

Mode d'accouchement du prématuré avant 34 SA

A. Benachi, AG. Cordier, G. Kayem

Service de Gynécologie-Obstétrique

Hôpital Antoine Béclère - Clamart

Hôpital Louis Mourier - Colombes

Quelles situations cliniques?

- Présentation céphalique
- Grossesse multiple
- Présentation du siège

Accouchement prématuré versus terme

- Foetus « fragile »
- Moindre résistance à l'hypoxie, à l'infection
- Disproportion entre la tête et l'abdomen
- Dilatation cervicale incomplète

Effet délétère
-Des contractions utérines lors du travail
-Du dégagement



Décès
HIV



La césarienne
a-t-elle un effet
protecteur?

Quel mode d'accouchement?

- **Essai randomisé**
 - Niveau de preuve I
 - Mais validité externe source de polémique
- **Etude de cohorte de grande taille**
 - Qualité méthodologique plus faible mais niveau II
 - Résultats comme dans la « vraie vie »
 - Pas en intention de « prise en charge »
- **Méta-analyse**

Présentation céphalique

Meilleur pronostic néonatal en cas de césarienne?

- Etude sur registre: 1999-2000
- 54695 naissances de moins de 1500g
 - 40% de césarienne

Diminution du risque relatif de décès néonatal en
cas de césarienne pour les enfants <1300g

Présentation céphalique

Taux de césarienne en fonction du poids de naissance

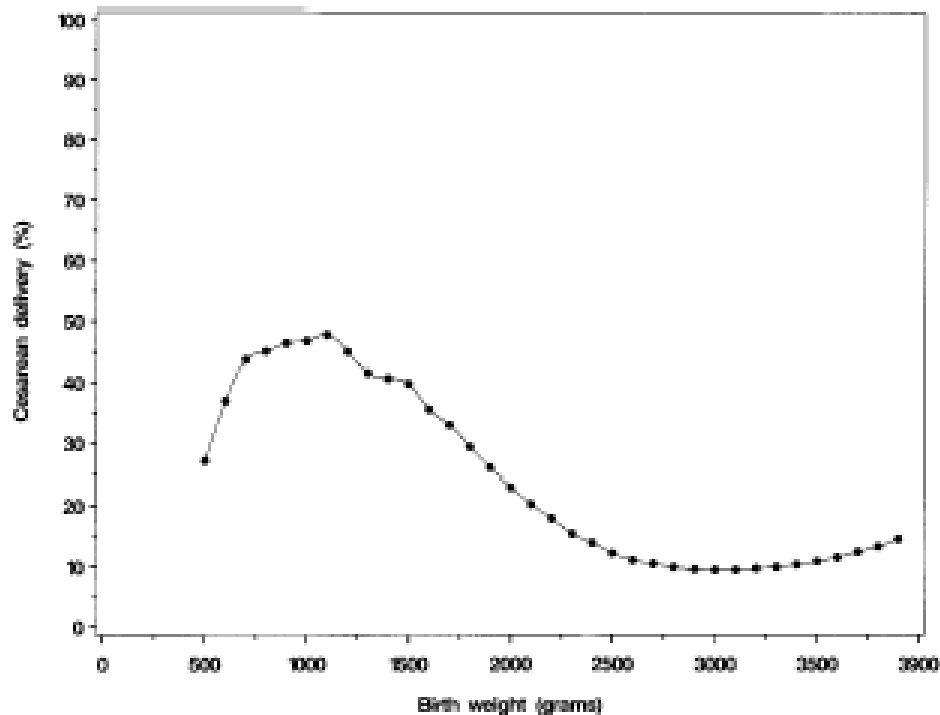


Fig. 1. United States cesarean delivery rates by birth weight 1999–2000. Data source: National Center for Health Statistics. 1999, 2000 Birth Cohort Linked Birth and Infant Death Data Set.

Lee and Gould. Cesarean and Very Low Birth Weight Infants. *Obstet Gynecol* 2006.

