

Version par Manœuvre Externe

Nouveaux apports techniques



J.Lansac

Département de Gynécologie Obstétrique – TOURS



TOURS

Présentation du siège

- ◆ **Incidence moyenne 3-4%**
 - Environ 14% vers 29-32 SA
 - 2,2 à 3,7% à terme

Coltart T. et al Br J Obstet Gynaecol 1997

- ◆ **Présentation à risque périnatal ?**
 - La césarienne réduit de 2/3 la mortalité périnatale et la morbidité NN grave par rapport à la voie basse

RR 0.33 IC 95% [0.19-0.56]

Hannah ME. et al Lancet 2000



Version par Manœuvre Externe

- ***Décrite depuis le temps d'Aristote (384-322 av JC)***
- ***Méta-analyse de 6 essais prospectifs randomisés***
 - ***Diminue la fréquence des prés. non-céphaliques à terme***
RR 0,42 IC 95% [0,35-0,50]
 - ***Diminue la fréquence des césariennes pour siège***
RR 0,52 IC 95% [0,39-0,71]
 - ***Ne semble pas augmenter la mortalité périnatale***
RR 0,44 IC 95% [0,07-2,92]

Hofmeyr GJ. Cochrane review 2001



Pratique de la VME

◆ *Variable selon les centres*

- *Irlande du nord*
 - *VME pour 80% des obstétriciens*
 - *Césarienne pour siège 1,2% du total*
- *Grande Bretagne et Pays de Galle*
 - *VME pour 45% des obstétriciens*
 - *Césarienne pour siège 3,6%*

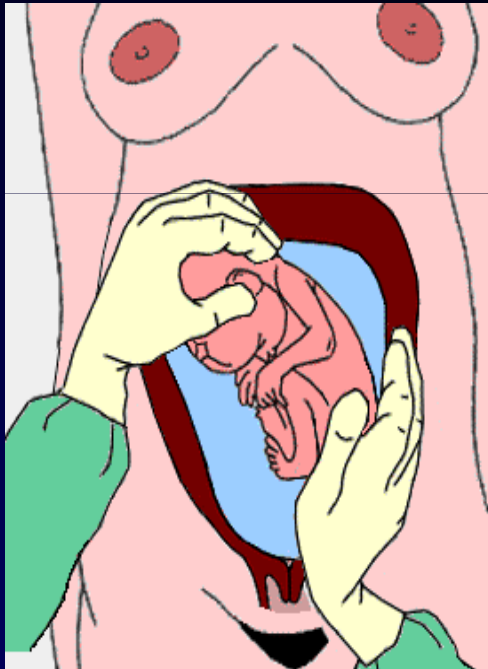
Coltart T. Br J Obstet Gynaecol 1997

◆ *Réduction des coûts de prise en charge*

- *Avec VME : 1450 £*
- *Sans VME : 1830 £* ***Gain 380 £ (20%)***

James M. BMC Health Services Research 2001 

Taux de version après VME



- ◆ **Revue de 25 études**
 - **Efficacité moyenne 63.3%**
 - **Extrêmes 48 à 77%**

Zhang J. Obstet Gynecol 1993

- ◆ **Pourquoi de telles variations ?**
 - **Populations différentes**
 - **Termes différents**
 - **Expériences des opérateurs variable**



Terme de réalisation de la VME

- ***Taux de version spontanée***
 - ***44% entre 33 et 36 SA***
 - ***20% après 36 SA***
- ***Comparaison VME avant terme à l'expectative***
 - ***Pas de différence dans la fréquence des prés. non céphaliques à terme***
RR 1,02 IC 95% [0,89-1,17]
 - ***Pas de gain du nombre des césariennes***
RR 1,10 IC 95% [0,78-1,54]

Hofmeyr GJ. Cocchrane review 2000



VME avant terme

- ◆ **Comparaison prospective randomisée**
 - **VME précoce 34-36 SA**
 - **VME tardive 37-38 SA**

