

1. OBJET

Prise en charge de l'accouchement en cas de **présentation du siège à terme**.

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

Domaine d'application : le pôle Femme-Enfant

Personnel concerné : les médecins et les sages-femmes

3. RESPONSABILITES

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

I. Critères objectifs d'acceptation de la tentative de voie basse (TVB) :

- Mesures du bassin maternel** : PRP \geq 105 mm, TMU \geq 120 mm et biépineux \geq 100 mm
 - Toute conduite à tenir sera donnée sur les conclusions d'un **pelviscanner validé par un sénior de radiologie** (RDV COS à donner 48h après le pelviscanner, ou appel du radiologue sénior en cas de pelviscanner réalisé en urgence).
 - La **réalisation d'une pelvimétrie n'est pas nécessaire en cas de travail avant 37 SA**
- Biométries fœtales (le jour de l'accouchement)** :
BIP < 100 mm, PC < 350 **et** EPF < 3800g, quelle que soit la parité.
- Absence d'anomalies du bien-être fœtal** : anomalies du RCF, suspicion de RCIU/PAG sévère (EPF ou mesure du PA < 3^{ème} percentile), le PAG modéré n'est pas une contre-indication à la TVB (EPF entre 3 et 10^{ème} percentile), oligoamnios (GC < 2 cm)
- Absence de déflexion primitive fixée de la tête fœtale**
- Absence de pathologie obstétricale associée** : placenta *prævia*, diabète gestationnel mal équilibré ou préexistant, malformation utérine documentée, utérus multicatriciel.
- L'utérus monocatriciel** n'est pas une contre-indication en soi : à discuter au cas par cas selon l'indication de la césarienne préalable.
- Le **siège complet** ou la visualisation échographique d'un **circulaire** ne sont pas des contre-indications à la voie basse.
- Déclenchement artificiel du travail** : possible, quelles que soient les conditions cervicales, donc utilisation possible des différentes méthodes de maturation cervicale en cas d'indication médicale de naissance (ballonnet, misoprostol ou prostaglandines).
- Acceptation et coopération de la patiente** (cf. feuille d'information) :
 - L'information délivrée doit exposer de manière claire et objective **l'absence de sur-risque néonatal** en cas de TVB, lorsque **tous** les critères d'acceptation de la voie basse sont réunis et que toutes les conditions d'un **travail brillant** sont respectées (avec possibilité de césarienne à n'importe quelle dilatation).

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-036
	PRESENTATION DU SIEGE A TERME : PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT	Version 04 du 05/12/2022
		page 2/4
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

- L'information doit également exposer les **bénéfices et les risques d'une césarienne programmée** en comparaison à la TVB, à court et à long terme pour la mère et pour l'enfant (cf. annexe 1).
- **Cette** information doit être **tracée par écrit** dans le dossier de la patiente et permettre d'aboutir à une **décision partagée**.

II. Conduite de l'accouchement du siège :

1. Dès l'entrée en salle de travail :


- **Contrôle de la présentation** : position de la tête et du dos, absence de déflexion céphalique, biométries (BIP au minimum) si datant de plus de 2 semaines
- Contrôle de la présence de tous **les critères d'acceptation de la voie basse et confirmation de l'accord de TVB** par le médecin senior de garde
- **En l'absence de mesures du bassin** : évaluation par le médecin senior de garde des autres critères d'acceptation de voie basse. Si réunis :
 - Si travail en phase de latence : scanner pelvimétrique en urgence
 - Si travail en phase active : voie basse envisageable, quelle que soit la parité

2. Surveillance et conduite du travail :

- **Analgesie péridurale** recommandée
- **Surveillance continue du RCF**
- **A partir de 5 cm de dilatation** (phase active) :
 - Se fixer une vitesse optimale de **dilatation cervicale d'au moins 1 cm/h**,
 - Si **stagnation de la dilatation** (< 1 cm/heure) : oxytocine et rupture artificielle des membranes,
 - Si **absence de progression du travail** (au moins 1 cm/heure) **après 1 heure d'une dynamique utérine satisfaisante** (4-5 CU /10') : césarienne.

