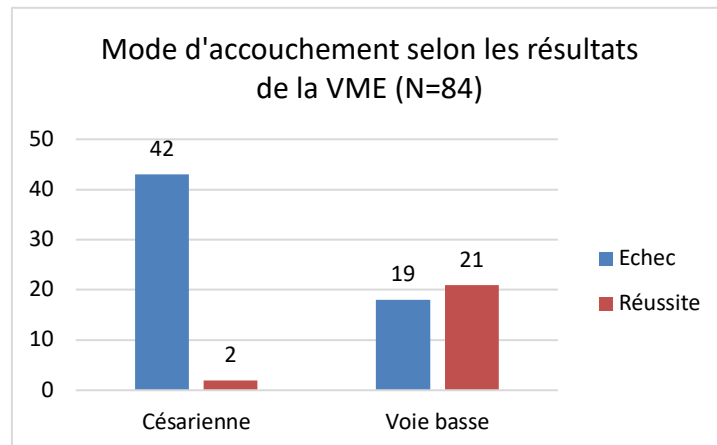


Figure 28 : Résultats de la VME selon le mode d'accouchement

91,3% des VME réussies avaient donné lieu à un accouchement voie basse. Les deux césariennes dans le groupe des versions réussies étaient que des césariennes en urgence pendant le travail dont l'indication était la procidence du cordon.

Dix-neuf accouchements voie basse avaient été retrouvés dans le groupe « échec VME » soit 31,1% de ce groupe.

Nous pouvons en conclure que lorsque la VME réussie, nous avons retrouvé statistiquement plus d'accouchement voie basse ($p= 8,539E^{-7}$)

Quatrième partie : Analyse et Discussion

1. Limite de l'étude

1.1. Points faibles

Nous avons été confrontés à différents biais. Tout d'abord, un biais de recrutement car notre population se composait seulement de 84 patientes. Nous ne pouvons par conséquent pas étendre nos résultats à la population générale. Notre étude manque donc de puissance ce qui entraîne une difficulté pour l'interprétation des facteurs de réussite ou d'échec. Toutefois, ce biais est à nuancer car les études françaises publiées sur la VME avaient un effectif proche du notre.

De plus, nous pouvons évoquer un biais d'information. Certaines données ont été difficiles à exploiter du fait d'un effectif parfois trop faible ou de données mal renseignées. Le codage de l'acte VME n'étant pas toujours bien effectué, nous ne pouvons donc pas prétendre avoir étudié tous les cas de versions de l'HME. De même, l'opérateur n'était pas toujours mentionné.

Par ailleurs, la pandémie de la COVID 19 a complexifié le recueil de données en retardant le début de l'étude.

1.2. Points forts

Cette étude a permis de faire un état des lieux sur la pratique de la version par manœuvre externe au sein de l'HME de Limoges. Peu de dossiers ont été non exploitables.

Les critères choisis nous ont permis de comparer nos résultats avec les études françaises et nous avons pu mettre en évidence un taux de réussite supérieur.

De plus, nous pouvons considérer cette étude comme innovante car il n'existait pas de données épidémiologiques concernant la VME à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges. Cette étude pourra peut-être servir de base pour une amélioration des pratiques professionnelles en ce qui concerne la VME.

2. Taux de succès

L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux de la VME, tout particulièrement de mettre en évidence les résultats à l'HME de Limoges. Notre taux de réussite était de 27,4%. Il est inférieur aux résultats énoncés par le CNGOF et retrouvés dans des études internationales, où ils varient de 25% à 85%, avec une moyenne proche de 50% (6)(4)(13). Selon le CNGOF (4), ces variations pourraient s'expliquer par les différences dans les populations étudiées, ainsi que par l'expérience de l'opérateur. Les études françaises, quant à elles, rapportaient des taux de réussite plus proche de notre étude.

En effet, l'étude de Dochez et al (14) menée au CHU d'Angers et de Nantes sur une population de 178 patientes entre janvier 2011 et décembre 2012 a mis en évidence un taux de réussite de 16,3%. Nous avons retrouvé une différence significative concernant le taux de réussite entre l'équipe de Dochez et la nôtre. Le taux de succès de Limoges est significativement meilleur ($p=0,03$).