	VME précoce (n=116)	VME tardive (n=116)	RR [IC 95%]
Prés non céph à terme	66 (56,9%)	77 (66,4%)	0,86 [0,70-1,5] ; p=0,09
Complication sévère*	8 (6,9%)	9 (7,8%)	0,89 [0,36-2,22] ; p=0,69
Naiss prématur (<37 SA)	10 (8,6%)	7 (6,1%)	1,42 [0,56-3,59] ; p= 0,31
Césarienne	75 (64,7%)	83 (71,6%)	0,9 [0,76-1,08] ; p=0,32

22 versions de plus dans le groupe "précoce"

Hutton EK et al. Am J Obstet Gynecol 2003



Facteurs maternels et fœtaux

	n	Parité	Obésité	Site plac	Tp siège	Pos dos	Ht prés	Pds fœtal	Q. de LA
Brocks	31	S	S	S	-	-	-	-	-
Hofmeyr	80	S	-	S	NS	-	-	-	NS
Morrison	304	-	-	S	-	-	-	-	-
Ferguson	158	S	-	S	S	S	-	NS	S
Fortunato	67	NS	S	NS	NS	S	S	-	S
Nord	100	S	-	S	-	-	-	-	-
Donald	65	NS	-	NS	S	S	NS	-	NS
Hellstrom	300	S	NS	NS	S	-	-	-	S
Newman	108	S	NS	S	-	-	S	S	-
Shalev	55	NS	NS	NS	NS	NS	-	S	S
Kornman	133	S	S	-	-	-	-	-	-
Calhoun	113	S	NS	S	NS	S	-	-	NS
Lau	243	S	NS	NS	NS	NS	S	S	S
Aisenbrey	78	S	NS	S	S	S	S	NS	NS
Perrotin	213	S	NS	S	NS	S	S	NS	NS



Facteurs maternels et fœtaux

- ◆ ***Etude prospective observationnelle (n=243)***
 - ***19 variables testées***
 - ***3 indépendamment associées à l'échec de VME***
 - ***Engagement de la présentation fœtale***
 - ***Tête fœtale difficilement palpable***
 - ***Utérus tonique malgré tocolyse***
 - ***Utilisation pour prédire la réussite de VME***
 - ***Aucun facteur présent 94% de réussite***
 - ***Deux présents 20% de réussite***

Score prédictif de réussite

Intérêt d'un score pour quantifier la difficulté de la VME et sa probabilité de réussite

Score	Succès	Echecs	n
0	0	2 (2,3%)	2 (2,3%)
1	0	7 (8%)	7 (8%)
2	2 (2,3%)	15 (17%)	17 (19,3%)
3	24 (27,3%)	9 (10%)	33 (37,5%)
4	28 (31,9%)	1 (1,1%)	29 (32,9%)

Plus des 2/3 des patients ont un score à 3 ou 4

Wong WM J Reprod Med 2000



Expérience de l'opérateur

- ◆ ***Rarement précisée dans les études publiées***

- ***Facteur pouvant expliquer la variabilité des résultats***
- ***Plus faible taux de réussite dans les centres universitaires***

Zhang J et al. J Reprod Med 1993

- ◆ ***Courbe d'apprentissage***

- ***Plateau obtenu dès les 20 premières VME***
- ***Pas d'effet de l'expérience sur le taux de réussite dans le sous groupe des multipares***

