

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NANTES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

LA ROTATION DES VARIETES
POSTERIEURES

Etude prospective de cohorte à propos de 379 variétés occipito-postérieures

Nolwenn LAMBERT

Née le 12 Mars 1984

Directeur de mémoire : Docteur Multon

Promotion 2004-2008

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : LES GENERALITES	2
1 L'accouchement normal en présentation du sommet	2
1.1 Définition	2
1.2 Présentation fœtale.....	2
1.3 Le bassin obstétrical.....	3
1.3.1 Caractéristiques du bassin obstétrical	3
1.4 Examen clinique du bassin	4
2 Cas particulier des variétés postérieures	4
2.1 Définition	4
2.2 Fréquence	5
2.3 Diagnostic.....	5
2.3.1 L'interrogatoire	6
2.3.2 Examen obstétrical	6
2.3.3 Le diagnostic échographique	7
2.4 Phénomènes mécaniques des OIDP (variété la plus fréquente)	9
2.4.1 L'effacement et la dilatation	9
2.4.2 L'expulsion	10
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE.....	13
1 Objectifs de l'étude.....	13
2 Matériel et méthode	13
2.1 Mise en place de l'étude.....	13
2.2 Sélection des patientes	14
2.3 Recueil de données	14
2.4 Analyse statistique	15
2.4.1 Description.....	15
2.4.2 Comparaison	15
2.4.3 Analyse multivariée	15
3 Les résultats.....	16
3.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	16
3.1.1 Parité.....	16
3.1.2 Terme.....	16
3.1.3 Indice de masse corporelle (IMC) et prise de poids.....	16
3.1.4 Taille.....	17
3.1.5 Examen clinique du bassin et radiopelvimétrie	17
3.1.6 Antécédents obstétricaux de dystocie mécanique	18
3.1.7 Pathologies.....	19
3.2 Facteurs prédictifs d'une rotation spontanée en occipitopubien	19
3.2.1 Age maternel, IMC et Terme de la grossesse	19
3.2.2 Parité.....	20
3.2.3 Le travail.....	21
3.2.4 Mécanique obstétricale	23
3.2.5 Poids de naissance du nouveau-né	24
3.3 Conséquences maternelles, fœtales et obstétricales OP versus OS	25
3.3.1 Les conséquences obstétricales.....	26
3.3.2 Les conséquences fœtales.....	27
3.3.3 Les conséquences maternelles	28

TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION29

1	Les critiques de l'étude	29
1.1	Les limites	29
1.2	Les points forts	29
2	Epidémiologie	29
3	Facteurs prédictifs de rotation spontanée en occipitopubien	30
3.1	La parité	30
3.2	Le terme à l'accouchement	30
3.3	L'analgésie péridurale.....	31
3.4	Rupture de la poche des eaux	32
3.5	Le degré de flexion de la tête fœtale.....	32
3.6	L'utilisation d'ocytocine	33
4	Les conséquences maternelles, fœtales et obstétricales des dégagements en occipitosacré	34
4.1	Conséquences obstétricales	34
4.1.1	Les durées	34
4.1.2	L'ocytocine	35
4.1.3	Le mode d'accouchement.....	36
4.2	Conséquences maternelles.....	36
4.2.1	Complications périnéales.....	36
4.2.2	Hémorragie du post-partum.....	38
4.3	Conséquences fœtales	38

QUATRIEME PARTIE : LE ROLE DE LA SAGE-FEMME.....39

1	L'importance du diagnostic	39
2	Intérêt des positions maternelles	40
3	La rotation manuelle	41

CONCLUSION43

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

La variété de position occipito-postérieure est une présentation céphalique dans laquelle l'occiput est situé en regard du sinus sacro-iliaque sur l'un des deux diamètres obliques du détroit supérieur.

Selon les données classiques des traités d'obstétrique, en début de travail, 10 à 20 % des fœtus sont en présentation postérieure et approximativement 90 % d'entre eux tournent vers l'avant ; permettant ainsi un dégagement en variété occipitopubienne. La fréquence des variétés postérieures persistantes se dégageant en variété occipitosacrée se situe, selon les différentes études, entre 1 et 8 % des accouchements. Cette rotation vers l'arrière est « anormale » et résulte d'une mauvaise accommodation foeto-pelvienne associée à une tonicité insuffisante des muscles releveurs et ischio-coccygiens.

Ainsi, les variétés postérieures persistantes semblent au vu de la littérature, avoir un pronostic plus réservé que les variétés antérieures, tant sur le plan obstétrical que materno-fœtal.

La réalisation de ce mémoire a pour objectifs :

- Déterminer l'existence de facteurs prédictifs d'une rotation spontanée de la tête fœtale en variété occipitopubienne.
- Comparer les conséquences maternelles, fœtales et obstétricales des dégagements en occipitosacrée à celles des dégagements en occipitopubien.

Pour vous présenter les résultats de notre travail, nous allons tout d'abord reprendre quelques généralités sur la mécanique obstétricale des variétés postérieures. Nous exposerons ensuite les résultats de notre étude prospective de cohorte réalisée à la Polyclinique de l'Atlantique sur une durée de six mois. Une troisième partie sera consacrée à l'analyse de nos résultats et, quand cela nous a été possible, à une comparaison de ces derniers avec les données de la littérature. Enfin, nous rappellerons le rôle primordial de la sage-femme dans la prise en charge des patientes dont le fœtus est en variété de position postérieure.

PREMIERE PARTIE : LES GENERALITES

1 L'accouchement normal en présentation du sommet

1.1 Définition

« L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée (SA). » [1]

1.2 Présentation fœtale

On appelle présentation, la partie du fœtus qui se présente en premier dans l'aire du bassin maternel. Le fœtus peut se présenter par la tête (présentation céphalique), par les fesses (présentation podalique) ou encore en transverse (communément appelée présentation de l'épaule).

Nous ne nous intéresserons, dans le cadre de ce mémoire, qu'aux présentations céphaliques et plus particulièrement à la présentation du sommet.

La présentation du sommet (95% des cas) est une présentation de la tête fléchie : le fœtus présente le sommet de son crâne. Le diamètre transversal (BIP) de cette présentation est d'environ 9,5 cm. En revanche, la tête ayant une forme ovoïde, son diamètre antéro-postérieur dépend du degré de flexion. Il est de 9,5 cm si la tête est bien fléchie mais peut atteindre 11cm si la flexion est imparfaite (cas des variétés postérieures).

La flexion de la tête fœtale est un paramètre essentiel.

L'occiput est le repère de la présentation. Son orientation par rapport au bassin maternel définit la variété de celle-ci. Suivant que l'occiput se trouve en avant vers la symphyse pubienne ou en arrière vers le sinus sacro-iliaque, quatre variétés de position sont décrites [1] :

- Occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA) où le grand axe de la tête est oblique gauche et l'occiput orienté vers l'éminence pectinée gauche ; représentant 57% des variétés de présentation du sommet.

- Occipito-iliaque droite postérieure (OIDP) où le grand axe de la tête est oblique gauche et l'occiput postérieur orienté vers le sinus sacro-iliaque droit ; représentant 33% des variétés.
- Occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP) où le grand axe est oblique droit et l'occiput postérieur orienté vers le sinus sacro-iliaque gauche ; représentant 6% des variétés.
- Occipito-iliaque droite antérieure (OIDA) où le grand axe est oblique droit et l'occiput orienté vers l'éminence pectinée droite ; variété rare quand primitive.

On constate une nette prédominance des variétés de position occupant le diamètre oblique gauche.

Ces quatre variétés sont celles de l'engagement de la tête fœtale. Néanmoins, dans certaines formes de bassins (plats), l'engagement peut se faire dans un diamètre transverse, on parle alors d'occipito-iliaque droite transverse (OIDT) et d'occipito-iliaque gauche transverse (OIGT). De manière plus exceptionnelle (bassins ovales ou triangulaires), la tête peut s'engager en occipitopubien (OP) ou en occipitosacré (OS).

Le diagnostic de la présentation du sommet, de sa flexion et de sa variété repose essentiellement sur le toucher vaginal et sur la palpation abdominale. Ces deux examens seront décrits ultérieurement lorsque sera abordée la clinique des variétés de position postérieures.

1.3 Le bassin obstétrical

1.3.1 Caractéristiques du bassin obstétrical

Le bassin comprend :

- un orifice d'entrée, *le détroit supérieur (DS)*. Il est limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées, et en arrière par le promontoire. Sa forme, assimilable à un cœur de carte à jouer [2], nécessite que la présentation s'oriente dans un diamètre oblique (le gauche le plus souvent) pour que l'engagement soit possible.
- un orifice de sortie, *le détroit inférieur (DI)*. Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, latéralement par les branches ischiopubiennes, et en arrière par la pointe du coccyx. Il s'agit d'un orifice ostéo-fibreux (ligaments

sacro-sciatiques). Afin que le dégagement soit possible, la présentation doit s'orienter dans un diamètre antéropostérieur (en OP ou OS).

- *L'excavation pelvienne*, située entre ces deux orifices : canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Elle a la forme d'un segment de tore (cylindre incurvé) enroulé autour de la symphyse pubienne. Elle est limitée en avant par la face postérieure de la symphyse, en arrière par la face antérieure du sacrum et latéralement par la face interne des os iliaques.

1.4 Examen clinique du bassin

La perméabilité du bassin peut être évaluée par un examen clinique.

Cet examen réalisé par le toucher vaginal permet d'apprécier le petit bassin. Il est trop souvent négligé mais reste essentiel et très souvent suffisant lorsqu'il est effectué de manière consciencieuse. Il vise à dépister les anomalies de formes et de dimensions ainsi qu'à rechercher des malformations et des lésions traumatiques. Il consiste en l'examen successif du détroit supérieur, de l'excavation pelvienne et enfin du détroit inférieur. Il permet d'estimer les dimensions du détroit supérieur (le promontoire ne devant pas être atteint), d'étudier l'arc antérieur du bassin et d'apprécier les parois latérales et postérieures de l'excavation (disposition des épines sciatiques, concavité sacrée) [2]

En cas de doute, une radiopelvimétrie peut être réalisée.

2 Cas particulier des variétés postérieures

Nous négligerons volontairement le rappel de mécanique obstétricale des variétés antérieures afin de nous concentrer exclusivement sur celle des variétés postérieures.

2.1 Définition

Présentation céphalique dans laquelle l'occiput est situé en regard du sinus sacro-iliaque sur l'un des deux diamètres obliques du DS.

On décrit deux variétés de position :

- Occipito-iliaque droite postérieure (OIDP) : représente 33% des présentations du sommet.

- Occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP) : représente 6% des présentations du sommet.



Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemovel A, Quéreux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours de l'accouchement. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-D27, 1998,35p

2.2 Fréquence

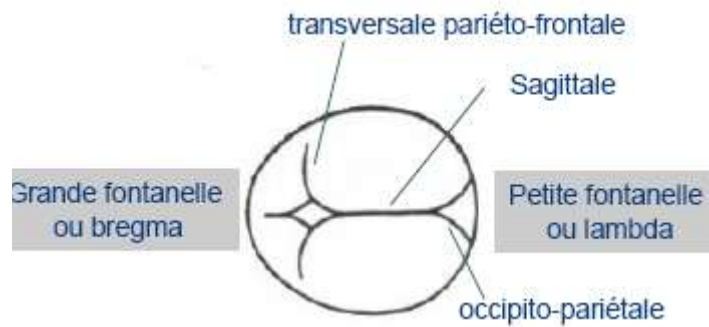
Selon les données classiques de la littérature, 10 à 20 % des fœtus sont en présentation postérieure en début de travail et approximativement 90% d'entre eux tournent vers l'avant permettant une expulsion en variété antérieure.

