

## **Accouchement du siège par voie vaginale : enquête sur l'attitude, la pratique et la connaissance des médecins en spécialisation de gynécologie et d'obstétrique. *Vaginally Breech Delivery: Survey on Attitude, Practise Andknowledge of Doctors in Obstetric Gynecology Specialization.***

**EFFOH D<sup>1</sup>, GONDO D<sup>1</sup>, LOUÉ V<sup>1</sup>, KOFFI SV<sup>2</sup>, BONI SE<sup>3</sup>.**

1 : Maître-assistant, 2 : Interne des hôpitaux 3 : Professeur titulaire  
Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody

**Correspondance :** [effohdenis@yahoo.fr](mailto:effohdenis@yahoo.fr)

---

### **RÉSUMÉ**

**Introduction.** L'accouchement de siège par voie vaginale est un accouchement dystocique. Il est marqué souvent par des complications fœtales per et post-partum. L'option de la césarienne systématique des présentations de siège a permis une réduction importante de ces complications. Ces meilleurs pronostics obtenus à travers cette option n'ont pas supprimé la pratique de l'accouchement de siège par voie basse dans certains de nos services hospitaliers. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les connaissances théoriques et pratiques des médecins en spécialisation en gynécologie et d'obstétrique et d'identifier les options futures.

**Méthodes.** C'est une étude multicentrique prospective et descriptive qui a été effectuée pendant un an et a concerné 87 médecins en spécialisation de gynécologie et d'obstétrique.

**Résultats.** L'ensemble des médecins (95,5%) avait reçu dans leur formation des encadrements théoriques contre 54 % qui avaient reçu une formation pratique. Trente et un pour cent (31%) des enquêtés avait opté pour une césarienne dès le diagnostic de présentation de siège était établi.

**Conclusion.** Ces résultats montraient que les futurs obstétriciens avaient un niveau de formation limité ce qui pouvait être à l'origine de certaines complications des accouchements de siège inopinés.

**Mots clés :** **Accouchement, Césarienne, Siège.**

### **ABSTRACT**

**Introduction.** Breech birth by virginal track is a dystoical labor. It is often marked with postpartum foetal complications. The systematic caesarean option of breech birth allowed a significant reducing of those complications. These best prognostics obtained throughout that option did not get rid of the practice of breech birth by normal way in some of our hospitals. The Aims of this study, was to evaluate practical and theoretical knowledge of doctors in gynecology and obstetrics specialty and identify future options.

**Method.** It is a multicenter prospective study that was carried out for one year and was concerned with 87 doctors in gynecology and obstetrics specialty.

**Results.** All the doctors (95.5%) had theoretical coaching during their training against 54% who had practical training. About 31% of the interviewee opted for a caesarean as soon as the breech presentation was set.

**Conclusion.** These results showed that the obstetricians to come have a limited training level and that could be the cause of the unexpected breech delivery complications.

**Keywords:** **Birthing, Caesarian, Breech**

## INTRODUCTION

La présentation de siège par voie vaginale est une présentation irrégulière. Ce type d'accouchement par les voies naturelles comporte un risque élevé de complications pour la mère avec une morbidité 4 fois plus élevée que celle de la population générale<sup>9,10</sup> mais aussi pour le nouveau-né avec une mortalité périnatale se situant entre 0,5% et 1%<sup>16</sup> à cause de la fréquence des manœuvres obstétricales traumatiques qu'il peut nécessiter. Cela est souligné par Hannah<sup>16</sup> qui, dans son essai randomisé multicentrique international, souligne l'avantage de la césarienne programmée sur l'accouchement par voie basse du fœtus en présentation du siège. Cet avantage repose sur une réduction significative de près de 70% de la mortalité périnatale et de morbidité néonatale sévère<sup>16,13</sup>. Aussi, l'option, désormais, de la plupart des praticiens pour la césarienne systématique devant le siège, n'empêche-t-elle pas certains accouchements de siège par les voies naturelles surtout dans les zones sous médicalisées comme l'Afrique sub-saharienne où les besoins non satisfaits en césarienne sont encore élevés. C'est pourquoi il est nécessaire pour tout obstétricien dans ces territoires faiblement médicalisés un bon niveau de compétence et de connaissance dans la pratique de ce mode d'accouchement.

Pour mener à bien ce travail nous nous sommes fixés des objectifs d'évaluer, pour l'année académiques 2014-2015, les connaissances théoriques et pratiques des médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique sur l'accouchement par voie basse du fœtus à terme en présentation du siège et d'identifier l'option future des médecins concernant l'accouchement du fœtus à terme en présentation du siège.