L'équipe de Roux-Chevalier (12), à l'hôpital Edouard-Hériot de Lyon en 2007-2008, a retrouvé un taux de succès de 24,4% sur 78 VME tentées. L'auteur attribuait ce faible taux de succès à une méthode de tocolyse inadaptée. Dans notre étude, la tocolyse n'avait pas été étudiée car le protocole de service ne stipulait pas sa réalisation systématique en 2018. Dans l'étude de Dochez à Angers (14), aucune tocolyse n'avait été réalisée pour la même raison que la nôtre.

Coppola et al (5), en 2016 à Besançon, ont retrouvé un taux de réussite de 21,8% sur 165 VME réalisées entre janvier 2011 et décembre 2013. Selon eux, ce faible taux de réussite pouvait s'expliquer par l'expérience de l'opérateur puisque la tentative de version avait été réalisée dans 70% des cas par un chef de clinique-assistant ou par un interne.

En effet, il semblerait que le succès de la VME soit opérateur-dépendant et augmenterait avec l'expérience. Ainsi, les hôpitaux universitaires comporteraient souvent plus d'échecs que les séries où toutes les versions étaient réalisées par le même opérateur entraîné. Dans notre étude, treize opérateurs ayant tenté la VME ont été répertoriés. Certains n'avaient réalisé qu'une seule VME. Deux tiers de nos versions ont été réalisées par les chefs de cliniques. Cependant, aucune différence significative pour l'opérateur n'avait été retrouvée tout comme M. Roux Chevalier et al (12). Nous pouvons penser que le taux de réussite serait meilleur si la VME était systématiquement réalisée par un opérateur expérimenté.

Thunedbord et al (15), au Danemark, évaluaient les résultats de 316 VME et retrouvaient un taux de réussite de 35 %. Ils mettaient en évidence une diminution du taux de succès lorsque la version n'était pas réalisée par un opérateur expérimenté.

La réalisation de la version demande un apprentissage et surtout une pratique régulière du geste afin de maintenir une certaine maîtrise technique. Il semble toutefois que l'apprentissage de la VME soit rapide. Dans une étude portant sur 80 VME réalisées dans un hôpital universitaire, Teoh et al (16) constataient que l'évolution du taux de succès pour les médecins en formation atteignait un plateau dès les 20 premières manœuvres, permettant de penser que la transmission des bases nécessaires était rapide.

Notre étude a montré une différence significative lorsque la version était réalisée par un homme plutôt que par une femme ($p=0,0158$). Cependant, nos deux groupes étaient très hétérogènes car le nombre d'opérateurs masculins était beaucoup moins important. La

diversité des opératrices féminines pourrait expliquer ce résultat et ne serait donc pas en lien direct avec l'issue de la VME. Aucune publication sur le genre de l'opérateur a été retrouvée, cependant il nous semblait intéressant de souligner cette donnée.

Par ailleurs, nous pouvons penser que la différence significative était sûrement due à la taille de notre effectif car une récente étude néerlandaise retrouvait un taux de succès pouvant atteindre les 47% lorsque la VME était réalisée par une sage-femme entraînée, c'est à dire après une formation spécifique de 3 jours (7).

3. Facteurs de réussite

Nous avons souhaité mettre en évidence les facteurs de réussite et d'échec de la VME. Nous avons donc étudié différents critères afin de répondre à cet objectif.

Le terme de réalisation de la VME

Nous avons considéré le terme de réalisation de la VME. Elle est majoritairement réalisée au cours de la 36^{ème} SA. Cette donnée est en rapport avec les recommandations du CNGOF(4) qui recommande de la réaliser avant 37 SA. A un terme supérieur, sa réalisation exposerait à de plus grandes difficultés techniques telles qu'une diminution de la quantité de liquide amniotique ou une augmentation du poids fœtal. A l'inverse, une version réalisée à un terme trop précoce exposerait davantage au risque de prématurité induite en cas de nécessité d'extraction fœtale en urgence et pourrait être inutile car elle anticiperait une éventuelle version spontanée.

Les deux tiers des versions tentées entre 36 et 37 SA révolues ont été réussies avec un taux supérieur lors de la 37^{ème} SA à raison d'une version réussie sur deux. Nous avons retrouvé significativement plus de réussite lorsque celle-ci était réalisée à 37 SA plutôt qu'à 36 SA ($p=0,03$).