TheoTG et al. Singapore Med J 1997



Techniques destinées à faciliter la version

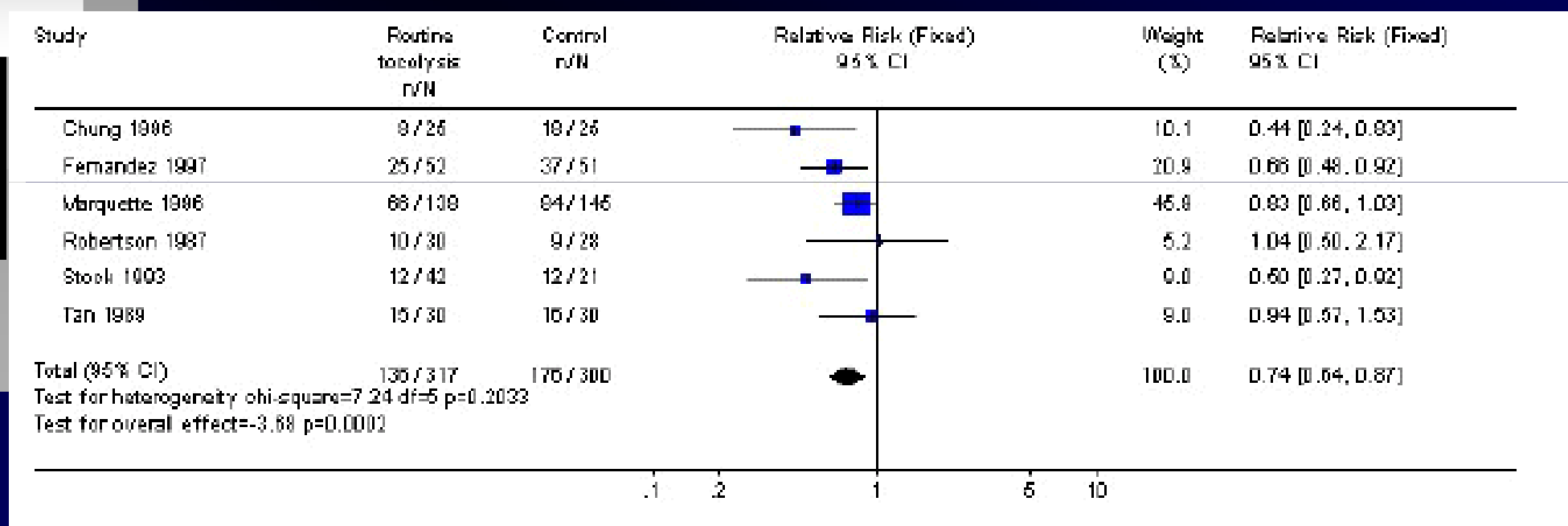
- ◆ ***Augmenter le taux de succès en agissant sur certains facteurs***
 - *Tonicité de la paroi utérine*
 - *douleur maternelle*
 - *Quantité de liquide amniotique*
 - *Position et activité motrice foétale*

- ◆ ***Objectif final***
 - *Réduction des prés non céphaliques à terme*
 - *Sans augmentation de la morbidité maternelle ou périnatale*



Tocolyse

◆ β -mimétique et échec de VME



RR 0,73 IC 95% [0,59-0,90] nullipare

RR 0,64 IC 95% [0,44-0,93] parité>1

Hofmeyr GJ. Cocchrane review 2003



Tocolyse

- ◆ ***β -mimétique et césarienne***
 - ***RR 0,85 IC 95% [0,72-0,99]***
- ◆ ***β -mimétique et présentation non-céphalique à terme***
 - ***RR 0,80 IC 95% [0,60-1,07]***
- ◆ ***Les données sont suffisantes pour recommander l'utilisation d'un β -mimétique pour la réalisation de la VME à terme***
 - ***Systematique ou en cas de d'échec de la première VME ?***
 - ***Voie ?***

Hofmeyr GJ. Cocchrane review 2003



Dérivés nitrés

◆ TNT vs Ritodrine (prospective randomisée)

	Ritodrine n = 38	Trinitrine n = 36	p
Tentatives	2 (1-3)	3 (1-4)	0,02
Succès	17 (45%)	9 (25%)	NS
PAM après 10mn	99 (71-119)	90 (55-112)	<0,01
FC après 10 mn	90 (72-116)	80 (55-112)	<0,01
Céphalées	3 (8%)	10 (28%)	0,02

Bujoldr E. et al Am J Obstet Gynecol 2003



Dérivés nitrés

◆ *TNT vs placebo*

- *Dans le premier essai de VME (n = 90)*
 - *La trinitrine n'est pas plus efficace sur le nombre de succès de VME (48% vs 63%)*
 - *La fréquence des céphalées est plus importante (42% vs 4%)*
- *Chez les patientes ayant eu un premier échec de VME (n=31)*
 - *Tendance à un moins grand nombre d'échecs de VME*

Bujoldr E. et al Am J Obstet Gynecol 2003

RR 0,80 IC 95% [0,62-1,05]

Yanny H. et al BJOG 2000



Analgésie locorégionale

- ◆ ***VME redoutée par les patiente en raison de son caractère douloureux***
 - *Tension musculaire*
 - *Nécessité d'arrêt pour inconfort maternel*
- ◆ ***Analgésie péridurale ou rachianesthésie ?***
 - *Différence d'effet peu probable*
 - *Analgésie péridurale*
 - *Moins d'effets hémodynamiques*
 - *Cathéter laissé en place pour une éventuelle césarienne*