## MÉTHODES

C'est une étude multicentrique prospective et descriptive sur les connaissances, attitudes et pratiques de l'accouchement par voie basse du fœtus à terme en présentation du siège des médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique pour l'année universitaire 2014-2015 dans les quatre grands centres hospitaliers universitaires de Cote d'Ivoire.

Ont été inclus dans cette étude les médecins apprenants, c'est-à-dire les médecins régulièrement inscrits 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et en 4<sup>ème</sup> de D.E.S (Diplôme d'étude spécialisée) de gynécologie obstétrique au compte de l'année 2014-2015 et effectivement présents sur les sites de stage.

Pour évaluer ces étudiants une fiche d'apprentissage et des questionnaires ont été établis et utilisés par les apprenants et une liste de vérification des actes posés par les apprenants est destinée aux formateurs

## RÉSULTATS

Les médecins retenus dans l'étude et qui avaient reçu une formation théorique sur l'accouchement du siège par voie basse étaient au nombre de 84/87 soit 95,5%. En revanche, ces médecins en spécialisation, en plus de la pratique courante des accouchements de siège en salle de travail 46% parmi eux, avaient reçu des formations pratiques (Tableau I).

Notre étude montrait que 31% des médecins avaient indiqué une césarienne dès que le diagnostic de siège était posé pendant la parturition en salle d'accouchement à l'examen clinique et souvent à l'échographie. Ils affirmaient avoir été dans l'obligation de procéder à certains accouchements par voie basse devant l'état d'avancement du travail.

Un bilan préalable clinique et paraclinique pour explorer le fœtus et le bassin à la dernière consultation prénatale avaient été réalisés par 73,7% de nos internes D.E.S.

Les complications rencontrées étaient nombreuses, avec par ordre :

- la souffrance fœtale 10,2% ;
- les fractures d'os (clavicule, fémur...) 1,03%;
- et la rétention de la tête, 0,7%, ayant entraîné une mort fœtale.

Parmi les 87 médecins retenus pour les enquêtes, 33 (37,9%) parmi eux avaient déclaré maîtriser parfaitement ce type d'accouchement. Seulement 15/33, soit 45,5%, avaient accepté la programmation de l'accouchement par voie basse en présentation de siège (AVBS) comme option future à l'accouchement d'un fœtus en présentation du siège (Tableau II).

**Tableau I** : Réponses des médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique selon la formation théorique et pratique reçue.

Types de formation		n	%
Enseignement théorique	Oui	84	95,5
	Non	03	4,5
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100</b>
Enseignement pratique	oui	40	46
	Non	47	54
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100</b>

La formation théorique sur l'accouchement du siège par voie basse a concerné 62% des médecins. En revanche, seulement 46% des médecins en spécialisation avaient reçu une formation pratique sur l'accouchement du siège.

**Tableau II :** Relation entre la maîtrise (connaissance de la pratique) de l'AVBS et l'acceptation future de l'AVBS

Acceptation AVBS	n	%
Oui	15	45,5
Non	18	54,5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Seulement 45,5% des médecins maîtrisant l'accouchement par voie basse du siège opéreraient pour la programmation de l'accouchement par voie basse en présentation de siège dans le futur.

## DISCUSSIONS

Pour l'année universitaire 2014-2015, il y avait 112 médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique en Côte d'Ivoire. Parmi les 112 médecins, 87 avaient rempli correctement notre questionnaire, soit environ 77,6%. Les 25 médecins (22,4%) restant n'avaient pas pu répondre à notre questionnaire. Des études similaires rapportaient des taux de réponses de 65%<sup>7</sup> et 45,5%<sup>14</sup>. L'accouchement du fœtus en présentation du siège par voie vaginale est une situation angoissante pour l'équipe obstétricale. D'une part à cause de son caractère « potentiellement dystocique » et d'autre part à cause d'une morbidité et d'une mortalité périnatale 4 fois plus élevée que celle de la population générale<sup>9,10</sup>. Malgré les critères d'acceptation de la voie basse élaborée en 1994 par la fédération internationale de la gynécologie et d'obstétrique (FIGO)<sup>13</sup>, l'accouchement par voie basse du siège tend à disparaître de telle sorte que certains jeunes obstétriciens d'aujourd'hui n'en gardent pas une véritable expérience. Cela était rapporté dans l'étude de Gratius<sup>14</sup> en France en 2000 où 41,6% des internes en spécialisation de gynécologie obstétrique n'y avaient jamais réalisé un accouchement du siège par voie basse (AVBS).