Dans l'étude de Coppola(5), 83,6% des VME étaient réalisées à 36 et 37 SA mais l'auteur ne retrouvait aucune différence significative quant au terme de réalisation de la manœuvre.

Pourtant, selon Hutton et al (7), le terme idéal pour la réalisation de la VME serait avant 37SA. L'auteur avait réalisé une étude randomisée multicentrique comparant l'efficacité de la VME à 34-36 SA à celle de 37-38 SA. Ses résultats mettaient en évidence que la réalisation de la VME à 34-35 SA augmentait probablement les présentations céphaliques à l'accouchement, mais que cela ne diminuait pas le taux de césarienne. De même, Korman (17) retrouvait une augmentation du taux de réussite lorsqu'elle était réalisée avant 37 SA (RR 27).

Toutefois, lors de la 38^{ème} SA, la version mérite tout de même d'être tentée car deux tiers des versions ont réussi. Cette réussite peut être expliquée par le fait que la majorité des patientes était des multipares ou parce que le fœtus était en position transverse. Dochez va dans ce

sens avec un taux de succès plus élevé à partir de 38 SA ($p < 0,01$) (14). L'auteur attribuait ce résultat à un biais de recrutement. Dans la population de version après 38 SA, 23,5% des fœtus étaient en position transverse alors qu'ils n'étaient que 6,2% dans la population de version avant 38 SA. Une différence significative était retrouvée entre ces deux populations ($p = 0,04$). L'analyse des études montre qu'il n'existe pas de consensus concernant le terme de réalisation.

La prise de poids maternelle

Notre étude a montré qu'une prise de poids inférieure à 12 kg augmentait le taux de réussite de la VME ($p = 0,047$). Nous pouvons l'expliquer en raison d'une plus grande facilité pour l'obstétricien à maintenir le fœtus lors de la manœuvre. Nous pouvons donc conclure qu'une prise de poids maternelle inférieure à 12kg serait un facteur de succès, comme le suggéraient T. Le Bret et al (6) et G. Faron (13) ($p < 0,05$).

Kok (18), dans une première méta-analyse, évoquait qu'un poids maternel inférieur à 65 kg était un facteur de réussite (OR 1,8 ; IC 95% 1,2-2,6). Or, dans notre étude, nous n'avons pas pris en compte le poids en valeur absolue mais l'IMC pour lequel aucune différence significative n'a été retrouvée ($p = 1$). Le poids des patientes ne jouerait pas un rôle dans l'issue de la VME, contrairement à la prise de poids. Pour Coppola et al (5), aucune différence significative concernant l'IMC maternelle ($p = 0,89$) et concernant la prise de poids ($p = 0,51$) n'a été retrouvée. Il en est de même pour l'étude de Dochez (14).

La parité

Notre étude était composée en majorité de primipares. Elle a montré que la multiparité était un facteur de réussite de VME ($p = 0,0047$). En effet, la souplesse de l'utérus des multipares rendrait la manœuvre plus facile.

Dans une méta-analyse de 2011, la Cochrane évoquait un Odd-ratio à 3,5 concernant la réussite chez la multipare comparée à la primipare (IC 95% (2,3-2,8)) (5).

Dans l'étude de Dochez et al (14), 62,2% de primipares étaient recensées au CHU de Nantes contre 36,4% à Angers ($p < 0,01$). L'auteur concluait aussi que la multiparité était un facteur prédictif de succès ($p < 0,01$). A l'inverse, pour Coppola et son équipe (5), aucune différence significative concernant la parité a été mentionnée ($p = 0,34$). Son étude était également majoritairement composée de primipares.

De plus, nous pouvons faire un lien entre la parité et l'âge maternel de notre population. Nous avons comparé les différentes classes d'âges. Les VME avaient tendance à réussir davantage dans le groupe des 36-40 ans que dans le groupe des 26-30 ans ($p = 0,07$). Nous pouvons

expliquer ce résultat par la composition du groupe des 36-40 ans qui est majoritairement constitué de multipares alors le groupe des 26-30 ans comporte peu de multipares.

4. Facteurs sans influence sur l'issue de la VME

Nous avons étudié d'autres facteurs pensant qu'ils pourraient influencer l'issue de la manœuvre mais aucune différence significative n'a été retrouvée. Nous nous sommes intéressés au type de présentation fœtale, au côté du dos fœtal et à l'index de liquide amniotique.