Les deux méthodes nécessitent une hydratation maternelle



Analgésie locorégionale et succès de la VME à terme

- ◆ **Résultats discordants de trois essais prospectifs randomisés**

	Auteur			RR global
	Schori <i>et al.</i> (1997)	Dugoff <i>et al.</i> (1999)	Mancuso <i>et al.</i> (2000)	
Echec de VME	0,49 [0,25-0,93]	0,97 [0,69-1,36]	0,61 [0,42-0,89]	0,70 [0,47-1,04]
Présentation non céphalique à terme	0,46 [0,24-0,87]	1,20 [0,84-1,71]	0,63 [0,43-0,92]	0,73 [0,42-1,27]
Césarienne	0,43 [0,26-0,70]	1,31 [0,95-1,81]	0,66 [0,47-0,92]	0,73 [0,39-1,37]
Bradycardie foetale		1,91 [0,76-4,76]	0,67 [0,12-3,83]	1,48 [0,62-3,57]
Inconfort maternel	0,24 [0,03-2,06]	0,12 [0,01-2,09]		0,19 [0,03-1,04]

RA

APD

Refoulement vaginal



Analgésie locorégionale et réduction de l'inconfort maternel

- ◆ ***Effet bénéfique sur l'inconfort maternel et la nécessité d'interruption de la VME***
 - ***4/52 soit 8% dans le groupe sans APD***
 - ***0/50 dans le groupe avec APD***

Schorr SJ et al Am J Obstet Gynecol 1997

- ◆ ***Mais lourdeur de la procédure***
 - ***Rein à l'utilisation large***
 - ***Risque de iatrogénie***



ALR après échec de VME

- ◆ **68 patientes à 36 SA**
 - **Premier échec sous β -mimétiques (56,8% de succès)**
 - **Seconde tentative sous APD**
 - **39,7% de succès**
 - **2 complications (brèche et hématome marginal)**

Rozemberg P et al. BJOG 2000

- ◆ **37 patientes à 37 SA avec échec de VME (52% de succès)**
 - **Taux de succès de 87% à la seconde tentative**
 - **Expérience de l'opérateur**
 - **Court délai entre les deux tentatives**

Cherayil G et al. Aneth Anal 2002



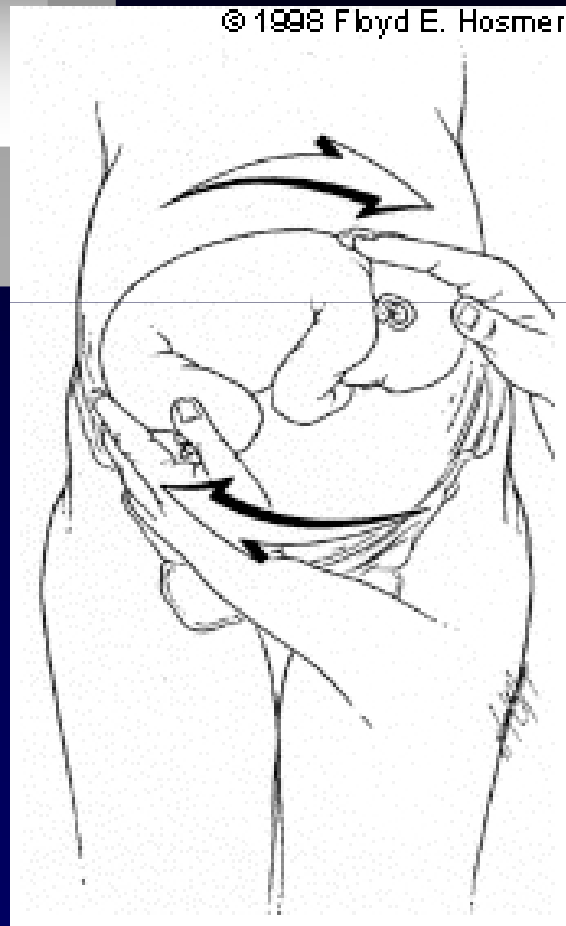
Amnioinfusion

- ◆ ***Remplissage de la cavité amniotique par 700 à 900 ml de sérum physiologique à 37°C***
 - ***Expérience préliminaire chez 6 patientes ayant 3 échecs préliminaires***
 - ***Toutes ont pu bénéficier d'une VME réussie le lendemain***