La conséquence des publications favorables à la césarienne systématique<sup>16</sup> dans l'accouchement du siège a été immédiate et le taux de césarienne de nombreux pays a été multiplié par 4 à 8 points en 10 ans<sup>11,12</sup>, entraînant une chute du pourcentage d'accouchement par voie vaginale de 50% à 20% dans certains pays<sup>1-3</sup>.

Dans les pays comme le nôtre, où la pratique systématique d'une césarienne programmée est difficilement réalisable par déficit du plateau technique et surtout le retard à l'évacuation de ce type de présentation dans un contexte d'urgence, il reste donc impérieux que nos obstétriciens en spécialisation doivent continuer d'avoir une formation de qualité dans l'AVBS.

Lors de leur formation pour le D.E.S de gynécologie obstétrique en Côte d'Ivoire, il est recommandé que le médecin en spécialisation ait procédé à au moins 50 accouchements normaux, 20 accouchements instrumentaux et 10 accouchements du siège par voie basse.

L'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) considèrerait qu'un interne en gynécologie obstétrique devait avoir réalisé au moins 100 accouchements normaux et 40 accouchements assistés comprenant les extractions instrumentales et les AVBS<sup>14</sup>. Quant au Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) à travers le livret de l'interne, il recommandait aux internes de réaliser au moins 50 accouchements, incluant les présentations du siège et les grossesses gémellaires, 40 extractions instrumentales et 40 césariennes<sup>8</sup>.

L'accouchement de siège par voie basse (AVBS) est délicat et il est évident que la réalisation de seulement quelques AVBS ne peut permettre la maîtrise parfaite de cette pratique. Par exemple à la maternité du CHU de Cocody, l'accouchement du siège représentait seulement 7,3% des accouchements en 2013<sup>15</sup>. Dans cette étude 28,7% des médecins en spécialisation avaient déclaré réaliser moins de 05 AVBS et 32,2% déclaraient réaliser au plus 10 AVBS. Devant ce constat, l'expérience pratique des médecins en spécialisation, peut être réelle, mais est très limitée. Il n'est donc pas surprenant de constater un taux élevé de complications allant jusqu'à la mort fœtale. D'autres auteurs faisaient le même constat dans leurs études<sup>4,14</sup>.

Formation théorique et pratique des médecins à L'AVBS

Depuis de nombreuses années, en Côte d'Ivoire, les modalités de la formation théorique et pratique des médecins en spécialisation de gynécologie obstétricale n'ont pas été clairement définies concernant l'AVBS. Aujourd'hui, il s'agit d'une formation en pleine restructuration avec des objectifs clairs par année de spécialisation.

Dans notre étude, 95,5% des médecins ont répondu avoir reçu un enseignement théorique sur l'AVBS. En revanche, concernant l'enseignement pratique, seulement 46% des médecins en spécialisation ont pu bénéficier d'un enseignement pratique sur les manœuvres obstétricales de l'accouchement du siège, soit pendant l'AVBS, soit lors des césariennes. Le manque de volonté des apprenants et l'absence de matériels adéquats de formation tels que les mannequins de simulation des manœuvres obstétricales dans nos différentes structures, participent de ce bas niveau de formation pratique et théorique. Mais avec le système de tutorat dans la reformulation du D.E.S dans notre pays une lueur d'espoir existe.

L'utilisation de mannequins a été rapportée comme étant particulièrement efficace pour l'acquisition des manœuvres obstétricales telles que la réduction d'une dystocie des épaules ou les manœuvres sur fœtus en présentation du siège<sup>5,6</sup>. Alors que la totalité des CHU dans les pays développés disposent de mannequins, la situation de la formation théorique des internes français en gynécologie obstétricale à l'AVBS ne semble pas évoluer<sup>14</sup>. En effet, 41,6% des internes français ont déclaré n'avoir jamais reçu d'enseignement théorique sur l'AVBS, preuve que les mannequins mis à la disposition des internes sont sous utilisés, la majorité des internes ne saurait pas leur existence<sup>14</sup>.

Un enseignement théorique et un enseignement pratique de qualité doivent aboutir à des obstétriciens expérimentés et chevronnés en obstétrique et en particulier dans la maîtrise de l'AVBS. Dans notre étude, seulement 33 médecins en spécialisation, soit 37,9% avaient déclaré maîtriser l'AVBS. Ce taux d'acquisition de la maîtrise de l'AVBS était également influencé par le niveau de responsabilité confié aux médecins lors de leur formation. En effet sur les 33 médecins ayant déclaré maîtriser l'AVBS, 23 avaient été, au moins une fois, chef de garde. Seulement 10 médecins, parmi ceux qui n'ont jamais été chef de garde maîtrisaient l'AVBS.