La présentation fœtale

Notre population était majoritairement composée de sièges décomplétés et en moindre proportion de sièges complets. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre ces deux types de présentations concernant la réussite de la VME ($p=0,22$).

Selon T. Le Bret et al(6), ils avaient constaté que les sièges complets étaient versés plus facilement que les sièges décomplétés. Selon eux, le pourcentage de succès du siège complet était de 57,1% et de 40,6% pour le siège décomplété ($p<0,01$).

M. Kok et al (19) confirmaient ces résultats à propos des sièges complets comme facteur de réussite (OR = 2,3 ; IC 95 % (1,9 - 2,8)).

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les sièges complets font un bloc plus homogène qui faciliteraient la manipulation lors de la version.

Dochez et al (14) ne retrouvait pas de différence significative concernant les deux types de présentation du siège ($p=1$). Par contre l'auteur relevait que la position transverse était plus favorable à la réussite de la manœuvre ($p<0,01$). Pour notre part, deux versions ont été réalisées sur des positions transverses et toutes les deux ont abouti à un succès. Nous pouvons supposer que l'augmentation du taux de réussite des VME en position transverse pourrait être liée à une plus grande facilité dans l'exécution du geste. En effet, il semblerait plus facile et moins douloureux pour la patiente de réaliser un quart de tour au fœtus plutôt qu'un demi-tour.

Par ailleurs, notre étude a montré qu'il y avait presque la même proportion de position de dos fœtal à droite qu'à gauche. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon la position du dos fœtal quant à la réussite de la VME ($p=0,74$). Pourtant, G.Faron et al (13) retrouvaient qu'une position fœtale avec un dos à droite était un facteur de réussite ($p< 0,05$).

La quantité de LA

La majorité de la population avait un index de liquide amniotique normal.

Toutefois, la VME n'a été réalisée que rarement en cas d'oligoamnios. L'interprétation des données doit donc rester prudente.

L'échec ou la réussite de la version n'était pas en lien avec la quantité de LA, qu'elle soit normale ou en insuffisance ($p=0,43$) mais aussi que la quantité de LA soit normale ou en excès ($p=0,39$). Nos résultats semblent rejoindre ceux de Dochez et al (14) puisque cette équipe n'a pas montré de différence significative entre les échecs et les réussites de la version selon la quantité de LA ($p=0,51$).

Haas (20), dans son étude de 2005, n'avait pas mis non plus en évidence de différence significative en fonction de la quantité de LA mais il évoquait qu'une quantité inférieure à 10 cm était un facteur facilitant la version. A l'inverse, Kok (19), dans une deuxième méta-analyse, évoquait qu'une quantité de LA supérieure à 10 cm était un facteur de réussite (OR 1,8 ; IC 95% 1,5-2,1). Nous ne pouvons pas comparer nos résultats à cette donnée car nous n'avons pas constitué nos groupes autour de la valeur d'un index de LA à 10.

5. Mode d'accouchement

Succès de la VME

Dans notre étude, sur l'ensemble des versions tentées, près de la moitié ont abouti à un accouchement voie basse. Les VME réussies se terminent très majoritairement par un accouchement voie basse alors que près d'un tiers seulement des échecs de VME accouchent voie basse ($p= 8,539E^{-7}$).

Le taux de réussite du groupe « succès » est supérieur à celui des études françaises. Dochez et son équipe (14) retrouvaient 75,9% d'accouchement en présentation céphalique et l'équipe de Lyon 81,4% (12).

Nous avons observé deux césariennes dont l'indication était la procidence du cordon. Nous n'avons pas trouvé de publication à propos de cet incident après une version. Nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe un lien ou non entre la manœuvre et la procidence du cordon. Nous pouvons seulement préciser que ces deux incidents ont eu lieu dans les semaines suivant la manœuvre.

Échec de la VME

Lorsque la version a échoué, un quart des patientes a accouché par voie basse. La présentation était podalique dans les trois quarts des accouchements voie basse. Dans le

groupe échec, la grande majorité des patientes ont bénéficié d'une césarienne. Pour la moitié d'entre elles, l'indication était le refus d'accoucher par la voie basse d'un siège.

Nous pouvons penser que l'accouchement voie basse du siège est un facteur inquiétant pour les primipares, population majoritaire dans notre étude.