Présentation céphalique

Résultats en fonction du poids de naissance

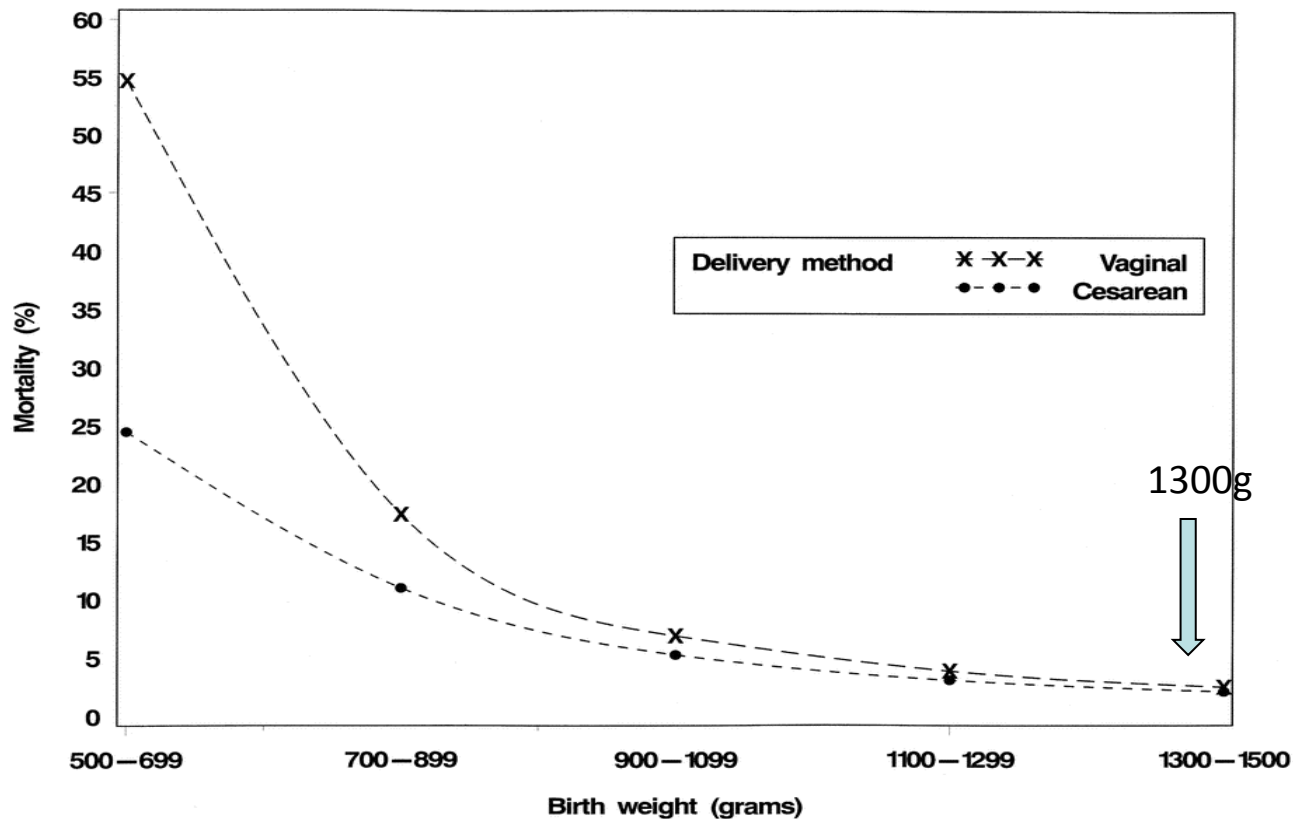
Table 4. Mortality Rates by Birth Weight and Mode of Delivery, United States, 1999–2000