La fréquence des présentations postérieures persistantes se dégageant en variété occipitosacrée se situe, selon les publications, entre 1 et 8 % des accouchements [5].

2.3 Diagnostic

Le diagnostic des variétés postérieures s'avère souvent être un exercice difficile. En effet, comme l'ont démontré Dupuis et al [9] et Akmal et al [3], on note une nette diminution de la précision de l'examen clinique pour les variétés postérieures. Pour expliquer ce résultat, deux hypothèses peuvent être retenues. Tout d'abord, l'allongement de la durée de travail ainsi que la mauvaise accommodation de la tête fœtale sont responsables d'un taux élevé de bosse sérosanguine. D'autre part, la flexion imparfaite de la tête peut être responsable d'une erreur de diagnostic. La petite fontanelle est alors refoulée au bord de la présentation et peut être confondue avec le début de la grande fontanelle. Ainsi, dans le diamètre oblique gauche, une OIDP peut être confondue avec une OIGA.

Ces difficultés expliquent un diagnostic souvent tardif pendant le travail, voire seulement à l'expulsion.



2.3.1 L'interrogatoire

A l'interrogatoire, les femmes décrivent souvent des douleurs lombaires importantes. Devant l'intensité de ces douleurs de travail, on parle souvent de « l'accouchement par les reins ». Il s'avère alors important de rechercher un antécédent d'accouchement difficile ayant nécessité une extraction instrumentale ou une césarienne.

2.3.2 Examen obstétrical

➤ Palpation de l'abdomen :

La palpation permet de constater que la présentation est longitudinale formant un ovoïde à grand axe verticale et à grosse extrémité supérieure.

On recherche alors :

- le pôle céphalique est à la partie basse de l'utérus. Il est palpé entre les deux mains placées de part et d'autre de la présentation en plongeant vers l'excavation pelvienne (manœuvre de Léopold) : celui-ci est rond, dur et régulier.
- le siège se situe dans la région fundique de l'utérus : il est plus mou, plus volumineux et présente des contours moins réguliers.
- Le plan du dos est repéré par la manœuvre de Budin. La main gauche, placée sur le fond utérin, exerce une pression sur le siège du fœtus et permet ainsi d'accentuer sa flexion générale ; le dos devient alors plus saillant. La main droite identifie, sur l'un des côtés du ventre, un plan plus dur : le dos. Ce plan, en continuité avec le siège en haut, est séparé de la tête en bas par une dépression : le sillon du cou.

Lors d'une présentation postérieure, les doigts ne perçoivent souvent que le bord latéral du plan du dos contrairement aux variétés antérieures où ce dernier est largement accessible.

Un contrôle échographique peut être fait si un doute persiste (femme obèse, multipare).

➤ L'auscultation foetale

Les bruits de cœur fœtal sont perçus au niveau de la saillie de l'épaule antérieur, souvent de façon équivalente des deux cotés de la ligne médiane. Ils sont souvent plus éloignés de la ligne médiane de l'abdomen que dans le cas des variétés antérieures.

➤ Le toucher vaginal

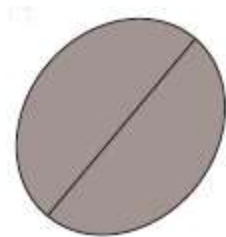
Le toucher vaginal, en l'absence d'anomalie, est réalisé toutes les heures à partir de la mise en travail.

Le toucher vaginal :

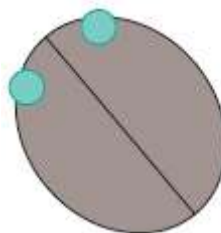
- Confirme le diagnostic de présentation céphalique et permet d'apprécier la hauteur de la présentation par rapport au détroit supérieur.
- Permet d'apprécier l'effacement, la dilatation du col et l'intégrité de la poche des eaux (rupture souvent plus précoce en cas de variété postérieure)
- Permet de déterminer la variété de position de la présentation : en cas de variété postérieure, la fontanelle postérieure est située en arrière (à droite ou à gauche)
- Permet d'apprécier le degré de flexion de la tête fœtale : la perception de la fontanelle antérieure aide au diagnostic d'une moindre flexion céphalique, fréquente dans les variétés postérieures.

2.3.3 Le diagnostic échographique

L'échographie en salle de naissance trouve toute sa place lorsque persiste un doute diagnostic sur le type de variété de position (présentation haute, existence d'une bosse sérosanguine). Elle permet de repérer les orbites en avant et ainsi d'éviter les prises asymétriques fronto-occipitales du forceps.



A



B

A : variété occipito-iliaque gauche antérieure, les globes oculaires ne sont pas visibles

B : variété occipito-iliaque gauche postérieure, au moins un des globes oculaires est visible



C

C : aspect échographique d'une présentation occipitosacrée avec les deux globes oculaires visibles

Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemovel A, Quéreux C, Maillot R. Conduite à tenir au cours de l'accouchement. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-D27, 1998,35p*

Tableau I : Eléments diagnostiques des présentations du sommet

	Variétés postérieures	Variétés antérieures
Tête	En bas	En bas
Occiput	Vers l'arrière	Vers l'avant
Front	Vers l'avant	Vers l'arrière
Plan du dos	Mal perçu	Bien perçu
Sillon du cou	Mal perçu	Bien perçu
Bruits du cœur	Ext/ligne médiane	Proche ligne médiane
Toucher vaginal	OIDP ou OIGP	OIDA ou OIGA

J Lansac, G body, F Perrotin, H Marret, Pratique de l'accouchement, 3^{ème} édition, Masson, Paris 2001

2.4 Phénomènes mécaniques des OIDP (variété la plus fréquente)

L'accouchement de la tête dans les variétés occipitopostérieures peut être aussi eutocique que dans les occipitoantérieures mais présente néanmoins quelques particularités.

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- l'effacement et la dilatation du col (première période du travail)
- l'expulsion ou sortie du fœtus (deuxième période du travail)
- la délivrance ou expulsion des annexes qui ne sera pas traitée ici

2.4.1 L'effacement et la dilatation

La première phase du travail est sous la dépendance des contractions utérines (CU). On reconnaît les contractions de travail à leur caractère involontaire, intermittent et rythmé. Elles sont séparées par un intervalle de temps de plus en plus court et sont d'intensité croissante. Elles se propagent du fond de l'utérus jusqu'à sa partie basse et sont le plus souvent douloureuses.

Les contractions utérines vont être responsables de la dilatation du col de l'utérus et de la progression du mobile fœtal.

➤ Effets des CU sur l'utérus :

Les CU (de fin de grossesse et de travail) permettent la formation et l'ampliation du segment inférieur (SI), prélude des modifications cervicales caractéristiques du travail. Puis sous l'effet des contractions, l'orifice interne s'entrouvre, le col se raccourcit et s'intègre à la partie basse du SI. Du col, ne persiste qu'un orifice qui s'ouvre progressivement jusqu'à dilatation complète (10cm). Chez la primipare, l'effacement du col précède sa dilatation. Chez la multipare, les deux phénomènes sont le plus souvent contemporains.

La présentation fœtale, d'autant plus qu'elle est eutocique, apporte aux CU un point d'appui solide qui en facilite les effets. Les variétés postérieures sont caractérisées par des travaux souvent plus longs. En effet, la flexion imparfaite de la tête est responsable d'une mauvaise sollicitation du col et donc d'un effet moindre des CU.

- Effets des CU sur la poche des eaux :

Les CU vont entraîner la formation de la poche des eaux. L'amnios et le chorion, tendus par le liquide amniotique en regard de la dilatation, font une saillie plus ou moins marquée. Cette dernière est d'autant plus importante que l'accommodation foeto-pelvienne est mauvaise, ce qui explique les ruptures souvent plus précoces dans les variétés postérieures.

- Effets des CU sur le mobile fœtal :

Les CU poussent le fœtus vers le bas afin qu'il franchisse les différents étages de la filière génitale.

2.4.2 L'expulsion

- L'engagement :

On dit d'une présentation qu'elle est engagée quand sa plus grande circonférence (plan passant par les bosses pariétales) a franchi le plan du DS (en dessous du diamètre PRP) [1]

Orientation : les dimensions du détroit supérieur les plus utilisables étant les diamètres obliques, la tête fœtale oriente son grand axe suivant le diamètre oblique gauche. L'occiput est en arrière en regard du sinus sacro-iliaque très vaste. Le front, en avant, en regard de l'éminence ilio-pectinée gauche, présente une courbure qui s'adapte moins bien que celle de l'occiput à l'arc antérieur du bassin. Des espaces restent donc inoccupés.

Flexion : la flexion habituelle du fœtus est imparfaite dans les variétés postérieures : le dos fœtal étant en regard du rachis maternel, la convexité de celui-ci tend à défléchir la tête fœtale. De plus, l'occiput ne rencontre pas la résistance passive assurée, dans les variétés antérieures, par l'arc antérieur du bassin.

Le contact du front avec la symphyse pubienne s'effectuant plus tardivement, la flexion fœtale est retardée et moins complète que dans les variétés antérieures.

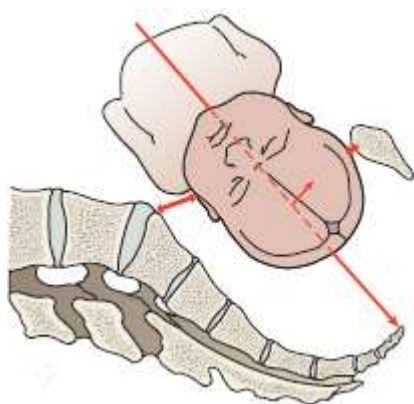
L'amointrissement nécessaire à l'engagement est moins marqué, le diamètre d'engagement de la tête fœtale n'est donc plus le sous-occipito-bregmatique (95mm) mais le sous-occipito-frontal (110mm) plus grand.

Asynclitisme et déformations de la tête fœtale :

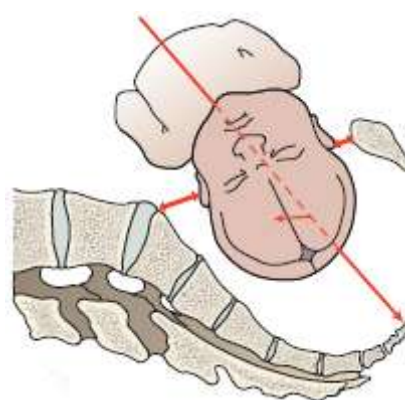
L'asynclitisme est le degré d'inclinaison latérale de la tête fœtale par rapport au plan du détroit supérieur. Il peut être antérieur ou postérieur.

Si la suture longitudinale se projette dans l'axe du DS, la présentation est dite synclite sinon elle est qualifiée d'asynclite [2]. L'asynclitisme est principalement rencontré lors de disproportion foeto-pelvienne, soit davantage dans les cas de variétés postérieures.

De la même manière, on observe davantage de déformations plastiques du crâne dans les variétés de position postérieures. Le chevauchement des pariétaux peut être considérable, la tête se retrouvant allongée de bas en haut.



Asynclitisme postérieur



Asynclitisme antérieur

Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemovel A, Quéreux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours de l'accouchement. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-D27, 1998, 35p

Selon Merger : « Flexion imparfaite et partant présentation de diamètres plus grands, voilà le caractère essentiel des occipitopostérieures ».

➤ Descente et rotation intra-pelvienne (annexe I) :

La rotation de la tête fœtale est la conséquence de son état de flexion.