Au total, nos résultats montrent que lorsque la VME est tentée, les patientes ont quasiment une chance sur deux d'accoucher par voie basse.

T. Le Bret et al (6), avaient réduit de 20,5% le taux de césarienne global dans leur population. Nous avons calculé notre taux de réussite de la même manière que cet auteur. Dans notre étude, la VME diminuerait de 16,5% le taux de césarienne global. M. Roux-Chevalier (12) retrouve une baisse comparable à notre donnée puisque la manœuvre avait permis de réduire de 16% le taux de césarienne. Par contre, Dochez mettait en évidence une baisse de 7,9% seulement (14).

Seul C. Coppola et son équipe (5), concluaient que la VME n'avait pas permis de réduire le nombre de présentation podalique à l'accouchement, ni le taux de césarienne par rapport aux patientes ne bénéficiant pas de VME.

En conclusion, la version serait efficace pour réduire le nombre de présentation podalique à terme ainsi que le taux de césarienne.

6. Pronostic maternel

Nous n'avons retrouvé aucune complication maternelle majeure suite à la réalisation de la manœuvre sauf une suspicion d'HRP dont l'origine en faveur de la version reste incertaine.

D'après la littérature, le taux de complications varie de 1 à 2% pour les complications dites sévères (rupture utérine, HRP...) et jusqu'à 39% si l'on considère les anomalies du rythme cardiaque fœtal au cours de la VME (6).

Les anomalies du rythme cardiaque fœtal

Trois patientes ont présenté un ralentissement transitoire (soit 3,6%), sans complication par la suite. Ce type de complication est le plus fréquemment retrouvé dans les publications. Deux auteurs, Bret (6) et Coppola (5), ont mis en évidence des résultats proches de notre taux de complications.

En effet, selon Bret et al (6), 3,4% d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ont été rapportées sans lien significatif avec l'issue de la VME ($p=0,168$). Coppola et al (5) retrouvaient 3% d'anomalies du RCF. Par contre, Roux Chevalier et son équipe (12) évoquaient des données deux fois supérieures de l'ordre de 6,4%. Les auteurs s'accordaient pour dire que les

anomalies du RCF étaient associées à l'issue de la VME, à sa difficulté et retrouvées plus souvent chez les primipares. G. Faron et al (13) confirmaient ces résultats.

Dans notre étude, nous avons noté que ce type de complications a été retrouvé lors d'un oligoamnios et chez les primipares.

Inconfort de la patiente

Dans de nombreux cas, la VME serait redoutée par les patientes par son caractère désagréable voire douloureux. En effet, de façon plus fréquente, nous avons retrouvé des inconvénients tels que l'inconfort ressenti par la patiente, la chute de tension artérielle, les douleurs abdominales ou encore les vomissements. La prévention de ces complications résiderait dans la douceur de la manœuvre. Malgré tout, l'opérateur est obligé d'exercer une pression sur la paroi abdominale pour maintenir le fœtus afin de réaliser la version.

Fok et al (21) , dans une étude portant sur 98 VME, constataient que la VME pouvait être une expérience douloureuse et stressante pour les patientes. L'auteur précisait que la douleur ressentie était d'autant plus importante que la procédure était difficile.

Pichon et al (22), en Suisse, montraient que 70% des patientes décrivaient la manœuvre comme étant une intervention angoissante quelle que soit son issue ($p=0,003$). La douleur moyenne de cette étude était évaluée à 6/10 selon l'échelle visuelle analogique.

Cependant, notre étude étant rétrospective, nous n'avons pas pu étudier davantage de critères sur le vécu des patientes.

L'hémorragie materno-foetale

Dans notre série, deux patientes ont présenté des métrorragies post VME sans complication et ont bénéficié d'un test de kleihauer. Celui-ci était revenu négatif pour chacune d'entre elles.

En effet, la manœuvre peut être à l'origine de passage des hématies fœtales dans le sang maternel. Une dose de gamma globulines anti-D est administrée aux patientes de rhésus négatif en prévention de l'allo-immunisation anti-D. Un test de kleihauer permet d'évaluer ce risque.

D'après T. le Bret et al (1), le test de kleihauer s'est révélé positif chez 6 patientes de son étude, sans complication par la suite. Pour l'auteur, la positivité du test ne semble pas être liée à la version ($p=0,17$) car le contrôle du RCF était stable dans les heures suivantes.