Benifla JL et al. Obstet Gynecol 1994



Stimulation vibro-acoustique fœtale



- ◆ ***Stimulation sonore destinée à produire un sursaut fœtal***
 - ***Augmenter le taux de réussite de VME lors d'un rachis en position antérieure ou postérieure***
 - ***Repositionnement du rachis en position plus favorable***
 - ***Réalisation d'un nouvel essai de VME***
 - ***Aide à la réalisation de la VME***
 - ***Passage de la position transverse à la position céphalique***



Stimulation vibro-acoustique fœtale

- ◆ ***Etude prospective de 16 patientes utilisées comme leur propre contrôle***
 - ***Echec de VME et rachis en position médiane antérieure ou postérieure***
 - ***Sans stimulation acoustique*** 100% échec de VME
 - ***Avec stimulation acoustique*** 9% échec
 - ***Réduction significative des échecs de VME en cas de rachis médian***

RR 0,17 IC 95% [0,05-0,60]

Seulement 30% des fœtus ont un rachis médian

Johnson RI et al J Reprod Med 1995



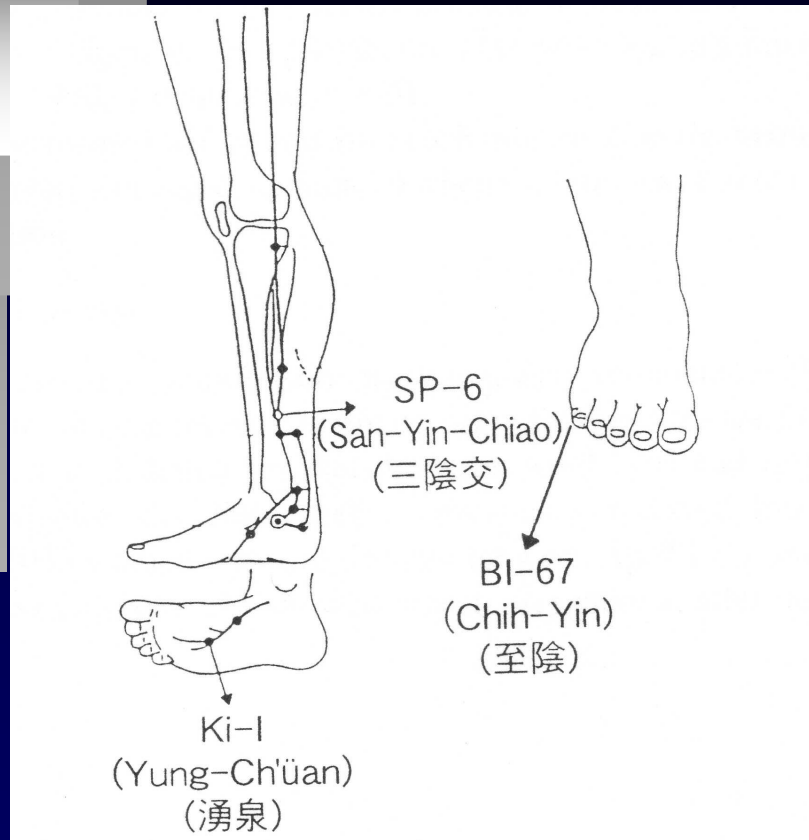
Alternatives à la VME

- ◆ **Objectif : faciliter la version spontanée du fœtus**
 - *Majoration de son activité motrice*
 - *Désengagement du bassin maternel*
- ◆ **Avantage : ne compromet pas le rattrapage par une VME vers 36-37 SA**
- ◆ **Utilisation sous contrôle médical (RCF)**
 - *Survenue d'une transfusion foeto-maternelle ayant nécessité une césarienne en urgence*