Même dans les variétés postérieures, la rotation se fait le plus souvent en avant (dans 90 à 97% des cas). Mais l'occiput doit tourner de 135° dans le sens des aiguilles d'une montre et non pas seulement de 45° comme dans les variétés antérieures. L'ampleur de cette rotation, associée le plus souvent à un moindre degré de flexion, explique pourquoi ces variétés correspondent souvent à des travaux plus longs.

La rotation peut se faire à des niveaux variables de la filière génitale.

Différentes théories ont été proposées afin d'expliquer ce phénomène [2] :

- Théories thoraciques : « Le tronc tourne, la tête suit ». La rotation de la tête est la conséquence des pressions exercées sur le corps du fœtus dont elle est solidaire.
- Théories céphaliques : « la tête tourne, le tronc suit »

La théorie du plancher pelvien de Varnier : basée sur la forme et la tonicité des muscles releveurs.

La théorie de l'appui pelvien de Jarousse : elle assimile le bassin à un cylindre creux et la tête fœtale à une sphère pleine contenue dans le cylindre.

Dans certains cas, la rotation s'amorce, puis marque un arrêt bloquant la tête en position transverse dans l'excavation.

Parfois, l'occiput tourne vers le sacrum (2 à 3% des cas). Cette rotation « anormale » est la marque d'une mauvaise accommodation et la conséquence d'une tonicité insuffisante des muscles du plancher pelvien.

➤ Le dégagement (annexe II) :

Il peut s'effectuer en occipitopubien, comme pour les présentations antérieures.

Parfois le dégagement s'effectue en occipitosacré. Ce type de dégagement est consécutif à la rotation en arrière de la tête fœtale dans les variétés postérieures.

Le front arrive alors sous la symphyse pubienne. L'occiput, grâce à un complément de flexion de la tête (contact avec le bord inférieur de la symphyse), va parcourir la face antérieure du sacrum puis du périnée. Ce mouvement amène le sous-occiput au contact de la commissure postérieure de la vulve.

Par la suite, la tête se défléchit, laissant apparaître successivement le bregma, le front, le nez, la bouche puis le menton.

Les dégagements en occipitosacré exposent le périnée, très distendu, aux déchirures.

Les arrêts de progression ainsi que les défauts de rotation étant fréquents, une extraction instrumentale est souvent nécessaire.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

1 Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude sont d'une part, de déterminer l'existence de facteurs prédictifs d'une rotation spontanée en occipitopubien et d'autre part, de comparer les conséquences maternelles, fœtales et obstétricales des dégagements en occipitopubien versus ceux en occipitosacré.

Lors de la mise en place de cette étude, nous voulions également comparer l'efficacité des rotations manuelles à celle des rotations instrumentales et déterminer leurs conséquences respectives sur le mode d'accouchement. Les tentatives infructueuses des rotations manuelles et instrumentales n'étant pas renseignées, nous n'avons pas pu répondre à ce dernier objectif.

2 Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude prospective de cohorte réalisée à la Polyclinique de l'Atlantique, maternité de niveau 2A, ayant pratiqué 5143 accouchements au cours de l'année 2007. Notre étude porte sur l'analyse des dossiers de 379 patientes entre le 1^{er} juin 2007 et le 30 novembre 2007.

2.1 Mise en place de l'étude

Afin de mener au mieux notre étude et d'être dans la mesure de répondre à nos objectifs, nous avons besoin de connaître pour chaque patiente :

- L'utilisation ou non de positions maternelles
- Le type de positions utilisées : décubitus latéral avec ou non hyperflexion de la cuisse, position gynécologique, le quatre pattes, l'association de différentes positions.
- Le mode de rotation : spontanée, manuelle ou instrumentale
- La variété au dégagement : occipito-sacré, occipito-pubien

Pour répondre à ce besoin, des items ont été ajoutés au logiciel « gynélog » en vigueur à la maternité de la polyclinique de l'Atlantique.

Les sages-femmes devaient apporter les renseignements cités ci-dessus pour chaque patiente présentant une variété de position postérieure.

2.2 Sélection des patientes

Les patientes sélectionnées pour notre étude présentent une présentation du sommet ayant été diagnostiquée comme étant une variété occipitopostérieure.

Une première sélection a constitué un ensemble de 426 dossiers potentiellement analysables.

Afin d'éviter les biais certains, dus à la prématurité et aux grossesses multiples, nous avons choisi d'inclure dans notre étude, uniquement les femmes présentant une grossesse singleton, à terme (>37 SA), en présentation céphalique. Les césariennes programmées ont été exclues

Ces critères nous ont amené à la sélection de 379 dossiers.

Parmi les patientes correspondant à ces critères, 72,6% (n=275) ont eu un diagnostic de variété postérieure posé durant le travail, 23,7% (n=90) à dilatation complète et 3,7% (n=14) au moment de la césarienne. (voir schéma page 44)

2.3 Recueil de données

Le recueil des données générales et obstétricales de chacune des patientes a été réalisé directement sur ordinateur à l'aide des programmes « Excel » et « Epidata ».

La particularité de ce recueil concerne celui des différents éléments du partogramme.

Pour chaque patiente nous avons réuni un certain nombre d'informations concernant :

- l'utilisation d'ocytocine : dilatation cervicale lors de la mise en route, quantité totale administrée
- la rupture de la poche des eaux : mode de rupture, dilatation et hauteur de la présentation à la rupture, couleur du liquide
- l'analgésie péridurale : dilatation lors de la pose, durée totale
- le moment du diagnostic, la variété et le degré de flexion de la présentation
- les durées : du travail, à dilatation complète, de rupture

- le mode de rotation (spontanée, manuelle ou instrumentale) ainsi que le moment de cette rotation (durant le travail, l'expulsion ou la césarienne)
- le mode d'accouchement (spontané, instrumental ou par césarienne)
- l'état du périnée, le mode de délivrance

2.4 Analyse statistique

2.4.1 Description

La description des variables qualitatives repose sur un pourcentage avec un intervalle de confiance à 95 % basée sur la loi normale ou la loi binomiale selon les effectifs (programme EPITABLE de Epi-Info v 6.04). La description des variables quantitatives repose sur la moyenne et un écart-type de la population. En cas de répartition asymétrique, la médiane est présentée avec l'étendue, avec la valeur la plus basse et la valeur la plus haute.

2.4.2 Comparaison

Pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode du χ^2 ou le test de Fisher selon les effectifs. Les moyennes sont comparées par le test t de Student. Le logiciel EPIDATA a été utilisé.

2.4.3 Analyse multivariée

Pour tenir compte du lien pouvant exister entre les facteurs, une analyse multivariée a été pratiquée en régression logistique, en pas-à-pas ascendant avec calcul d'un odds ratio avec son intervalle de confiance à 95 %. Le logiciel SPSS 4.0 a été utilisé.

3 Les résultats

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée est constituée de 379 femmes ayant accouchées à la Polyclinique de l'Atlantique entre le 1^{er} juin et le 30 novembre 2007.

Tableau II : Description de la population

Caractéristiques	Moyenne \pm écart-type [mini-maxi]
Age maternel (ans)	30.1 \pm 4.82 [18.4-40.4]
Parité	1.68 \pm 0.87 [1-6]
Terme (sa)	39.98 \pm 1.1 [37-41.8]

3.1.1 Parité

On observe 52.5 % de primipares (n = 199) contre 47.5% de multipares (n = 180).

A noter que dans notre étude, les patientes sont considérées comme primipares avant l'accouchement.

3.1.2 Terme

Le terme moyen observé à l'accouchement est de 39.98 SA \pm 1.1.

16.3 % (n=63) des grossesses s'achèvent à un terme supérieur à 41 SA.

3.1.3 Indice de masse corporelle (IMC) et prise de poids

L'IMC moyen de notre population est de 22.58 kg/m² \pm 3.97.

72% (n=270) des patientes présentent un poids « normal » avec un IMC compris entre 18.5 et 25

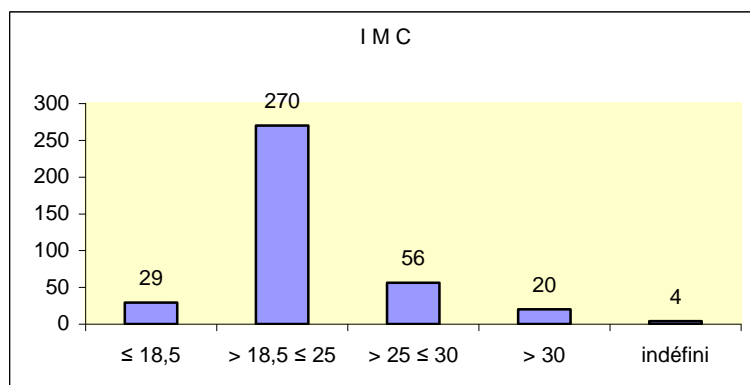
7.8 % (n=29) des patientes ont un poids insuffisant avec un IMC inférieur à 18.5.

14.9 % (n=56) sont en surpoids avec un IMC compris entre 25 et 30

5.3 % (n=20) sont obèses avec un IMC supérieur à 30

Pour 4 dossiers, l'IMC des patientes n'a pu être calculé en raison d'un manque de données.

Graphe I : Répartition de la population étudiée en fonction de l'IMC



De plus, les femmes étudiées ont une prise de poids moyenne de $13.05 \text{ kg} \pm 4.38$. La médiane est égale à 13kg (0-32).

3.1.4 Taille

Les femmes étudiées ont une taille moyenne d' $1.64\text{m} \pm 0.054$. La médiane est égale à la moyenne (1.50-1.86).

3.1.5 Examen clinique du bassin et radiopelvimétrie

On observe que pour 47 % des dossiers étudiés, l'examen clinique du bassin est renseigné. Pour 96.5 % (96.62) de ces patientes, le bassin est défini comme « cliniquement normal ». Pour 3.5 %, il est qualifié de limite. Nous avons choisi de regrouper sous le terme « limite », les bassins qualifiés de transversalement rétréci, de généralement rétréci et de limite (annexe III).

Tableau III : Compte-rendu des radiopelvimétries en fonction des données de l'examen clinique du bassin

Radiopelvimétrie	Réalisée normale n = 21 n (%)	Réalisée pathologique n = 7 n (%)	Non réalisée n = 351 n (%)
Examen bassin			
Cliniquement normal (n=172)	11 (6.4)	2 (1.2)	159 (92.4)
Limite (n=6)	3 (50)	2 (33.3)	1 (16.7)
non renseigné (n=201)	7 (3.5)	3 (1.5)	191 (95)

Ont été prises en compte les radiopelvimétries réalisées au cours de la grossesse actuelle ainsi que celles réalisées lors de grossesses antérieures.

Lorsque la radiopelvimétrie a été réalisée lors d'une grossesse précédente, nous avons alors pris en compte l'examen clinique du bassin correspondant.

Les radiopelvimétries qualifiées de pathologiques sont celles pour lesquelles on a retrouvé un indice de Magnin < 23 et/ou un diamètre bi-ischiatique < 9.5 cm.

3.1.6 Antécédents obstétricaux de dystocie mécanique

Dans le but d'établir un lien avec le sujet de notre étude, nous avons choisi de nous limiter à l'existence d'antécédents de dégagement en OS, d'extraction instrumentale pour non progression du mobile fœtal et de césarienne pour stagnation de la dilatation ou pour non engagement de la présentation. La population étudiée est donc celle des multipares (n=180)

10 (5.55 %) patientes présentaient un antécédent de dégagement en OS, 20 (11.11%) un antécédent d'extraction instrumentale et 4 (2.22 %) un antécédent de césarienne.