Birth Weight (g)	Total Infants	28-Day Mortality Rate/ 1,000 Live Births		Relative Risk	95% Confidence Interval
		Vaginal	Cesarean		
500–699	8,950	546.5	244.4	2.24	(2.09–2.39)
700–899	9,308	173.8	110.4	1.58	(1.42–1.75)
900–1,099	10,302	68.8	52.4	1.31	(1.12–1.53)
1,100–1,299	11,556	38.5	30.6	1.26	(1.03–1.53)
1,300–1,499	14,579	24.7	20.9	1.18	(0.95–1.47)

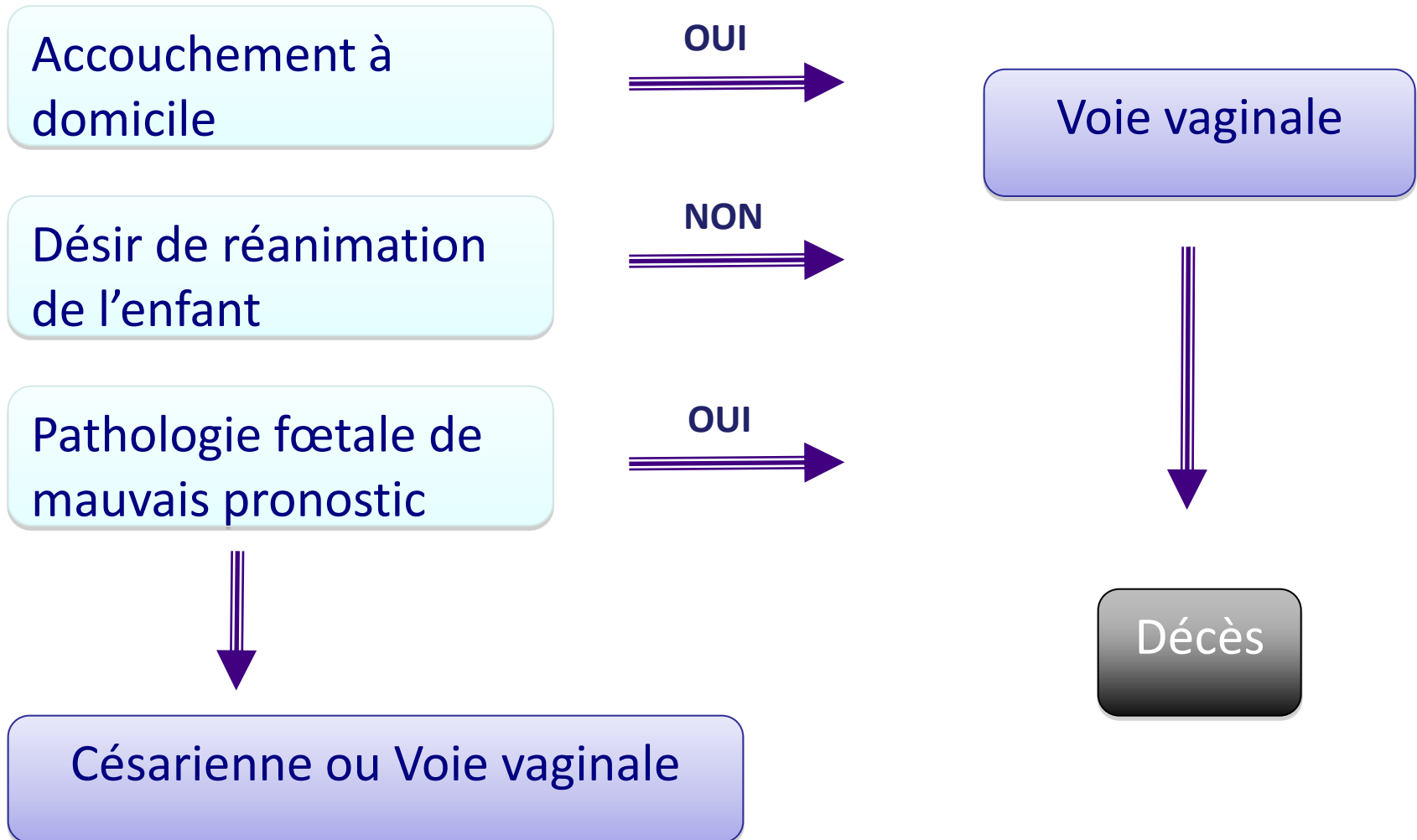
Data source: National Center for Health Statistics. 1999, 2000 Birth Cohort Linked Birth and Infant Death Data Set.