3. Au moment de l'expulsion :

- **Installation pour les efforts expulsifs** (EE) uniquement lorsque le siège est à la partie basse de l'excavation, idéalement sur le périnée, de manière à limiter la durée de l'expulsion à moins de 30 minutes.
- **Indications de césarienne à dilatation complète, une fois la présentation du siège engagée** : absence de progression dans l'excavation pelvienne au bout d'une heure malgré bonne dynamique utérine, anomalies du RCF sur un siège engagé partie haute ou moyenne (possibilité de tenter les EE en cas multiparité), ou absence de progression après 20 minutes d'efforts expulsifs.
- **Vessie vide**
- **Forceps dans la salle d'accouchement**
- **Présence de l'anesthésiste et du pédiatre**
- **Episiotomie non systématique**
- **Petite extraction de siège** (lorsque l'ombilic est à la vulve) : si défaut de progression, mouvements respiratoires fœtaux ou anomalies du RCF, par manœuvres de Lovset puis Bracht ou Mauriceau.
- **Délivrance dirigée**

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-036
	PRESENTATION DU SIEGE A TERME : PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT	
	Version 04 du 05/12/2022	
page 3/4		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

5. REFERENCES

RPC du CNGOF 2020, présentation du siège. Gynecol Obstet Fertil Senol 2020.

6. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Bénéfices et les risques d'une césarienne programmée en comparaison à la TVB pour la mère et pour l'enfant

7. HISTORIQUE DU DOCUMENT

<i>Dernière version</i>	<i>Objet de la révision</i>
04 - 05/12/2022	-ajout phrase I. 1. conduite à tenir sur conclusions d'un pelviscanner validé par un sénior de radiologie -suppression phrase I.8. "en cas d'indication médicale de naissance (ballonnet, misoprostol ou prostaglandines)
<i>Historique des révisions</i>	
01 - 01/01/2008 - Création du document sous format électronique, 02 - 18/10/2011 - Erreur de conversion, 03 - 30/03/2020 - mise à jour selon les RPC du CNGOF 2020	

Groupe de lecture : Dr G Beucher (rédacteur), Dr D Vardon, , Dr Dolley, Pr M Dreyfus

8. EVALUATION

NEANT

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
Anne sophie LAFITTE Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 02/12/2022 09:40:13	Christine DENOUAL ZIAD, Anne sophie LAFITTE Equipe Gynécologie Obstétrique - CHU\POLE FEMME ENFANT, Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 04/12/2022 12:16:22, 02/12/2022 09:40:19	Aurore BOUQUEREL (par Marie LEGLAIVE) Directeur - CHU\DIRECTION DE LA QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DES USAGERS 05/12/2022 10:27:44

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-036
	PRESENTATION DU SIEGE A TERME : PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT	
		Version 04 du 05/12/2022
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		page 4/4

Annexe 1 : Bénéfices et les risques d'une césarienne programmée en comparaison à la TVB pour la mère et pour l'enfant

	Tentative de VB	Césarienne programmée
A court terme		
Pour l'enfant		
Risque de mortalité périnatale	Faible, 1/1000	Potentiellement moindre mais non nul
Risque composite de morbi-mortalité périnatale sévère	Potentiellement augmenté mais non retrouvée dans une large étude observationnelle franco-belge (Prémoda)	
Risques de traumatisme néonatal (fracture clavicule, hématome du siège), score Apgar bas et nécessité d'une intubation néonatale	Majorés, de l'ordre de 1 %	
Pour la mère		
Morbidité maternelle sévère	Comparable	
A long terme		
Pour l'enfant		
Développement neurologique à 2 ans, développement psychomoteur et cognitif entre 5 et 8 ans, niveau intellectuel à l'âge adulte	Comparable	
Risques d'asthme à 12 ans et obésité dans l'enfance et à l'âge adulte		Majorés
Pour la mère		
Grossesses ultérieures		Risques de rupture utérine, d'anomalie d'insertion placentaire et d'hystérectomie
		Risques de MFIU et de prématurité