Aucun antécédent de ce type n'a été retrouvé pour 98 (54.44%) d'entre elles.

Pour 26.66% (n=48) des dossiers, la variété de dégagement, l'indication d'extraction instrumentale ou de césarienne n'était pas renseignée.

3.1.7 Pathologies

94.7 % (n=359) des patientes n'ont développé aucune pathologie durant leur grossesse. On retrouve 2 cas (0.5 %) de cholestase intra-hépatique gravidique, 11 cas de diabète gestationnel (2.9%) et 7 cas (1.9 %) d'hypertension artérielle gravidique.

D'un point de vue fœtal, 97.3 % (n=369) des grossesses ont été sans particularités. On note 6 cas (1.6%) de macrosomie fœtale et 4 cas (1.1%) de RCIU.

D'un point de vue obstétrical, 96.7 % (n=367) des grossesses ont été physiologiques. On retrouve 7 cas d'oligoamnios (1.85 %) et 5 cas (1.06%) de rupture prématurée des membranes.

3.2 Facteurs prédictifs d'une rotation spontanée en occipitopubien

Il s'agit maintenant de déterminer l'existence de facteurs prédictifs d'une rotation spontanée en occipitopubien de fœtus se présentant en variété de position postérieure.

Pour cela, deux groupes de patientes ont été définis :

- Groupe 1 (n=226) : constitué des patientes pour lesquelles le fœtus se présentant en variété de position postérieure a tourné spontanément en occipitopubien.
- Groupe2 (n=153) : constitué, d'une part, des variétés postérieures ayant nécessité une rotation manuelle ou instrumentale et d'autre part, des variétés postérieures persistantes s'étant dégagées en occipitosacré.

3.2.1 Age maternel, IMC et Terme de la grossesse

Dans un premier temps, nous avons voulu déterminer si l'âge maternel, l'indice de masse corporelle (IMC) et le terme de la grossesse pouvaient être des facteurs prédictifs d'une rotation spontanée.

Tableau IV : Comparaison de l'âge maternel, de l'IMC et du terme entre les groupes 1 et 2

	Groupe 1 Moyenne ± écart-type n = 226	Groupe 2 Moyenne ± écart-type n= 153	p
Age maternel (ans)	30.4 ± 4.8	29.7 ± 4.9	0.20
IMC (kg/m ²)	22.4 ± 3.9	22.8 ± 4.0	0.37
Terme (SA)	39.9 ± 1.1	40.2 ± 1.1	0.009

* Groupe 1 : Rotation spontanée – Groupe 2 : Absence de rotation spontanée (pas de rotation ou rotation assistée)

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'âge maternel et l'IMC. Néanmoins, on constate que les fœtus qui effectuent une rotation spontanée (groupe 1) ont un terme significativement inférieur à ceux du groupe 2.

3.2.2 Parité

Tableau V : Comparaison de la parité entre les groupes 1 et 2

	Groupe 1 n (%)	Groupe 2 n (%)	Risque relatif	p
Parité				
Multipares (180)	123 (54.4)	57 (37.3)	1.47 (1.49 - 1.85)	0.0012

* Groupe 1 : Rotation spontanée – Groupe 2 : Absence de rotation spontanée (pas de rotation ou rotation assistée)

Les multipares sont significativement plus nombreuses dans le groupe des rotations spontanées (groupe1).

3.2.3 Le travail

Tableau VI : Comparaison des caractéristiques du travail entre les groupes 1 et 2

Caractéristiques	Groupe 1 n (%)	Groupe 2 n (%)	Risque relatif	p
Travail spontané (283)	172 (76.1)	111 (72.5)		0.47
Absence de maturation cervicale	206 (91.2)	130 (85.0)		0.07
Dilatation cervicale moyenne à l'admission (cm)	2.62 ± 1.73	2.33 ± 1.97		0.14
RPDE artificielle (267)	167 (73.9)	100 (65.4)		0.08
Dilatation moyenne à la rupture (cm)	4.38 ± 2.53	3.88 ± 2.66		0.07
Utilisation d'ocytocine (247)	138 (61.3)	109 (72.2)	0.85 (0.73 – 0.98)	0.035
Quantité totale moyenne (ml)	70.61 ± 74.26	92.68 ± 82.91		0.029
Analgésie péridurale	219 (96.9)	144 (94.1)		0.20
Dilatation moyenne à la pose d'APD (cm)	4.11 ± 1.78	3.98 ± 1.95		0.50

* Groupe 1 : Rotation spontanée – Groupe 2 : Absence de rotation spontanée (pas de rotation ou rotation assistée)

➤ Déclenchement du travail

Le mode d'entrée en travail a été spontané pour 66 % (n=250) des patientes, déclenché pour 25.3 % (n=96) et secondaire à une rupture de la poche des eaux pour 8.7 % (n=33) d'entre elles.

Les ruptures (n=33) mentionnées ci-dessus, n'ayant pas nécessité de déclenchement, ont été considérées comme des travaux spontanés.

Celles ayant nécessité une maturation cervicale et/ou un déclenchement par ocytocine ont été comptabilisées dans le groupe des déclenchements (n=96).

On observe un pourcentage plus important de mise en travail spontané chez les patientes présentant une rotation spontanée en occipitopubien mais ceci de manière non significative.

Le taux de maturation cervicale est plus élevé chez les patientes présentant une absence de rotation ou une rotation assistée (15% versus 8.8%) mais cette différence ne nous permet pas de mettre en évidence une incidence de la maturation sur la non rotation de la tête fœtale (p=0.07).

➤ Dilatation cervicale à l'admission

La dilatation cervicale moyenne à l'admission est de 2.50 ± 1.84 cm (les deux groupes confondus) avec, comme on peut s'y attendre, une moyenne significativement plus basse chez les primipares ($p < 10^{-7}$). En effet la dilatation moyenne chez les primipares est de 2.1 ± 1.61 cm contre 2.95 ± 1.97 cm chez les multipares.

Les patientes présentant une rotation spontanée de la tête fœtale ont une dilatation cervicale à l'admission supérieure aux patientes du groupe 2 (2.62cm versus 2.33cm). Néanmoins, les tests statistiques ne permettent pas de mettre en évidence de différence significative ($p=0.14$)

➤ Rupture de la poche des eaux

Dans 70.4% (n=267) des cas, la rupture de la poche des eaux est artificielle.

On observe que la rotation spontanée de la tête fœtale est associée à une rupture de la poche des eaux plus tardive (4.38cm versus 3.88cm) mais ceci de manière non significative.

De la même manière, nous constatons un pourcentage plus élevé de ruptures artificielles dans le groupe 1. Néanmoins, nous ne pouvons mettre en évidence de lien entre les ruptures artificielles et les rotations spontanées de la tête fœtale ($p=0.08$)

➤ Utilisation d'ocytocine

65.7 % des patientes ont eu un travail dirigé par ocytocine, avec un taux significativement plus élevé chez les primipares ($p < 10^{-5}$). Ainsi, 75.6 % des primipares ont reçu de l'ocytocine contre seulement la moitié des multipares.

Le recours à l'ocytocine est significativement plus fréquent chez les patientes présentant une absence de rotation spontanée ($p=0.035$).

De même, la quantité totale moyenne administrée est plus importante chez ces patientes et ceci de manière significative ($p=0.029$).

L'administration d'ocytocine est plus tardive chez les patientes présentant une rotation spontanée (4.51cm versus 4.38cm) mais les tests statistiques ne nous permettent pas de mettre en évidence de différence significative.

➤ Analgésie péridurale (APD)

96% des patientes ont bénéficié d'une APD. Nous ne sommes donc pas en mesure de pouvoir étudier son incidence éventuelle sur la rotation des variétés postérieures.

La dilatation cervicale moyenne à la pose est de 4.1 ± 1.84 cm.

3.2.4 Mécanique obstétricale

Tableau VII : Comparaison des éléments de mécanique obstétricale entre les deux groupes

	Groupe 1 n (%)	Groupe 2 n (%)	Risque relatif	p
OIDP** (227)	150 (69.1)	77 (65.3)		0.47
Présentation bien fléchie (230)	158 (72.1)	72 (59.5)	1.21 (1.02 -1.42)	0.02
Dilatation moyenne au diagnostic de la VP*** (cm)	7.01 ± 2.25	7.55 ± 2.46		0.03
Positions maternelles	175 (77.4)	111 (72.5)		0.33

* Groupe 1 : Rotation spontanée – Groupe 2 : Absence de rotation spontanée (pas de rotation ou rotation assistée)

** OIDP : présentation occipito-iliaque droite postérieure

*** : variété postérieure

➤ Variété de position et degré de flexion de la présentation

La variété de position ainsi que le degré de flexion de la tête fœtale sont renseignés dans respectivement 88.3% (n=335) et 90% (n=340) des cas. On retrouve un taux global d'OIDP de 67.8% (n=227) sans différence significative entre les deux groupes. Dans notre étude, la variété de position ne semble pas influencer une éventuelle rotation spontanée en OP.

Cependant une présentation bien fléchie semble favoriser une rotation spontanée de la tête fœtale permettant ainsi un dégagement en OP. En effet 72.1% (n=158) des présentations du groupe 1 ont une flexion satisfaisante contre seulement 59.5% (n=72) du groupe 2.

➤ Diagnostic de la variété de position postérieure

Notre étude montre, de manière significative, que dans le cas des rotations spontanées, le diagnostic de variété postérieure a été posé plus précocement. En effet, la dilatation cervicale moyenne au diagnostic est de 7 ± 2.25 cm chez les patientes du groupe 1 contre 7.5 ± 2.46 cm chez celles du groupe 2.

➤ Positions maternelles

Les professionnels ont eu recours aux positions maternelles dans 75.5% (n=286) des cas,. Pour 67.1 % (n=192) des patientes une seule position a été utilisée ; le plus souvent le décubitus latéral avec hyperflexion de la cuisse supérieure.

La rotation spontanée n'est pas associée à une plus grande fréquence d'utilisation des positions maternelles : 77.4 % dans le groupe 1 contre 72.5 % dans le groupe 2. (p=0.33).

3.2.5 Poids de naissance du nouveau-né

Le poids moyen des fœtus ayant effectué une rotation spontanée en OP ($3338 \pm 419\text{g}$) a tendance à être inférieur à celui des fœtus n'ayant pas tourné ou dont l'extraction a nécessité une rotation manuelle ou instrumentale ($3417 \pm 495\text{g}$) mais ceci de manière non significative.

Afin de tenir compte des liens pouvant exister entre nos différents facteurs, une analyse multivariée a été réalisée.

La parité, le degré de flexion de la tête fœtale, le terme ainsi que l'utilisation d'ocytocine restent significatifs, tandis que la rupture artificielle de la poche des eaux le devient.

Tableau VIII : Facteurs prédictifs de rotation spontanée

Variables	Odd-Ration (OR)	Intervalle de confiance (IC) à 95%	p
Multiparité	1,79	1,11 – 2,89	0,016
RAPDE*	1,68	1,01 – 2,80	0,045
Ocytocine	0,43	0,25 – 0,74	0,002
Meilleure Flexion	4,85	1,78 – 13,30	0,002
Terme plus Jeune	1,29	1,04 – 1,61	0,019

* RAPDE : Rupture Artificielle de la Poche des Eaux

3.3 Conséquences maternelles, fœtales et obstétricales OP versus OS

Dans un second temps, nous allons tenter de démontrer que les conséquences maternelles, fœtales et obstétricales lors d'un dégagement en occipitosacré (OS) sont différentes de celles observées lors d'un dégagement en occipitopubien (OP).