Engel K et al Geburtshilfe 1992



Acupuncture - Moxibustion



- ◆ **Stimulation d'un point de la médecine Chinoise (BL67)**
 - **Aiguilles (acupuncture)**
 - **Echauffement local : combustion d'une plante "Artémisia vulgaris"**
 - **Cascade de phénomènes biochimiques**
 - **Augmentation des mouvements foetaux**

Version spontanée ou VME rendue secondairement plus facile



Acupuncture - Moxibustion

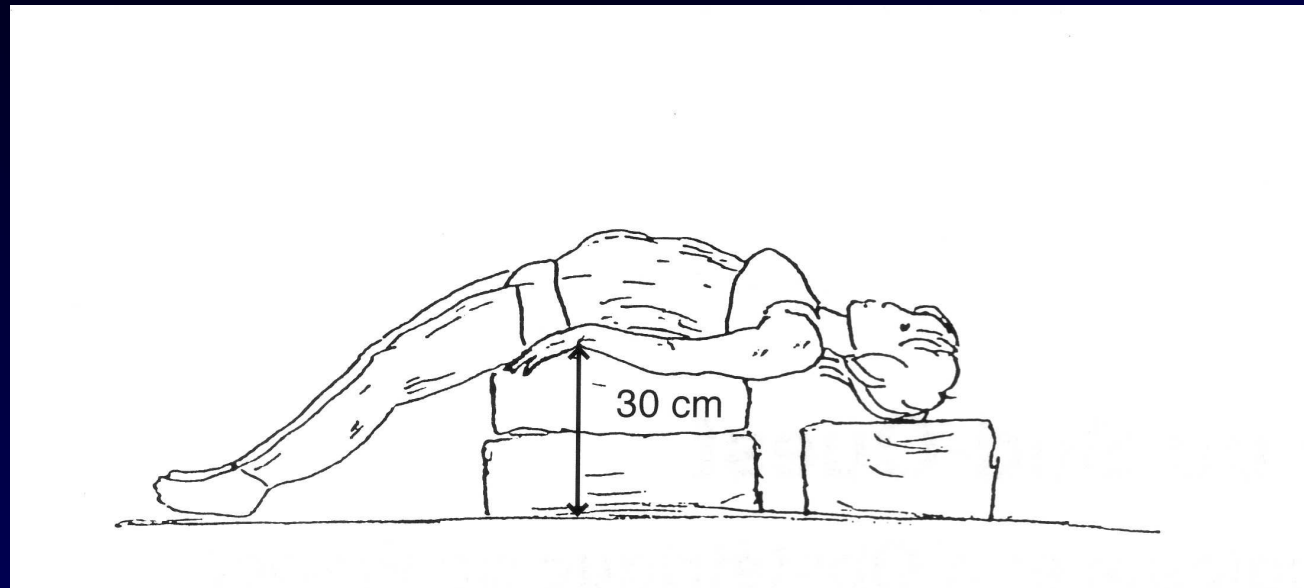
- ◆ **Comparaison prospective randomisée (n = 260) : moxibustion vs placebo (33-35 SA)**
 - **Augmentation du nombre des présentations céphaliques à 35 SA**
 - 75,4% vs 47,7% $p < 0,01$
 - **RR 1,58 IC 95% [1,29-1,94]**
 - **Augmentation de la fréquence des présentations céphalique à terme (1 vs 24 VME)**
 - 75,4% vs 62,3% $p = 0,02$
 - **RR 1,21 IC 95% [1,02-1,43]**

