

# Version du siège et médecines alternatives

Pour tenter de corriger la malposition du fœtus avant l'accouchement, il existe diverses techniques issues des médecines complémentaires et alternatives. L'auteure fait le point sur leur utilisation et leur efficacité en se basant sur les résultats des études les plus récentes.

Marie-Julia Guittier

La tentative d'accouchement par voie basse par le siège est de moins en moins proposée aux femmes, notamment en Suisse. Le mode d'accouchement par le siège est l'objet de nombreuses controverses depuis 15 ans, suite à la publication des résultats du Term Breech Trial<sup>[1]</sup>. A ce jour, il n'y a pas d'évidence d'un intérêt de pratiquer de manière systématique une césarienne élective quand des critères stricts de sélection des patientes éligibles à tenter un accouchement par voie basse par le siège sont respectés<sup>[2,3]</sup>. Néanmoins, une femme qui tente un accouchement par voie basse par le siège a un risque de césarienne en urgence en cours de travail supérieur à celui d'une femme qui tente un accouchement par voie basse avec une présentation céphalique. Une alternative possible est de tenter de corriger la malposition du fœtus avant l'accouchement.

Pour cela, il y a la tentative de version céphalique externe. C'est une intervention médicale qui comporte peu de risques lorsqu'elle est réalisée dans un environnement sécurisé. Cela dit, cette intervention est ressentie comme douloureuse pour la majorité des femmes, anxiogène à l'idée de recourir à la force pour tourner le fœtus contre son gré, et d'efficacité relative (30 à 70% selon les critères de sélection<sup>[4]</sup>). Beaucoup de femmes sont alors tentées de recourir à des techniques issues des médecines alter-

natives et complémentaires (MAC) comme les postures maternelles, l'acupuncture/moxibustion ou l'hypnose. Ces MAC sont perçues par les femmes comme efficaces, sûres, et plus douces pour elles et leur fœtus<sup>[5]</sup>. Notre rôle professionnel de sages-femmes est d'accompagner leurs décisions en respectant leurs valeurs, mais aussi en leur permettant de faire un choix le plus éclairé possible. Que dit la littérature scientifique au sujet de l'efficacité des MAC pour faire tourner un fœtus en siège?

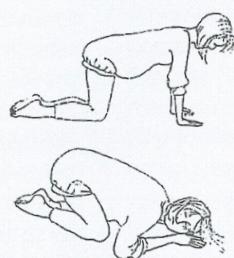
## Méthodes posturales

Les techniques posturales maternelles indiquées pour faire tourner les fœtus tête en bas sont essentiellement deux positions dérivées du yoga et appelées «pont indien» ou «génou-pectorale»:

La version «indienne»



La position génou-pectorale



Elles peuvent être utilisées dès 33 SA (semaines d'aménorrhée) et de manière pluriquotidienne. Une revue systématique publiée en 2012 par la Cochrane incluant six essais cliniques randomisés et 417 femmes au total n'a pas pu mettre en évidence une augmentation des présentations céphaliques à l'issue de ces postures<sup>[6]</sup>.

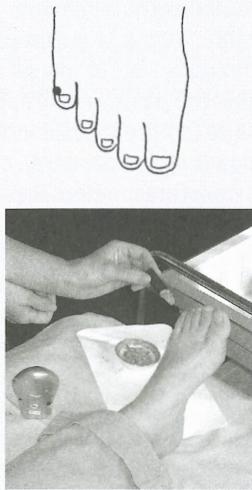
Auteure



Marie-Julia Guittier Sage-femme, PhD, Professeure à la Haute Ecole de Santé de Genève (HES)

### Moxibustion ou acupuncture

La médecine traditionnelle chinoise préconise la stimulation par moxibustion du point n°67 situé sur le méridien de la vessie pour favoriser la version «spontanée» des fœtus en siège. La moxibustion consiste à stimuler un point d'acupuncture par la chaleur dégagée par un bâton de moxa.



Un essai clinique randomisé réalisé en Chine en 1998 avait montré une augmentation significative des présentations céphaliques à 35 SA ainsi qu'à terme grâce à cette technique<sup>[7]</sup>. Nous avions alors décidé de réaliser une étude similaire en Suisse pour vérifier la compliance des femmes à pratiquer une technique issue de la médecine chinoise dans notre contexte occidental, et conforter des résultats sur l'efficacité. Nous n'avons pas pu mettre en évidence une efficacité de la moxibustion dans notre contexte: 19/106 fœtus étaient en mode céphalique dans le groupe «avec séance de moxibustion» vs 17/106 dans le groupe «contrôle», soit RR = 1.12, IC 95% [0.62-2.03]<sup>[8]</sup>. La dernière revue Cochrane sur le sujet, incluant huit essais, dont le nôtre, pour un total de 1346 femmes<sup>[9]</sup>, conclue également à un manque d'évidence scientifique concernant l'effet de la moxibustion comparé à aucun traitement pour réduire le nombre de présentation non céphalique à l'accouchement: P=0.45. Par contre, la moxibustion combinée à l'acupuncture ou aux postures maternelles semble réduire le nombre de présentations non céphaliques à l'accouchement: RR 0.73, IC 95% [0.57-0.94] et RR 0.26, IC 95% [0.12-0.56] respectivement. Mais les auteurs concluent à un besoin d'essais cliniques randomisés supplémentaires pour appuyer les résultats de cette métanalyse.