Pour cela deux groupes ont été définis :

- groupe A : constitué de l'ensemble des dégagements en OP soit 325 patientes.
- groupe B : constitué de l'ensemble des dégagements en OS soit 54 patientes.

Tableau IX : Comparaison des modalités d'accouchement entre les groupes A et B

	Groupe A n=325 n (%)	Groupe B n=54 n (%)	Risque Relatif de B / A	p
Ocytocine	208 (64.6)	39 (72.2)		0.35
Travail \geq 12h	53 (16.4)	12 (22.2)		0.33
Durée moyenne du travail (h)	7.86 \pm 3.81	8.36 \pm 4.16		0.38
Durée DC** > 2h	28 (9.2)	9 (25.7)	2.8 (1.4 – 5.5)	0.007
Durée moyenne à DC** (h)	0.80 \pm 0.78	1.29 \pm 0.98		0.0007
LA teinté ou méconial	47 (14.5)	7 (13.2)		1.00
Accouchement				
Spontané	211 (64.9)	14 (25.9)	1 6.6 (3.8 – 11.5)	< 10⁻⁵
Instrumentale	95 (29.2)	19 (35.2)		
Césarienne	19 (5.8)	21 (38.9)		
Périnée (339)				
Périnée intact + Déchirure	215 (70.3)	15 (45.5)	1	0.0056
Episiotomie	91 (29.7)	18 (54.5)	1.8 (1.3 – 2.6)	
Hémorragie du post-partum	9 (2.8)	3 (5.6)		0.39
Apgar <7 à 1mn	6 (1.8)	5 (9.3)	5.0 (1.6 – 15.9)	0.0115
Apgar <7 à 5mn	1 (0.3)	1 (1.9)		0.26
Ph artériel \leq 7,20	24 (9)	5 (11.4)		0.58
PN (g)	3 358 \pm 417	3 439 \pm 625		0.23

* Groupe A : Dégagement en occipitopubien – Groupe B : Dégagement en occipitosacré

**DC : dilatation complète

3.3.1 Les conséquences obstétricales

➤ Utilisation d'ocytocine :

Comme indiqué dans le chapitre précédent, 65.7 % des patientes se sont vu administrer de l'ocytocine au cours du travail.

Le recours aux ocytociques est plus fréquent chez les patientes du groupe B mais ceci de manière non significative ($p=0.35$). De la même manière, la quantité moyenne totale administrée est plus importante dans ce groupe mais ceci, toujours de manière non significative ($p=0.13$).

➤ Durée du travail

Si l'on considère l'ensemble des patientes ($n=379$), la durée de travail moyenne observée est de 7.91 ± 3.88 heures.

Les patientes dont le fœtus s'est dégagé en OS ont une durée de travail supérieure à celles dont le fœtus s'est dégagé en OP sans différence statistique significative.

On observe un pourcentage plus important de travail supérieur à 12h chez les patientes du groupe B mais cette différence est non significative

➤ Durée à dilatation complète

La durée moyenne à dilatation complète est significativement plus longue dans le cas des variétés postérieures persistantes se dégageant en OS ($p=0.0007$). En effet, la durée moyenne est de 1.29 ± 0.98 h chez les patientes du groupe B tandis qu'elle n'est que de 0.80 ± 0.78 h chez les patientes du groupe A.

Le pourcentage de patientes étant restées plus de deux heures à dilatation complète est plus important dans le groupe B et ceci de manière significative ($p=0.007$)

➤ Couleur du liquide amniotique

82.6 % ($n=313$) des patientes présentent un liquide clair, 11.6 % ($n=44$) un liquide teinté, 2.6 % ($n=10$) un liquide méconial, 2.6 % ($n=10$) un liquide sanglant et 0.5 % ($n=2$) une absence de liquide.

L'analyse statistique ne permet pas de retrouver de différence significative entre les groupes en ce qui concerne le pourcentage de liquide teinté ou méconial.

➤ Le mode d'accouchement

Celui-ci a été spontané dans 59,4 % (n=225) des cas, secondaire à une extraction instrumentale dans 30,1 % des cas et par césarienne dans 10,5 % (n=40) des cas.

La proportion d'accouchement par voie basse spontanée est significativement plus importante chez les patientes accouchant en OP. En effet, seulement 25,9 % (n=14) des patientes du groupe B ont accouché par voie basse spontanée contre 64,9 % (n=211) des patientes du groupe A.

On retrouve également des taux d'extractions instrumentales et de césarienne significativement plus importants pour le groupe des dégagements en OS ($p < 10^{-5}$).

3.3.2 Les conséquences fœtales

➤ Apgar à 1 et 5 minutes de vie

Les nouveau-nés qui se dégagent en OS présentent, de manière significative, un taux plus important d'Apgar inférieur à 7, à 1 minute de vie.

Néanmoins cette différence significative entre les deux groupes n'est pas retrouvée pour les Apgar à 5 minutes de vie.

➤ Ph artériel

La mesure du Ph artériel est renseignée pour 82,3 % (n=312) des nouveau-nés ; sa valeur moyenne étant de $7,30 \pm 0,07$.

9,3 % (n=29) des nouveau-nés présentent un Ph artériel inférieur à 7,20. A noter qu'ils ne sont pas significativement plus nombreux dans le groupe B (dégagement en OS).

➤ Poids de naissance

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

3.3.3 Les conséquences maternelles

➤ Lésions périnéo-sphinctériennes

Sur l'ensemble de notre population ayant accouché par voie basse soit n =339, on retrouve un taux d'épisiotomie équivalent à 32.1 % (n=109)

Les patientes du groupe B (dégagement en OS) présentent un taux significativement plus important d'épisiotomies (RR = 1.8 [1.3-2.6])

En effet, plus de la moitié des patientes du groupe B (54.5 %) ont eu une épisiotomie contre seulement 29.7 % des patientes du groupe A (dégagement en OP).

Par conséquent, le nombre de périnée intact ou présentant de simples déchirures superficielles est plus important chez les patientes du groupe A (70.3 versus 45.5 % groupe B).

A noter qu'aucune déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré n'a été retrouvée dans notre étude.

➤ Hémorragie du post-partum

On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la survenue d'hémorragie du post-partum.

Toujours dans le but de prendre en compte les éventuels liens pouvant exister entre les facteurs, une analyse multivariée a été réalisée.

Elle montre que la parité, le mode d'accouchement et la durée supérieure à 2 heures à dilatation complète restent significatifs.

Tableau X : Conséquences d'un dégagement en occipitosacré

Variables	Odd-Ration (OR)	Intervalle de confiance (IC) à 95%	p
Durée > 2h à DC *	3,26	1,27 – 8,40	0,014
E.I **	12,60	1,69 – 90,9	0,013

* DC : Dilatation Complète

** EI : Extraction Instrumentale

TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

1 Les critiques de l'étude

1.1 Les limites

La principale limite rencontrée dans notre étude est le taux très important d'analgésie péridurale. En effet, 94 % des patientes qui ont accouché à la Polyclinique de l'Atlantique durant l'année 2007 ont bénéficié de ce type d'analgésie.

Dans le cadre de notre étude, ce taux passe à 96 % des patientes.

1.2 Les points forts

Nous avons été dans la mesure de réaliser une étude prospective et de cohorte grâce à la participation de toute l'équipe.

Un des points forts de l'étude est le nombre de dossiers recensés soit $n = 379$ ce qui constitue un nombre non négligeable de données nous permettant d'avoir des résultats significatifs.

Nous pouvons également souligner le bénéfice d'avoir pu introduire au logiciel « gynélog » certains items propres à la réalisation de ce mémoire. En effet, l'obtention de ces données a permis une analyse plus pertinente et plus complète de la mécanique obstétricale des variétés postérieures.

2 Epidémiologie

Entre le 1^{er} juin et le 30 novembre 2007, 2599 accouchements ont été réalisés à la Polyclinique de l'Atlantique (voies hautes et voies basses confondues).

Notre étude retrouve donc une incidence de variétés postérieures égales à 16.3 % sur cette même période avec un taux de variétés postérieures persistantes se dégageant en occipitosacré égal à 2.1 %.

Si l'on se réfère aux données des traités d'obstétrique [1] [2], en début de travail, 10 à 20% des fœtus sont en présentation postérieure et approximativement 90 % d'entre eux effectuent une rotation vers l'avant permettant un dégagement en occipitopubien.

Selon les publications, l'incidence des variétés postérieures est comprise entre 6 et 40 % avec un taux de dégagement en occipitosacré compris entre 1 et 8 %, ce qui correspond aux résultats de notre étude [10,18,19].

3 Facteurs prédictifs de rotation spontanée en occipitopubien

Les études de cohorte traitant uniquement des variétés postérieures sont peu nombreuses et aucune ne fait état des éventuels facteurs prédictifs d'une rotation spontanée en occipitopubien. En effet, elles comparent le plus souvent une population de variétés postérieures à une population témoin de variétés antérieures et s'intéressent davantage à la conduite à tenir lors du diagnostic d'une variété postérieure, à l'éventuelle incidence de la péridurale ou encore au pronostic maternel et fœtal des dégagements en occipitosacré.

3.1 La parité

Plusieurs études s'accordent à dire que l'incidence des variétés postérieures persistantes est plus importante chez les primipares que chez les multipares [10,18,21]. Aussi, Fitzpatrick et al [10] retrouvent une incidence de 2.4 % chez les primipares contre 1.3 % chez les multipares ($p < 0.001$ et IC à 95% 1.4-2.4).

A noter que dans d'autres publications, cette différence n'est pas mise en évidence [19].

En ce qui concerne notre étude, nous retrouvons la multiparité comme facteur prédictif de rotation spontanée (OR = 1.79 [1.11-2.89]).

3.2 Le terme à l'accouchement

Lors de notre sélection, seules les patientes qui présentaient un terme supérieur à 37 SA ont été retenues. Néanmoins, nous avons voulu déterminer si le terme influençait la rotation des variétés postérieures.

Notre étude met en évidence un terme moyen significativement plus petit dans la population des rotations spontanées (OR = 1.29 [1.04-1.61]). Ce résultat peut s'expliquer

par le fait qu'un terme inférieur est le plus souvent associé à des mensurations fœtales plus petites et à un poids de naissance moindre (en restant dans le cadre des fœtus eutrophes).

Ainsi, la descente et la rotation intra-pelvienne s'en trouvent facilitées pouvant expliquer un taux plus important de rotations spontanées.

Cependant, comme dans la plupart des études nous ne mettons pas en évidence de corrélation entre la persistance d'une variété postérieure et le poids de naissance de l'enfant [6,10,18].

3.3 L'analgésie péridurale

Depuis quelques années, le rôle de l'analgésie péridurale est évoqué comme cause du défaut de rotation de la tête fœtale en raison de la baisse d'activité musculaire qu'elle induit et de l'immobilité maternelle qui en résulte. En effet, Lieberman et al [15] retrouve un taux plus important de variétés postérieures persistantes chez les patientes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale (12.9 % versus 3.3 % en l'absence d'analgésie).

Cependant cette association pourrait être le résultat d'un facteur de confusion. A savoir que la demande d'analgésie péridurale est souvent plus forte chez les patientes ayant un fœtus en position postérieure en raison de l'intensité des douleurs lombaires.

Malgré un recours de plus en plus fréquent à ce type d'analgésie (47 versus 3 %), plusieurs études s'accordent pour dire que l'incidence des variétés postérieures n'a pas augmenté [10, 24].