Dans l'étude de Chinnock<sup>7</sup>, 53% des internes en dernière année, se sentaient en confiance pour la réalisation d'un AVBS. En effet, l'ancienneté pourrait témoigner de la prise de confiance et de l'expérience de nos internes en formation.

#### **Recommandation et Option future de la voie d'accouchement du siège**

Concernant les recommandations, Il n'existe pas de consensus sur les modalités de

l'accouchement du fœtus à terme en présentation du siège dans nos hôpitaux, en témoignent les réponses des médecins enquêtés. Selon leurs réponses, 27,6% avaient répondu que la césarienne était systématique dans leur service et que la prise en charge se faisait au cas par cas chez 72,4% des médecins.

Cependant, seulement 35,6% des médecins en spécialisation avait répondu réaliser pour le futur, un accouchement programmé par voie basse du fœtus en présentation du siège. Même parmi ceux qui avaient déclaré maîtriser l'AVBS, seulement 45,5% avaient dit accepter la programmation de l'AVBS. Dans l'étude de Gratius [14], une large majorité des internes seditait prête à envisager la pratique d'AVBS programmée dans leur pratique future. A l'inverse, sur les 53% des internes australiens qui avaient répondu maîtriser l'AVBS, seulement 11% envisageaient de pratiquer des AVBS programmés dans leur futur<sup>4</sup>.

#### **CONCLUSION**

L'indication systématique de césarienne de toute présentation de siège ne semble pas trouvée d'échos favorables dans certaines de nos écoles de formation. Les accouchements par voie basse du fœtus en présentation de siège sont souvent pratiqués dans certains cas. Un intérêt particulier doit être accordé dans la formation avec l'utilisation des mannequins et l'introduction du système de tutorat dans la reformulation du DES cela veut dire des D.E.S spécialement affectés à des enseignants pour leur formation pratique à l'accouchement du siège par voie basse ce qui donnerait à nos étudiants D.E.S une connaissance et une compétence de la pratique de l'accouchement de siège par voie vaginale.

#### **RÉFÉRENCES**

- 1- Bilodeau R, Marie R.** Breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130(5): 555-7.
- 2- Bingham P, Hird V, Richard, Lie Ford Ph.** Management of the nature selectd breech presentation: an analysis based on the intended method of delivery. *Br J Gynecol* 1987; 94; 746-52.
- 3- Brian C, James A, Roger B, Peter Van J.** Effect of foetal presentation on the amniotic fluid index. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181,5:129-32.
- 4- Caroyal M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F.** Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972-2003. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;132:20-6.

- 5- Carcopino X, Bats A.** Number of training positions in obstetrics and gynecology in France: Results from a national survey of trainees. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34:463-72.
- 6- Carcopino X, Bats AS.** What about fellowship for French residents in obstetrics and gynecology? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:242-6.
- 7- Chinnock M, Robson S.** Obstetrics trainees' experience in vaginal breech delivery implications for future practice. *Obstet Gynaecol* 2007;110:900-3.
- 8- CNGOF, Agof.** Livret de l'interne en gynécologie-obstétrique. 2008.
- 9- Daniel P, Peter J.** Route of delivery for the breech presentation: a conundrum. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173, 2.
- 10- Dellenbach P, Nisand I, Jacquemin D.** Présentation du siège. Mises à jour en gynécologie obstétrique. Vigot, Paris, 1979.123-38.
- 11- Deering S, Brown J, Hodor J, Satin AJ.** Simulation training and resident performance of singleton vaginal breech delivery. *Obstet Gynaecol* 2006; 107:86-9.
- 12- Deering S, Satin AJ.** Teaching infrequently used skills: Vaginal breech delivery. *Obstet Gynaecol* 2004;104:191-2.
- 13- FIGO.** Recommendations of FIGO on perinatal health on guidelines for the management of breech delivery. *Int J Gynecol Obstet*, 1994; 44 (3): 297-300.
- 14- Gratius E, Bourgain A, Carcopino X.** Accouchement par le siège : l'expérience des stagiaires français en gynécologie obstétrique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 Avr; 39(2):144-50.
- 15- Loué V.** Evolution des taux et des indications de césarienne au CHU de Cocody de 2002 à 2013. Mém D.E.S. de gynécologie obstétrique n° 1841: Abidjan, 2013.
- 16-Term Breech Trial Collaborative Group Hanna ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR.** Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomized multicentre trial, *Lancet* 2000; 356:1375 – 83.