Présentation céphalique

Taux de décès en fonction du poids de naissance et de la voie d'accouchement



Conduite à tenir



Présentation céphalique

- Pas de contrôle des données
- Pas de contrôle des indications de césarienne
- Données en fonction du poids: AG, RCIU?
 - Pas d'amélioration du taux de survie après césarienne quand terme et non poids pris en compte (*Riskin A, BJOG 2004*)
- Pas de contrôle des abandons fœtaux
- Pas de contrôle des durées de travail, du lieu de l'accouchement....
- Donc pas de lien de causalité possible entre césarienne et diminution de la mortalité
- Quelle morbidité à moyen et long terme

Présentation céphalique

- Pas d'indication de césarienne pour améliorer le pronostic
- Résultats rétrospectifs contradictoires
- Essai randomisé de conception difficile (Faisabilité)
- Pas d'indication à une épisiotomie systématique (*The et al, 1990*)

Si le bénéfice existe , il est très faible

Accouchement par voie vaginale accepté avec
monitorage continu et faible tolérance en cas
d'anomalies de RCF

Quelles situations cliniques?

- Présentation céphalique
- **Grossesse multiple**
- Présentation du siège

Grossesse gémellaire

- Peu d'études en cas d'accouchement prématuré
 - Amnionicité
 - Présentation respectives de J1 et J2
 - Intervalle entre J1 et J2

Pronostic de J2 est fonction du mode d'extraction ?

Grossesse gémellaire

- Evaluation de la meilleure voie d'accouchement rendu difficile par
 - Fréquence des pathologies surajoutées
 - Hétérogénéité de pratiques de prise en charge
- Pas de recommandation sur le mode d'accouchement des jumeaux à terme même avec J1 en céphalique (ACGO,2004)
- RPC du CNGOF sur la césarienne (2000)

La qualité des études ainsi que leurs résultats contradictoires ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de prématurité (en général < 32 SA) ou de fœtus de faible poids (en général < 1500 g) (NP4)

 - Facteurs pronostiques
 - Le terme de l'accouchement
 - Le poids de naissance

Grossesse gémellaire

- Prise en compte de très petits termes pour lesquels l'abstention inclus dans le groupe voie basse
- Morbidité non liées à la voie d'accouchement
- Difficulté à équilibrer le taux de pathologies associées dans les groupes comparés
- Entre 2002 et 2007
 - une dizaine d'études anglo-saxonnes
 - Registres
 - Suggèrent un excès de morbidité et mortalité néonatale chez le 2^e jumeau en cas de voie basse

Grossesse gémellaire

RPC 2009-J1 céphalique

- Intervalle de naissance entre les 2
 - Eviter un intervalle long
 - Différence de pratique entre les pays
 - Version grande extraction ou verticalisation en France
 - Version par manœuvre externe pour les anglo-saxons
 - Plus de césarienne sur J2 en cas de présentation non céphalique
 - Intervalle entre les deux long

Grossesse gémellaire

RPC 2009-J1 céphalique

- Smith et al, BMJ 2002
 - 1992-97: 1438 gémellaires entre 24 et 36SA et 2436 > 36SA
 - <36SA: pas de différence, entre J1 et J2 de mortalité périnatale globale et secondaire à une anoxie intrapartum
 - Le déterminant principal de mortalité est la prématurité

Grossesse gémellaire

RPC 2009-J1 céphalique

- Registre américain
 - Mortalité néonatale en fonction du rang de naissance et du mode d'accouchement
 - 1995-97: 128.219 jumeaux
 - Validité externe limitée: 9,4% de C sur 2^e jumeau jusqu'à 23,5% quand J2 en siège ou transverse
 - Pas de morbidité sévère augmenté en cas de VB avant 36 SA mais seulement pour > 36SA