Robinson et al [20] et Le Ray et al [14] estiment que c'est la hauteur de la présentation lors de la pose de l'analgésie qui détermine la malrotation. Ces deux études montrent que la pose de l'analgésie alors que la présentation fœtale est encore haute est associée à un pourcentage plus élevé de variétés postérieures persistantes (26.5 versus 13.6 % si pose quand présentation fixée).

Notre étude relevant un taux d'analgésie péridurale égal à 96 %, nous n'avons pas été en mesure de pouvoir analyser ce facteur.

3.4 Rupture de la poche des eaux

Il y a encore quelques années, on préconisait une rupture de la poche des eaux la plus tardive possible car on pensait que cette poche favorisait la dilatation cervicale [1].

On sait aujourd'hui que c'est la contraction utérine qui est la cause principale de la dilatation et qu'une bonne accommodation de la présentation favorise les effets de celle-ci sur le col.

Plus la présentation est dystocique (mauvaise flexion de la tête), plus la poche est bombante et prête à se rompre ; ce qui explique une rupture souvent plus précoce lors de variétés postérieures.

Notre étude retrouve un taux plus élevé de rupture artificielle de la poche des eaux lors d'une rotation spontanée (OR = 1.6 [1.01-2.80] ainsi qu'une dilatation moyenne à la rupture supérieure.

Si l'on suppose que l'absence de rotation spontanée est due à une flexion imparfaite de la tête, nos résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les ruptures sont plus précoces lors de mauvaise flexion de la tête fœtale.

On peut donc imaginer que dans le groupe des rotations spontanées les présentations sont mieux fléchies, expliquant une rupture de la poche des eaux plus tardive et donc un taux plus élevé de ruptures artificielles.

Ainsi, la nécessité de rompre artificiellement la poche des eaux peut être considérée comme un indicateur de bonne flexion et par conséquent comme un facteur en faveur d'une rotation spontanée.

3.5 Le degré de flexion de la tête fœtale

La flexion habituelle du fœtus est moindre dans les variétés postérieures. Pour cause, le dos fœtal est en regard du rachis maternel et la convexité de celui-ci tend à défléchir la tête fœtale.

L'occiput, lors de sa descente dans le sinus sacro-iliaque, ne rencontre pas de point d'appui. L'absence de forces d'opposition est alors responsable d'une déflexion de la tête. Cependant, la tête se fléchit secondairement lorsque le front prend contact avec la symphyse pubienne.

On assiste donc à une flexion de la tête plus tardive et moins complète que dans les variétés antérieures.

La rotation de la tête fœtale étant la conséquence de son état de flexion, la flexion souvent imparfaite des variétés postérieures explique leurs difficultés à tourner. D'autant plus qu'elles doivent effectuer une rotation de 135° pour amener l'occiput sous la symphyse pubienne. Beaucoup plus rarement, l'occiput tourne vers le sacrum témoignant d'une mauvaise accommodation (dégagement en occipitosacré).

Cette mécanique explique pourquoi, dans notre étude, les rotations spontanées en occipitopubien sont associées à un taux plus important de présentations bien fléchies (OR = 4.85 [1.78-13.3]).

La bonne flexion de la présentation apparaît donc comme un facteur prédictif de rotation spontanée en occipitopubien.

3.6 L'utilisation d'ocytocine

L'utilisation d'ocytocine ressort, dans notre étude, comme un facteur associé à une absence de rotation spontanée. En effet, le recours à l'ocytocine est 2.3 fois plus fréquent lors d'une absence de rotation qu'en cas de rotation spontanée (IC à 95 % [1.35-4]).

Ceci s'explique en partie, par le fait qu'en l'absence de rotation de la tête fœtale, une perfusion d'ocytocine est fréquemment mise en place pour accentuer les contractions utérines et ainsi augmenter les chances de flexion et de la rotation de la présentation en avant.

De plus, on peut supposer, aux vues de certaines études, que la persistance d'une variété postérieure peut être associée à un pourcentage plus élevé de déclenchements à l'ocytocine [10,18].

Cette dernière supposition ne ressort pas de manière significative dans notre étude.

4 Les conséquences maternelles, fœtales et obstétricales des dégagements en occipitosacré

Les publications et données de la littérature, en relation avec notre second objectif, étant beaucoup plus denses, nous sommes dans la mesure de comparer nos résultats aux leurs.

Rappelons que notre étude porte sur une cohorte de variétés postérieures et que notre objectif est de démontrer que les variétés postérieures se dégageant en occipitosacré ont un pronostic maternel, fœtal et obstétrical moins favorable, du moins plus réservé que celles se dégageant en occipitopubien.

Dans un souci de logique, nous avons choisi de débiter cette analyse par les conséquences obstétricales ; les conséquences maternelles et fœtales émanant la plupart du temps des modalités obstétricales.

4.1 Conséquences obstétricales

Le pronostic moins favorable des variétés postérieures est bien connu (en comparaison avec celui des variétés antérieures). Elles sont souvent associées à des grossesses prolongées, à des déclenchements du travail difficiles, à l'utilisation de fortes doses d'ocytocine dans le but de pallier aux dystocies dynamiques plus nombreuses et enfin à des durées de travail plus longues [10, 18, 21]. A noter que ces études, à la différence de la notre, ont comparé une population de variétés postérieures à une population témoin de variétés antérieures.

4.1.1 Les durées

Fitzpatrick et al [10] retrouvent un taux de 12 % de durées de travail supérieures à 12h en ce qui concerne les variétés postérieures contre 1.7 % pour les variétés antérieures (primipares et multipares confondues). Dans cette série, les pourcentages de déclenchements du travail ainsi que de recours à l'ocytocine sont aussi significativement plus élevés pour le groupe des variétés postérieures.

Cependant, certaines études comme celle de Riethmuller et al [19] démontrent que la durée de travail n'est pas significativement allongée dans le cas des variétés postérieures persistantes.

Observation que nous retrouvons dans notre cohorte de variétés postérieures. En effet, lorsque nous comparons les patientes ayant accouché en occipitopubien et celles ayant accouché en occipitosacré, la durée du travail n'est pas prolongée de manière significative pour ces dernières.

Ceci pourrait en partie s'expliquer par la réalisation peut-être plus précoce d'une césarienne devant une dystocie mécanique ou dynamique résultant d'une variété postérieure persistante.

En ce qui concerne le temps d'expulsion, donnée que nous n'avons pu traiter dans notre étude, Riethmuller et al [19] ne montre pas d'allongement dans le cas des variétés postérieures. Ils invoquent un probable biais statistique secondaire au taux d'extraction instrumentale (augmenté d'un facteur de 2.3 par rapport à la population générale).

Notre étude montre, quant à elle, un allongement significatif de la durée moyenne à dilatation complète lors d'un dégagement en occipitosacré ($p = 0.0007$). Le pourcentage des patientes restant plus de deux heures à dilatation complète est plus élevé dans ce même groupe (OR = 3.2 [1.4-7.7]). La descente dans l'excavation pelvienne est moins aisée que dans les variétés antérieures, en effet, la moins bonne adaptation du front à la courbure ilio-pectinée (par rapport à l'occiput) aboutit à une mauvaise flexion céphalique augmentant d'autant les diamètres de la présentation. Pour l'expulsion des occipitosacrées, sont nécessaires une flexion accentuée de la tête et un parcours périnéal plus long que dans les variétés occipitopubiennes. Ces deux conditions peuvent être une explication à cet allongement temporel retrouvé dans notre étude.

4.1.2 L'ocytocine

Les différentes études s'accordent à dire que les variétés postérieures persistantes sont associées à une augmentation significative des doses d'ocytocine administrées [10, 18]. Ainsi, Ponkey et al [18] retrouvent une augmentation pour 48.9 % des variétés postérieures mais pour seulement 36.8 % des variétés antérieures ($p < 0.001$).

Du fait que nous n'ayons pas comparé notre population de variétés postérieures à une population témoin de variétés antérieures, ce résultat ne ressort pas dans notre étude.

4.1.3 Le mode d'accouchement

Les différentes études s'accordent à dire que les accouchements spontanés sont rares chez la primipare, de l'ordre de 26 à 29 %, et sont également moins fréquents chez la multipare (55 à 57 %) [10,18,21].

Fitzpatrick et al [10] et Ponkey et al [18] mettent en évidence un taux d'extraction instrumentale (ventouse ou forceps) beaucoup plus élevé lors d'un dégagement de la tête en occipitosacré par rapport à un dégagement en occipitopubien ce qui s'accorde avec les résultats de notre étude ($p < 10^{-5}$).

Comme dans d'autres études, nous retrouvons un pourcentage de césariennes plus élevé en cas de variétés postérieures persistantes (OR = 6.6 [3.8-11.5]) [10,18].

Concernant notre population de variétés postérieures se dégageant en occipitosacré, 61.9 % (versus 57.5 % sur l'ensemble de notre population) ont été césarisés pour stagnation de la dilatation, 14.3 % (versus 20 %) pour défaut d'engagement de la tête fœtale et 23.8 % (versus 22.5 %) pour une autre indication (anomalies du RCF, utérus cicatriciel, ...).

Il arrive, du fait d'une mauvaise flexion, que la présentation reste bloquée au détroit moyen ou que la mère, en raison d'une expulsion longue et laborieuse, n'ait plus la force de pousser.

Les variétés postérieures persistantes, en raison de leur caractère souvent plus dystocique, nécessitent fréquemment le recours à une extraction instrumentale.

4.2 Conséquences maternelles

4.2.1 Complications périnéales

Lors d'un dégagement en occipitosacré, les déchirures périnéales du troisième et quatrième degré sont redoutables à cause de l'important diamètre du dégagement qu'est l'occipito-frontal mesurant 11 à 12 cm [5]. Deux études démontrent qu'elles sont multipliées par un

facteur de 3 à 4 lors d'une extraction instrumentale (forceps ou ventouse) [4,23]. Le risque périnéal étant majeur, le recours à l'épisiotomie doit être facile sans pour autant devenir systématique. En effet, Riethmuller et al [19] constatent que trois des cinq lésions de haut degré recensées dans leur série sont survenues lors de l'application du forceps et recommandent donc l'épisiotomie médio-latérale à chaque utilisation de cet instrument. Cependant, une autre étude montre qu'au contraire elle augmenterait le risque d'atteinte du sphincter anal en cas de forceps (OR = 3.1 [1.6-5.8]) [4].

Les différentes publications relèvent un taux d'épisiotomies élevé en cas de dégagement en occipitosacré ce qui correspond aux données de notre étude. En effet, on note que les patientes dont le fœtus se dégage en occipitosacré ont 1.8 fois plus d'épisiotomie que celles pour lesquelles il se dégage en occipitopubien.

Avec le problème des lésions périnéales se pose celui du choix de l'instrument lorsqu'une extraction instrumentale s'avère nécessaire. Le pronostic maternel et fœtal des grandes rotations par forceps réalisées à la partie moyenne de l'excavation semble mauvais au vu des résultats de l'étude de Palaric et al [17]. Ils comptabilisent, en effet, 4 cas de fistules vésico-vaginales et une incontinence anale secondaire à ces rotations.

Plusieurs auteurs pensent que la ventouse est moins traumatisante, car ne s'appuyant pas sur les tissus mous, qu'elle est mécaniquement plus efficace car améliorant la flexion céphalique ; de plus elle permet un meilleur contrôle du dégagement [5,17,19].