De plus, une minorité d'hémorragie de la délivrance (HDD) a été mentionnée. Nous avons comparé notre taux d'hémorragie de la délivrance après une VME tentée avec le taux global d'hémorragie de la délivrance de l'HME sur la même période. Nous retrouvons un taux

similaire de 3,4% pour nos deux populations. Il semblerait que la VME n'ait pas d'impact sur les hémorragies de la délivrance.

L'utérus cicatriciel

Une minorité de VME a été tentée sur un utérus uni cicatriciel et aucune complication n'a été déplorée par la suite. Pourtant, nous pouvons penser que la version qui consiste à manipuler le fœtus à travers la paroi abdominale pourrait entraîner des complications sur un utérus fragilisé par une cicatrice, avec un risque de rupture utérine.

Toutefois, les recommandations du CNGOF de 2013 (4) précisent que le taux de rupture utérine n'est pas majoré en cas de tentative de VME, et qu'elle peut être proposée aux patientes ayant un utérus uni cicatriciel. Les études publiées sur ce sujet vont dans ce sens en ne retrouvant pas de complication majeure après une version pour les patientes présentant un utérus uni-cicatriciel. Nos résultats ne seraient pas en faveur de complications après une VME et sembleraient rejoindre les données de la littérature.

G. Faron et al (13) retrouvaient un taux de réussite plus faible lorsque la version été réalisée sur un utérus cicatriciel, tandis que Dochez el al (14) ne montraient pas de différence significative ($p=0,48$). Dans tous les cas, ils ne mettaient pas en évidence de risque majoré de pathologies.

Au final, nous pouvons constater que les complications maternelles étaient peu fréquentes, mais le faible effectif de notre population ne permet pas de conclure sur le sujet.

Conclusion

A l'heure où l'accouchement du siège voie basse reste controversé, la pratique d'une version par manœuvre externe est une alternative intéressante. Les données dans la littérature montrent les avantages liés à sa réalisation et l'absence de complication majeure sous couvert d'une surveillance adaptée et d'un respect strict des contre-indications. Nos résultats vont en ce sens. Notre taux de réussite retrouvé est supérieur à ceux retrouvés dans d'autres études françaises (5)(14)(12).

Nous pensons qu'il existe un intérêt à la réalisation de la VME. La patiente doit être informée du risque d'échec et de son caractère inconfortable. Nous avons identifié quatre facteurs de succès à savoir la multiparité, une prise de poids inférieure à 12kg, un opérateur masculin ainsi qu'un terme de réalisation à 37 SA.

Notre étude a montré que la version par manœuvre externe n'impactait pas sur le pronostic maternel ou fœtal, mais au contraire influençait la voie d'accouchement en réduisant de 16,5% le pourcentage de césarienne. Nous pouvons être rassurant quant à la pratique de la manœuvre. En effet, lorsque la VME a été tentée, nous avons constaté que la patiente avait une chance sur deux d'accoucher par voie basse quelle que soit l'issue de la VME.

Toutefois, d'après nos résultats, il semblerait intéressant de discuter d'une réalisation plus tardive de la VME notamment au terme de 37 SA puisque nous retrouvons significativement plus de réussite à ce terme.

De plus, notre étude était monocentrique dans une structure où les opérateurs sont très nombreux avec une pratique obstétricale disparate et limitée par le nombre de nos accouchements (2600 naissances par an). Selon Le Bret et al (6), une pratique régulière de la VME permettrait d'augmenter les chances de réussite du geste. C'est pourquoi, afin d'améliorer notre taux de réussite, il pourrait être judicieux de nommer deux ou trois opérateurs référents pour la réalisation de la VME. Ces obstétriciens pourraient également enseigner et encadrer la réalisation de la VME au sein de l'équipe de l'HME. Cette proposition nous paraît envisageable si nous prenons pour exemple Teoh (16) qui montre que 20 VME sont nécessaires pour obtenir une bonne pratique de la VME.

Il serait intéressant de mener une étude de cohorte à plus large échelle au sein de l'Hôpital Mère Enfant de Limoges en incluant comme critère les pistes d'améliorations citées auparavant ainsi que le recours à la tocolyse qui n'avait pas pu être étudiée dans notre étude.