Grossesse gémellaire

RPC 2009-J1 céphalique

- Etudes avec VME proscrite pour J2 non céphalique
 - J2 avec GE ou VMI/GE
 - Opérateur entraîné
 - Difficulté à exporter ces datas
- Robert Debré
 - 614 jumeaux entre 1992 et 2000
 - 85 <33 SA, 529 >33SA
 - <33 SA, 74% des J2 sont nés après une manœuvre obstétricale
 - Taux césarienne sur J2:0
 - Taux d'intubation et de transfert en réa
 - > 33SA: Augmenté pour J2 nés VB (3%) /J1 nés VB (0.7%)
Pas de différence entre J2 nés par césarienne et J2 nés VB
 - < 33SA : Pas de différence

Grossesse gémellaire

☐RPC 2009-J1 céphalique

- Que faire?
 - Choix dépend des pratiques obstétricales pour l'accouchement de J2
 - VME pour J2 non céphalique à oublier
 - Expectative sur J2 peu évaluée
 - Données françaises rassurantes à condition de former les acteurs
 - Si politique d'accouchement des sièges VB ok pour accouchement VB sinon cela n'a pas de sens

Grossesse gémellaire

☐ RPC 2009-J1 siège

- 20% des grossesses gémellaires
- RPC CNGOF (2000): « les données de la littérature ne permettent pas de recommander une voie plutôt qu'une autre »
- En 2003, 80% des obstétriciens français réalisaient une césarienne
- Dix études comparent la morbidité néonatale quand J1 est en siège. Aucune n'a montré une augmentation de la mortalité et morbidité néonatale dans le groupe VB
 - Méthodologie ou critères de jugement non optimaux
 - 20-50% de césarienne en cours de travail dans les groupes VB

Grossesse gémellaire

☐ RPC 2009-J1 siège

- Que faire?
 - Choix dépend des pratiques obstétricales pour l'accouchement de J2
 - Politique d'accouchement suit celle des sièges
 - Prudence
 - RPM sur J2 en céphalique
 - Discordance de poids
 - Pas actuellement de données suffisamment robustes

Grossesse gémellaire

En pratique

Peu de données
Pratiques variables

Voie vaginale
J1 en céphalique
Biamniotiques

Pratiques et compétences
variables
Validité externe des études
toujours discutables

Césarienne
J1 en siège
Monoamniotique

Auto évaluation et confrontation à d'autres centres

Siège?

- Pas de démonstration de la meilleure voie d'accouchement
- Large diffusion de la césarienne dans les pays anglosaxons
- Même problématique de PC mais risque de rétention de tête dernière lié à une rétraction cervicale

Siège?

- Plusieurs travaux prospectifs randomisés
 - Faible effectif
 - Pas de conclusion possible
- Causes de l'échec des ER
 - Contexte clinique: grande prématurité
 - Conviction des médecins qui ont en charge les patientes
 - Difficultés de l'information éclairée des patientes qui refusent de participer

Siège?

- **Travaux rétrospectifs**

(Goldenberg G, Am J Obst Gynecol, 1977, Main DM, Am J Obstet Gynecol, 1983; Bodmer B, Am J Obstet Gynecol, 1986)

- Etudes anciennes
- Analyses univariées le plus souvent
- Peu de fœtus de moins de 1500g
- Résultats discordants

- **Etudes rétrospectives avec analyse multivariée**

(Westgren LM, Obstet Gynecol, 1985; Cibils LA, Am J Obstet Gynecol, 1994)

- 2 études
- Pas de diminution de la mortalité

Siège?