Cependant, Benavides et al [4] mettent en évidence un taux d'échec plus important avec la ventouse (33 % versus 13.6 % avec forceps), l'explication se trouvant peut-être dans un axe de traction inadéquat.

Nous pouvons conclure en disant que la ventouse semble être un bon instrument pour l'extraction des variétés de position postérieures [17,19].

En ce qui concerne notre étude, le choix de l'instrument était totalement opérateur-dépendant ; lié principalement à son expérience et à sa formation. Nous avons relevé 16 % d'extractions par forceps, 60.5 % par spatule et 25.5 % par ventouse. En raison d'un manque de données, nous n'avons pu comparer les extractions par forceps à celles réalisées par ventouse.

4.2.2 Hémorragie du post-partum

Dans notre étude, la survenue d'hémorragie du post-partum n'est pas plus fréquente à la suite d'un dégagement en occipitosacré par rapport à un dégagement en occipitopubien.

Différents auteurs notent, néanmoins, d'importantes pertes sanguines pouvant s'expliquer, en partie, par les fréquentes lésions périnéales traumatiques bien connues pour être hémorragiques.

De plus, un travail prolongé, fréquent dans les variétés postérieures persistantes, est un facteur de risque d'hémorragie du post-partum.

4.3 Conséquences fœtales

Il est communément admis que le pronostic fœtal des variétés postérieures persistantes est moins favorable que celui des variétés antérieures ; ceci pouvant s'expliquer par des extractions souvent difficiles.

La publication de Cheng et al [6] retrouve, dans cette population, des scores d'Apgar à cinq minutes inférieurs (OR = 1.50 [1.17-1.91]), des acidoses plus fréquentes (OR = 2.05 [1.52-2.77]) et des traumatismes obstétricaux plus nombreux (OR = 1.77 [1.22-2.57]).

Néanmoins, Ponkey et al [18] montrent que les complications néonatales comme un Apgar < 7 à 5 minutes de vie, une macrosomie fœtale ou encore une acidose ne sont pas plus fréquentes dans leur population de dégagement en occipitosacré ; ce qui correspond à nos résultats.

En effet, les Apgar à une minute de vie sont inférieurs lors d'un dégagement en occipitosacré mais sont comparables à ceux de la population à cinq minutes.

Pour certains, le pronostic fœtal dépend de l'instrument d'extraction utilisé [19].

Notre étude ne retrouve pas les complications fréquemment attribuées au forceps telles la paralysie faciale ou les lésions du plexus brachial ni celles attribuées à la ventouse telles que le céphalhématome ou l'ictère.

QUATRIEME PARTIE : LE ROLE DE LA SAGE-FEMME

La sage-femme est la première interlocutrice des femmes. Son rôle est primordial à tous les niveaux, et particulièrement en salle de naissance.

1 L'importance du diagnostic

La détermination de la variété de position en début de travail paraît fondamentale. En effet, les variétés postérieures paraissent moins eutociques que les variétés antérieures avec un pronostic obstétrical, maternel et fœtal souvent moins favorable [16,17,18]

Le diagnostic de la variété de position repose essentiellement sur le toucher vaginal mais peut être corroboré par un contrôle échographique. L'étude d'Hidar et al [12] retrouve un taux de concordance entre le toucher vaginal et l'échographie de 85.7 %. Toutefois, ce taux de concordance est différemment apprécié dans la littérature et peut varier de 20 à 80 % [5,9]

Afin de réduire la fréquence et les complications des variétés de position postérieures, il est primordial que les étudiantes sage-femme précisent dès l'entrée en salle de naissance le côté du dos, qu'elles apprennent à déterminer dans quel oblique se trouve la suture sagittale du crâne et enfin qu'elles apprennent à différencier la petite fontanelle de la grande [5].

Compte tenu des complications pouvant résulter de la persistance d'une variété de position postérieure, la sage-femme doit être en mesure d'en faire le diagnostic le plus tôt possible. Des douleurs lombaires intenses, la formation d'une bosse sérosanguine, une mauvaise flexion de la présentation doivent faire évoquer ce diagnostic.

Dès l'entrée en salle de naissance et dès que la dilatation cervicale le permet, la sage-femme doit tenter de déterminer la variété de présentation ; le côté du dos fœtal peut être une aide précieuse.

Comme le souligne Haddad et al [11], l'erreur est toujours de 180° et peut s'expliquer par une mauvaise détermination de la fontanelle postérieure. Ainsi une OIGA peut être confondue avec une OIGP.

On imagine facilement que l'expérience de l'opérateur est déterminante [3] ; pour cela les étudiantes sage-femme doivent apprendre le plus tôt possible à différencier la petite fontanelle de la grande. Apprentissage parfois rendu difficile par l'existence d'une bosse sérosanguine, d'un asynclitisme ou d'une mauvaise flexion de la tête mais indispensable pour la prise en charge des patientes.

2 Intérêt des positions maternelles

Au cours du travail, le mobile fœtal et le bassin se confrontent. La position de la parturiente joue un rôle important dans cette interaction, en faisant correspondre les axes de poussée utérine et d'engagement.

Le changement de position au cours du travail, en agissant sur la dynamique du bassin et en modifiant ses dimensions, va optimiser l'accommodation foeto-pelvienne. Les positions adaptées sont très variées ; elles doivent cependant répondre à un critère important : l'absence de cambrure.

Il est alors légitime de penser que les positions maternelles ont toute leur place dans la prise en charge des variétés de position postérieure.

La sage-femme devrait être en mesure de proposer à la patiente certaines positions notamment antalgiques dans le but de soulager ses douleurs lombaires mais aussi de favoriser une rotation spontanée de la tête fœtale.

Bernadette de Gasquet propose, particulièrement dans la prise en charge des variétés postérieures, l'utilisation du décubitus latéral avec hyper-flexion de la cuisse supérieure et en cas d'échec, le quatre pattes [7].

Le décubitus latéral bascule le bassin et libère le sacrum, créant ainsi une asymétrie qui améliore les problèmes d'asynclitisme et aide à l'engagement. Toutes les positions asymétriques favorisent la confrontation céphalo-pelvienne ainsi que la rotation du fœtus pendant la descente, par la différence de tension des releveurs.

La position à quatre pattes, si elle est peu acceptée dans notre culture, présente plusieurs avantages, comme ceux d'étirer la colonne lombaire et de libérer le sacrum. Elle constitue une position antalgique en cas de dorsalgie et la pesanteur qu'elle induit tend à faire tourner le dos du fœtus vers l'avant [25].

Les positions gynécologiques ou en décubitus dorsal doivent être évitées car il n'y a aucune raison que le fœtus tourne en antérieur contre la gravité.

L'analgésie péridurale, même si elle limite la mobilisation, ne doit pas être un frein à l'utilisation de ces positions.

Aucune étude, à ce jour, n'a su démontrer l'efficacité réelle de ces positions (dans notre étude 77.4 % versus 72.5 %) [13]. Il reste donc nécessaire que les sages-femmes poursuivent l'évaluation de cette pratique.

En cas d'absence de rotation spontanée, le recours à la rotation manuelle semble être une bonne alternative.

3 La rotation manuelle

10 à 20 % des présentations du sommet sont en variété de position postérieure lorsque le col est à dilatation complète [1]. Ces présentations postérieures tendent spontanément à tourner en antérieure ; néanmoins 2 % d'entre elles se dégageront en occipitosacré si aucune manœuvre n'est effectuée.

Les dégagements en occipitosacré sont responsables de nombreuses lésions périnéales et de pronostics fœtaux parfois réservés tandis que les extractions par forceps sont grevées de complications materno-fœtales parfois gravissimes.

Dans ces situations, la rotation manuelle représente une alternative intéressante pouvant être réalisée par la sage-femme. La technique de rotation la plus fréquemment retrouvée est celle s'effectuant lorsque la tête fœtale est fixée voire engagée et, généralement lorsque la dilatation est complète (description de Tarnier). La patiente est placée en position gynécologique et la vessie évacuée. L'opérateur place deux doigts en appui derrière l'oreille fœtale droite pour les variétés postérieures gauches ou derrière l'oreille gauche pour les variétés droites et attend la contraction utérine (CU). Lors de la CU associée à un effort de poussée de la patiente, l'opérateur exécute un mouvement de rotation de la tête

fœtale pour amener l'occiput sous la symphyse pubienne. Cette manœuvre pouvant être responsable d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, ce dernier doit être sous contrôle permanent.

Plusieurs études se sont intéressées à l'intérêt de la rotation manuelle, à ses facteurs de réussite ainsi qu'à ses éventuelles complications.

Ainsi Haddad et al [11] retrouvent un taux global de succès des rotations manuelles de 89.1%. Ce taux est d'autant plus élevé que la rotation est réalisée à dilatation complète et à titre prophylactique. A noter que lorsque l'indication de la rotation est une stagnation de la dilatation ou un défaut d'engagement de la présentation, ce taux est abaissé (28.6 %) par rapport à celui observé pour ces rotations dites « prophylactiques » (97.3 %).

Dans la publication de Shaffer et al [22], la multiparité et un âge maternel < 35 ans sont associés à un taux de rotations manuelles réussies plus importants ainsi qu'à une diminution du taux de césarienne.

Les déchirures vaginales et les anomalies du rythme cardiaque fœtal sont les deux anomalies fréquemment décrites [11].

Ainsi, lorsque la patiente est à dilatation complète (voire un peu avant) et que la présentation est fixée, une rotation manuelle devrait être systématiquement tentée.

La manœuvre est délicate et nécessite une bonne maîtrise de la mécanique obstétricale ; qualités indispensables à l'exercice du métier de sage-femme.

CONCLUSION

Notre étude démontre qu'un certain nombre de facteurs semblent intervenir dans le mécanisme des rotations spontanées de la tête fœtale en occipitopubien.

La multiparité, une bonne flexion de la tête fœtale ainsi qu'un terme inférieur (en restant dans le cadre des grossesses > 37 SA) sont retrouvés comme étant des facteurs prédictifs de rotation spontanée.

A l'inverse une rupture prématurée des membranes peut témoigner d'une mauvaise accommodation foeto-pelvienne et ainsi suggérer qu'une rotation sera plus difficile.

Ces données paraissent intéressantes quant à la prise en charge des patientes dont le fœtus se présente en variété de position postérieure et doivent être considérées par les professionnels afin d'adapter au mieux leur conduite à tenir.