### Hypnose

L'hypnose est un état modifié de conscience, différent du sommeil, où l'attention du sujet est concentrée et focalisée. Le sujet s'absorbe en lui-même, à tel point qu'il n'est plus concerné par des considérations extérieures. Le cerveau est décrit en état de dissociation. Cet état hypnotique ou «trans» est caractérisé par une réceptivité augmentée à des communications verbales ou non

Dr Grégoire Théry

Gynécologue-obstétricien, Maternité du Léman,  
Thonon-les-Bains (F)



## Chère lectrice, cher lecteur,

*Une conversation fictive entre une patiente et un médecin.*

**Une patiente** – Mon bébé est en siège! Est-ce que je pourrais quand même accoucher naturellement?

**Un médecin** – Ça risque d'être un peu plus difficile, il y a beaucoup de critères de sécurité.

- On peut les contrôler?
- En partie.
- Et si tout est normal?
- En fait, pour l'organisation dans l'équipe, en fonction des compétences des différents accoucheurs, on préfère faire une césarienne.
- Mais j'ai lu sur Internet qu'il n'y avait pas vraiment de différence pour le bien-être de mon enfant entre voie naturelle et césarienne. Je devrais pouvoir choisir.
- Oui vous avez raison.
- Mais pourquoi vous voulez m'ouvrir le ventre? Si vous avez vérifié les critères, si c'est mon souhait, s'il n'y a pas plus de risques?
- Vous n'avez pas tort, mais ça fait tellement longtemps que les bébés en siège naissent par césarienne, l'équipe a perdu l'expérience. Au début, on a faisait des césariennes parce que l'accouchement en siège semblait moins sûr. La voie naturelle est moins sous contrôle et une césarienne c'est plus simple à organiser.
- Vous êtes inquiets de quoi? Vous voulez organiser quoi? C'est moi qui le demande et je peux comprendre les risques, les incertitudes. S'il n'y a pas plus de risque médical, ça me donne l'impression que vous vous méfiez de moi.
- Je comprends, mais on ne saura pas faire l'accouchement que vous souhaitez. L'équipe se sentira en insécurité.
- Je constate aussi que vos décisions reposent sur des critères pas toujours rationnels. Ça ne m'arrange pas, mais je préfère que vous soyez des êtres humains avec leurs inquiétudes et j'apprécie votre sincérité. Pouvez-vous me conseiller une équipe qui se sentirait en compétence?
- Si je ne trouve pas, je reviendrai vers vous. J'ai confiance.

Grégoire Théry.

Cordialement, Dr Grégoire Théry

verbales, appelées suggestions. Ces dernières permettent d'atteindre certains buts thérapeutiques comme le soulagement de la douleur ou de l'anxiété. Seule l'étude de Mehl et al., publiée en 1994, évalue l'intérêt de l'hypnose avec l'objectif de convertir «spontanément» une présentation du siège en présentation céphalique, avant la tentative de VCE<sup>[10]</sup>. Le design était prospectif, comparatif, non randomisé: 100 femmes avec un fœtus en siège entre 36 et 42 SA ont été comparées à un groupe de comparaison historique (pris dans une étude précédente) constitué de 100 femmes également. L'intervention consistait à faire autant de séances d'hypnose que possible en fonction des souhaits des femmes participantes. Les auteurs ont rapporté 81% de versions obtenues dans le groupe hypnose versus 48% dans le groupe témoin. On regrette la qualité méthodologique moyenne de cette investigation, tant pour sa validité interne qu'externe: procédure de sélection obscure, notamment pour le groupe contrôle; résultats statistiques non rapportés de façon standardisée (pas de calcul de valeur p, de RR et d'IC).

Deux revues de la littérature sur les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège citent l'hypnose en faisant référence à l'étude de Mehl, tout en regrettant l'absence de littérature plus récente<sup>[11,12]</sup>.

## Conclusion

Les femmes avec un fœtus en siège recourent souvent aux MAC pour tenter de corriger la malposition fœtale, de leur propre fait ou suite à des encouragements des professionnels de la périnatalité. Même si aucun effet adverse en lien avec ces techniques n'a été mis en évidence, des preuves de leur efficacité n'ont pas été apportées de manière indiscutable à ce jour pour cette indication précise. Parmi les techniques issues des MAC, c'est la moxibustion combinée aux postures maternelles qui montre les résultats les plus encourageants.

## Bibliographie

1. Hannah ME et al.: Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet, 2000. 356(9239): p.1375-83.
2. Whyte H et al.: Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol, 2004. 191(3): p. 864-71.
3. Goffinet F et al.: Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol, 2006. 194(4): p. 1002-11.
4. Pichon M et al.: [External cephalic version in case of persisting breech presentation at term: motivations and women's experience of the intervention]. Gynecol Obstet Fertil, 2013. 41(7-8): p. 427-32.
5. Guittier MJ et al.: Recourse to alternative medicine during pregnancy: motivations of women and impact of research findings. J Altern Complement Med, 2012. 18(12): p. 1147-53.
6. Hofmeyr GJ and Kulier R: Cephalic version by postural management for breech presentation. Cochrane Database Syst Rev, 2012. 10: p. CD000051.
7. Cardini F and Weixin H: Moxibustion for correction of breech presentation: a randomized controlled trial. JAMA, 1998. 280(18): p. 1580-1584.
8. Guittier MJ et al.: Moxibustion for breech version: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol, 2009. 114(5): p. 1034-40.
9. Coyle ME, Smith CA and Peat B: Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database Syst Rev, 2012. 5: p. CD003928.
10. Mehl L: Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation. Arch Fam Med, 1994(3): p. 881-7.
11. Tiran D: Breech presentation: increasing maternal choice. Complement Ther Nurs Midwifery, 2004. 10(4): p. 233-8.
12. Boog G: [Alternative methods instead of external cephalic version in the event of breech presentation. Review of the literature]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2004. 33(2): p. 94-8.