Cardini F. et al. JAMA 1998



Méthodes posturales

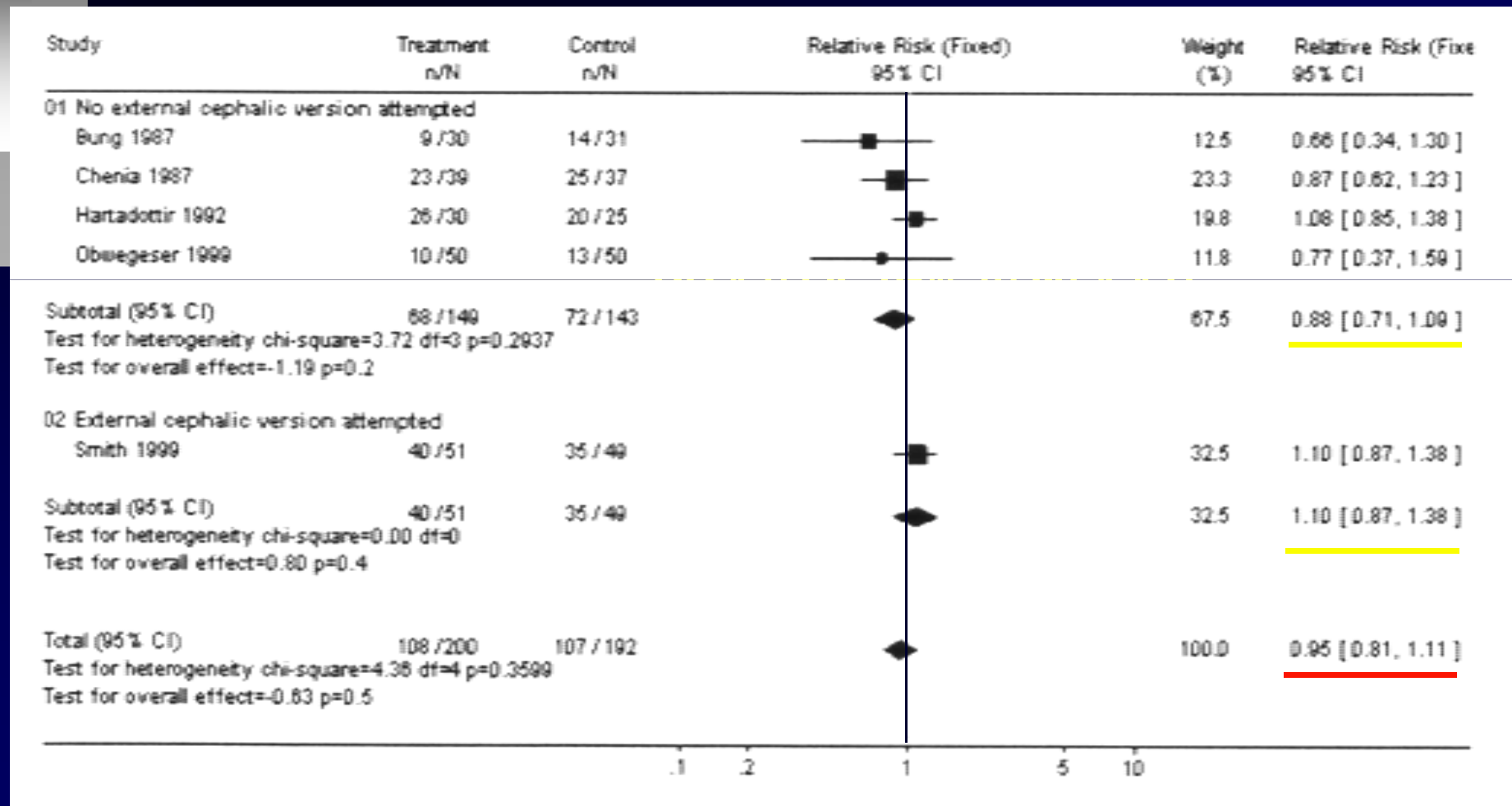
- ◆ ***Décubitus dorsal avec surélévation du bassin "pont indien"***



Utilisation possible dès 33 SA



Méthodes posturales



Conclusion I

- *La VME est une procédure efficace et sûre dans la prise en charge actuelle de la présentation du siège à terme (NP1)*
- *Cette manœuvre nécessite un entraînement et une politique systématique afin de réduire significativement le nombre de présentation non céphalique à terme*
- *Les facteurs prédictifs de réussite ne doivent pas faire renoncer à une tentative de VME*



Conclusion II

- *L'utilisation de la tocolyse par β -mimétiques augmente les taux de version et réduit les taux de césarienne (NP1)*
- *L'ALR ne doit pas être systématique en cas de VME mais peut faire l'objet d'une aide en cas d'échec avant d'envisager une césarienne (NP3)*
- *Pas assez d'arguments pour promouvoir l'amnioinfusion ou la stimulation acoustique (NP4)*
- *Les alternatives à la VME peuvent être une aide mais ne doivent pas se substituer la la VME (NP2)*