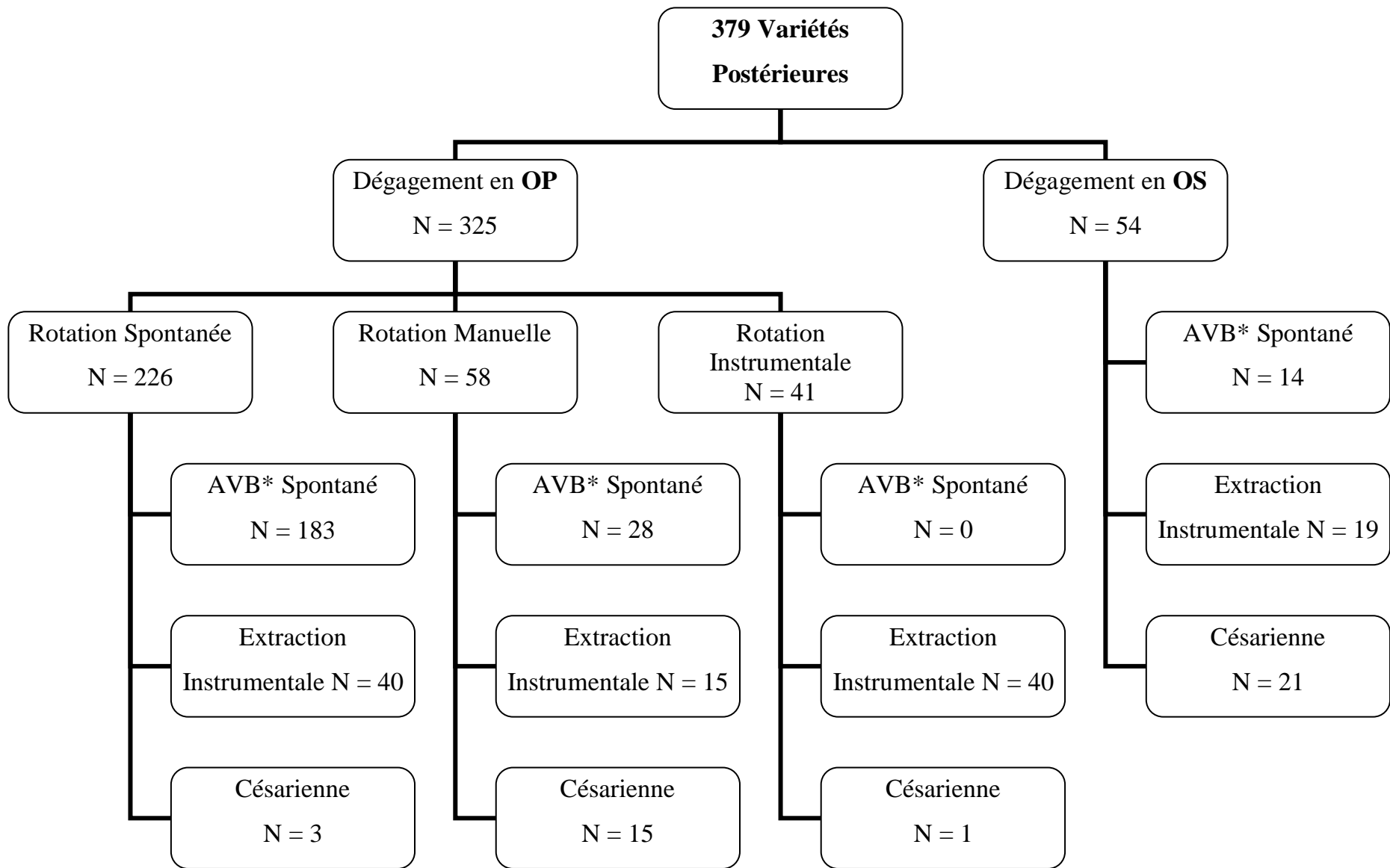
Le pronostic des variétés postérieures persistantes est classiquement moins favorable que celui des variétés antérieures tant sur le plan fœtal que maternel.

Ces présentations sont fréquemment associées à un travail plus long, à des extractions instrumentales plus nombreuses et des complications périnéales plus fréquentes.

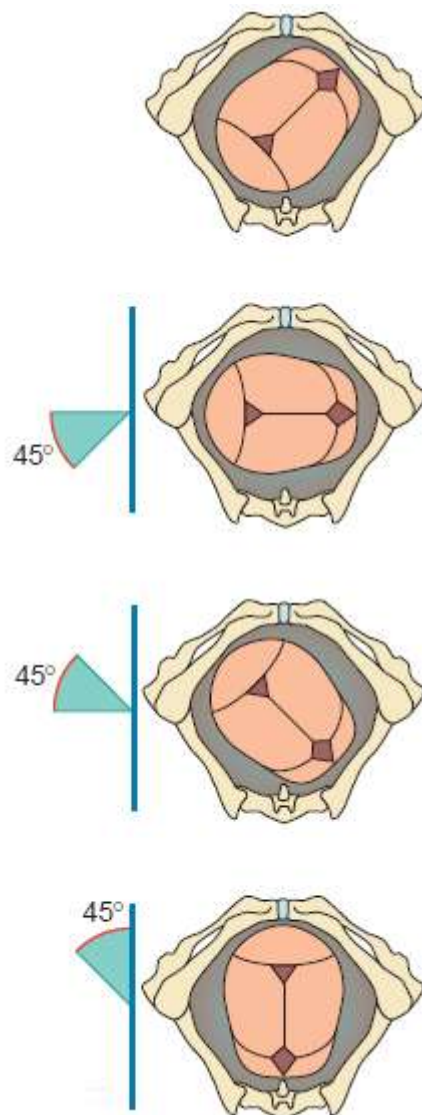
La conclusion de Dubois et Lebreton [8] nous semble intéressante : « l'occipitosacrée ne saurait être considérée comme une présentation dystocique, mais comme une présentation résultant de conditions particulières, nécessitant un mécanisme spécial et susceptible de se compliquer beaucoup plus souvent que les variétés antérieures ».

La survenue possible de complications nécessite donc une prise en charge attentive et adaptée impliquant pour les sages-femmes une bonne connaissance et une bonne maîtrise de la mécanique obstétricale.

Si on se réfère à la littérature, quelques mesures simples pourraient améliorer le pronostic de ces présentations. Tout d'abord, éviter autant que possible la pose d'analgésies péridurales sur des présentations fœtales non fixées, mais également encourager la pratique de la rotation manuelle notamment par les sages-femmes et enfin recourir préférentiellement à la ventouse lorsqu'une extraction instrumentale est nécessaire [5].



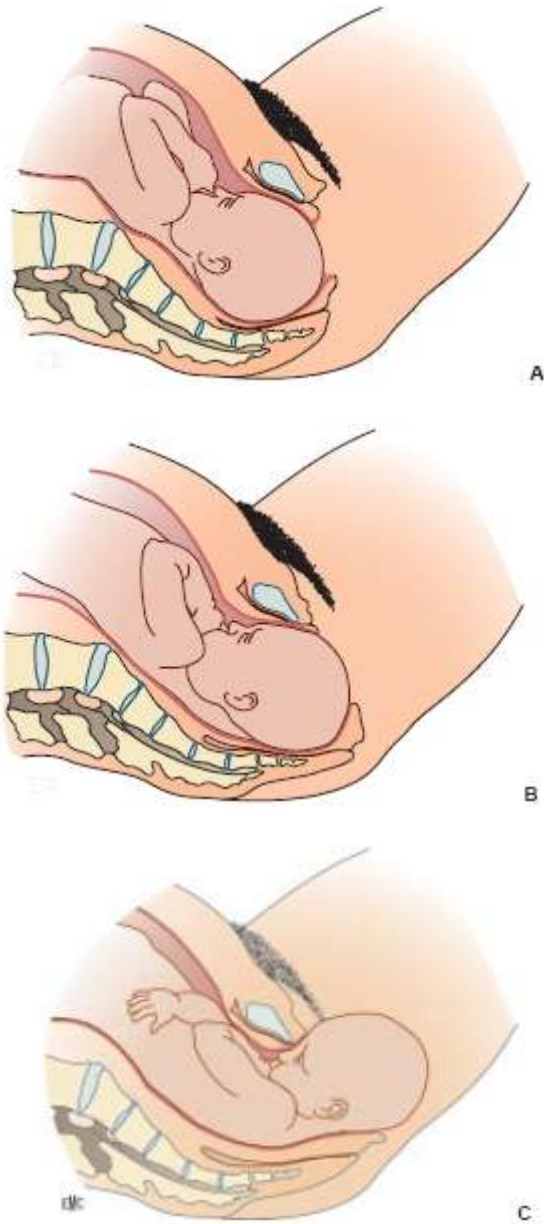
ANNEXE I



62 Rotation d'une occipito-iliaque droite postérieure.

Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemovel A, Quéréux C, Maillot R. Conduite à tenir au cours de l'accouchement. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-D27, 1998, 35p*

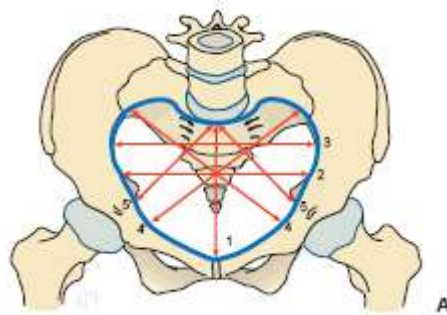
ANNEXE II



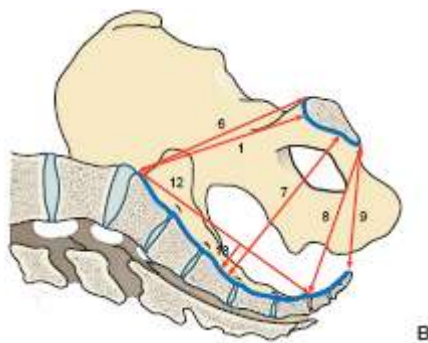
Dégagement en occipitosacré

Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemovel A, Quéréux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours de l'accouchement. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-D27, 1998, 35p*

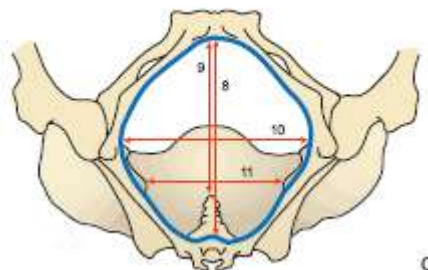
ANNEXE III



Détroit Supérieur



Excavation et Déroit Moyen



Détroit Inférieur

(1) Prémontoretropubien PRP – (2) Transverse Médian TM - (10) Bi-ischiatique

Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemovel A, Quéreux C, Maillot R. Conduite à tenir au cours de l'accouchement. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-D27, 1998, 35p*

Tableau IV. – Classification « pratique ».

Basins	PRP (mm)	TM (mm)	Indice de Magnin	Bi-ischiatique (mm)	BI-ischiatique (mm)
« normaux »	> 105	> 115	> 23	> 95	> 90
« limites »	< 105 > 85	< 115 > 95	< 23 > 20	< 95 > 80	< 90 > 80
« chirurgicaux »	< 85	< 95	< 20	< 80	< 80

RESUME :

En début de travail, 10 à 20 % des fœtus se présentent en variété de position occipito-postérieure, et approximativement 90 % d'entre eux effectuent une rotation vers l'avant, permettant un dégagement en occipitosacré.

Les objectifs de cette étude ont été, d'une part de déterminer l'existence de facteurs prédictifs d'une rotation spontanée en occipitopubien, d'autre part de comparer le pronostic materno-fœtal des dégagements en occipitosacré à celui des dégagements en occipitopubien.

Une étude prospective de cohorte a été réalisée à la Polyclinique de l'Atlantique du 1^{er} juin au 30 novembre 2007. Cette étude a consisté en l'analyse de 379 dossiers de patientes dont le fœtus se présentait en variété occipito-postérieure.

Les facteurs prédictifs d'une rotation spontanée de la tête fœtale, retrouvés dans notre étude, sont la multiparité, une bonne flexion de la tête fœtale ainsi qu'un terme inférieur.

De plus, les variétés postérieures persistantes sont associées à un taux élevé d'extractions instrumentales, un recours plus fréquent à l'épisiotomie ainsi qu'à un allongement de la seconde partie du travail.

La littérature retrouve d'autres complications telles qu'un allongement de la durée de travail, des déchirures périnéales du 2^{ème} et 3^{ème} degrés ainsi qu'un Apgar à 5 minutes de vie plus souvent inférieur à sept ; différences que nous n'avons pu mettre en évidence.

Mots-clés : variété occipito-postérieure, dégagement en occipitosacré, accouchement, rotation manuelle, pronostic materno-foetal