- Etude comparative en « intention de prise en charge »
 - Comparaison de pratiques entre deux centres ayant un mode préférentiel d'accouchement
 - Effet centre, exhaustivité du recueil des données
 - Pas de différence de mortalité entre les deux groupes
 - Pas de décès par rétention sur tête dernière
 - Mais
 - Poids moyen 1250g
 - Taux de césarienne dans le groupe voie vaginale très différent en fonction du terme
 - Effectif faible du groupe césarienne

- Etude multicentrique rétrospective

3 centres niveau III

1999-2005

Patientes accouchée

entre 26 et 29⁺⁶SA

après MAP et/ou RPM

En intention de traiter

84 VB et 85 C

49% de C dans le groupe

VB et 5,9% VB dans le

groupe C

TABLE 4

Risk factors for neonatal death

Risk factor	Neonatal death (n = 15)	No neonatal death (n = 154)	P value
26 weeks to 27 weeks 6 days of gestation (n)	12 (80.0%)	74 (48.0%)	.02
Intended vaginal delivery (n)	9 (60.0%)	75 (48.7%)	.40
Vaginal delivery (n)	6 (40.0%)	44 (28.6%)	.35
Footling breech (n) ^a	5 (35.7%)	58 (49.2%)	.34
PPROM at <24 wk (n)	4 (26.7%)	6 (3.9%)	<.001
PPROM (n)	10 (66.7%)	103 (66.9%)	.99
Center (n)			
1	2 (13.4%)	46 (29.9%)	.30
2	7 (46.6%)	69 (44.8%)	
3	6 (40.0%)	39 (25.3%)	
Head entrapment (n)	4 (26.7%)	12 (7.8%)	.02

^a Type of breech unspecified in 37 cases.

Kayem. Early preterm breech delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008.

- Etude multicentrique rétrospective
 - Incidences de mortalité et morbidité identiques dans les 2 groupes
(10,7% vs 7,1%; $p=0,4$)
 - Facteurs de risque de mortalité
 - Rétention de tête dernière (OR 7,2; 95% CI, 1,7-29,8)
 - RPM<24SA (OR 13,3; 95% CI, 2,8-63)
 - AG entre 26 et 27+6 Sa (OR 4,7; 95% CI, 1,2-18,5)
 - Risque de mortalité indépendant du mode d'accouchement

Conclusion

Faut-il proposer une césarienne programmée parce qu'il existe un doute sur un excès de risque de mortalité néonatale en cas d'accouchement par voie basse d'après certaines études anglosaxonnes?

Extrême prématurité

- Comparer la mortalité néonatale des enfants nés par césarienne versus VV en tenant compte des facteurs de risque
 - Céphalique et siège
 - Critère de jugement principal: mortalité entre 0 et 27j
 - Entre 22 et 25 SA la césarienne permet de diminuer le taux de mortalité (OR 0.58, 0.52, 0.72 et 0.81 pour 22 ,23, 24 et 25 SA)

Conclusion

- Risque de décès en cas de césarienne (y compris en cours de travail) /voie basse
 - RR:3,6; IC 95%: 2,1-6,2
- Risque de décès en cas de césarienne programmée /voie basse
 - RR:3,1; IC 95%: 1,6-6,1
- Risque lié à augmentation
 - Des complications thromboemboliques (RR: 13,29; IC 95%:3,43-51,44)
 - Des infections (RR:22,8; IC 95%:2,54-203,9)
 - Des complications anesthésiques (RR:22,8;IC 95%:2,5-203,9)
- Pour les grossesses ultérieures
 - Rupture utérine (incision verticale), Placenta praevia, Accreta...

Conclusion

- Voie basse préférentiellement pour
 - Céphalique
 - Gémellaire avec J1 en tête
- Difficile de déterminer une conduite à tenir qui repose sur des études de qualité pour les jumeaux J1 en siège et les sièges
- Taux de césarienne important dans cette population en raison de la pathologie materno-fœtale associée
- Dans quelle mesure le fait de réaliser une césarienne ne pousse pas les néonatalogistes à réanimer de façon plus active? (*Malloy M, Pediatrics 2008*)
- Habitude des obstétriciens
- Savoir s'adapter aux conditions cliniques
 - Peu de tolérance des anomalies du RCF
 - Pas de ventouse <34 SA..