Références bibliographiques

1. CNGOF. Fiches patientes [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/fiches-patientes>
2. 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 Collaborative Group. Vol. 356. Lancet 2000; p. 1375-1383.
3. Carayol M, Alexander S, Goffinet F. Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme de l'étude PREMODA. 2004. p. 37-44. (Journal de gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction; vol. 33).
4. CNGOF. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005;34(5):513.
5. Coppola C, Mottet N, A. S. Mariet, Baeza C, Poitrey E, Bourtembourg A, et al. Impact de la version par manœuvre externe sur le pronostic obstétrical dans une équipe à fort taux de réussite de l'accouchement vaginal du siège. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 oct 2016;45(8):p.859-865.
6. Bret TL, Grangé G, Goffinet F, Cabrol D. Version par manoeuvre externe. 9 mars 2008;
7. Hutton E.K, A. beuckens, J. Thorpe, GC Rijninks-van Driel, M. Rijnders EK. An observational study of the success and complications of 2546 external cephalic versions in low-risk pregnant women performed by trained midwives. BJOG Int J Obstet Gynaecol. févr 2015;123(3):415-23.
8. Sophie Alexander, Patricia Barlow, Pierre Bernard (directeur), Gilles Ceysens, Maïté Delfosse, Patrick Emonts, Philippe Jadin, Clotilde Lamy, Delphine Leroy, Philippe Petit, Christine Van Linthout, Louise Watkins-Masters. 19 Siège et VME - protocole GGLOFB 2017. 2017;
9. Jacques Lansac, Philippe Descamps, François Goffinet. Pratique de l'accouchement. 6ème édition. Elsevier Masson; 490 p.
10. Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme [Internet]. HAS; 2012 [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf
11. C. D'ercole, K. barde, JB Haumonté, R. Shojai, X. Carcopino, C.Chau, L. Piéchon, S. Puppò, F. Bretelle, L. Boubli. Siège: le retour? CNGOF; 2011.
12. Roux-Chevalier M, Gaucherand P, Cluze C. La version par manœuvre externe : audit sur un an dans une maternité de niveau 3. Juin 2011. 4 juin 2011;39(6):p.346-350.
13. G.Faron et A. Vokaer. Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. Wwwem-Consult. 25 août 2008;37(5):p.493-498.
14. Dochez V, Delbos L, Esbelin J, Volteau C, Winer N, Sentilhes L. Facteurs prédictifs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude bicentrique. 3 mai 2016;45(5):p.509-515.
15. Thunedborg P F-RW, Tollund L. The benefit of external cephalic version with tocolysis as a routine procedure in late pregnancy. nov 1991;
16. Teoh TG. Effect of learning curve on the outcome of external cephalic version. Singap Med. 1997;38.
17. Kornman MT, Kimball KT, Reeves KO. Preterm external cephalic version in an outpatient environment. Am J Obstet Gynecol.

18. Kok M, Crossen J, Gravendeel L, Van Der Post J, Opmeer B, Mol BW. Clinical factors to predict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;630-5.
19. M Kok JC, L Gravendeel JAVPP, B W Mol. Ultrasound factors to predict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* janv 2009;
20. Haas DM, Magann EF. External cephalic version with an amniotic fluid index: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2005;
21. Fok WY, Chan LW, Leung TY, Lau TK. Maternal experience of pain during external cephalic version at term. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;
22. Pichon M, Guittier MJ, Irion O, Boulvain M. Version cephalique externe en cas de siège persistant à terme : motivations et vécu de l'intervention par les femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2013;41:427-32.

État des lieux de la Version par Manœuvre Externe à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges

Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective et monocentrique portant sur 84 tentatives de versions réalisées entre mai 2018 et septembre 2020 dans une maternité de niveau 3.

Le taux de réussite de la manœuvre était de 27,4%. Le succès de la version était lié de façon significative à la multiparité, à une prise de poids maternelle inférieure à 12 kg, à un terme de réalisation à partir de 37 SA ainsi qu'à un opérateur masculin. Le taux d'accouchement voie basse était de 91,3% en cas de réussite contre 31,1% en cas d'échec. Aucune complication majeure n'a été retrouvée.

Au final, la réussite de la VME a permis de réduire significativement le nombre de césarienne.

Mots-clés : Version par manœuvre externe, siège, césarienne, réussite

