

Mémoire de fin d'études
Diplôme d'Etat de Sage-femme

COMPARAISON DE L'ACCOUCHEMENT EN DÉCUBITUS LATÉRAL ET EN DÉCUBITUS DORSAL LORS DE LA PHASE D'EXPULSION

Étude comparative cas-témoins mono-centrique réalisée au
CHU d'Angers du 10 juin au 31 décembre 2015

Diane FRANCISCO-VIVIER

Sous la direction de Madame Annaïck BOUTIN

Soutenu le 2 juin 2016

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Diane FRANCISCO-VIVIER
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 22/04 /2016

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Annaïck BOUTIN qui a acceptée d'être ma directrice de mémoire. Un grand merci pour son soutien, ses précieux conseils qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Je souhaite remercier Madame Cécile Rouillard pour sa disponibilité et sa précieuse aide lors du recueil de données et leurs analyses.

Je remercie Madame Catherine Gaudin pour son investissement et ses conseils pour la rédaction.

Je souhaite remercier toutes les sages-femmes du CHU d'Angers qui ont participées à mon étude et permis la réalisation de ce travail.

Merci à Sophie Thiery pour avoir transmis les mails de relance à l'équipe de salle de naissance durant la période de recueil de données.

Merci à tous ceux qui m'ont soutenue et encouragée durant toute l'année et qui ont été présent durant ces quatre années. Merci à ma précieuse amie et colocataire pour m'avoir soutenue et supportée cette année...

Sommaire

Glossaire	5
1. Introduction.....	6
2. Matériel et méthode.....	8
1. Matériel	8
Critères d'inclusion	8
Critères d'exclusion	8
Critères de jugement.....	9
2. Méthode	9
3. Résultats.....	11
4. Discussion.....	15
5. Conclusion	19
6. Bibliographie	20
Annexe	22
Résumé.....	23
Abstract	23

Glossaire

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

DARU: Délivrance Artificielle et Révision Utérine

DD: Décubitus Dorsal

DEE: Début des Efforts Expulsifs

DL: Décubitus Latéral

HPP: Hémorragie du Post-Partum

IMC: Indice de Masse Corporelle

IMG: Interruption Médicale de Grossesse

MIU: Mort in Utero

NS: Non Significatif

PE: Pré-Eclampsie

RCIU: Retard de Croissance Intra Utérin

RU: Révision Utérine

SA: Semaine d'Aménorrhée

1. Introduction

En France, la position d'accouchement prédominante dans les maternités est la position "gynécologique". Depuis Mauriceau [1] en 1668, l'accouchement en position demi assise correspond à la position dite "classique" qui facilite la surveillance du travail, l'utilisation d'instruments obstétricaux ainsi que la réalisation de manœuvres obstétricales. Les sages-femmes ainsi que les obstétriciens ont pris l'habitude de réaliser les accouchements en décubitus dorsal qui assurent une meilleure visibilité du périnée, des repères anatomiques et un certain confort pour l'accoucheur.

A la différence de la France, on retrouve en Grande Bretagne une dominance des accouchements en décubitus latéral, principalement du côté gauche [2]. Au milieu du XVIII^e siècle cette position permet de respecter la "pruderie britannique" en mettant l'accoucheur dos à la patiente. Jean Burton d'York [2] introduit cette position en 1751. Cependant les avantages de la position latérale ne sont pas démontrés parmi les auteurs britanniques. C'est Montgomery [3] au XX^e siècle qui va mettre en avant l'intérêt du décubitus latéral. En effet il observe une amélioration du confort de la patiente, une meilleure oxygénation du fœtus par l'absence de compression de la veine cave maternelle ainsi qu'une facilitation au contrôle de la distension périnéale. En 1987, Johnstone FD, Aboelmagd MS et Harouny AK [4] montrent dans leur étude l'intérêt de mobiliser les patientes durant la phase de travail, le pH artériel au cordon ombilical est plus élevé lorsque les patientes se retrouvaient en position latérale durant la seconde phase de travail. The National Collaborating Centre for Women's and Children's Health [5] a réalisé en 2014 une étude sur la santé des femmes et leur nouveau-né, il a montré que la position en décubitus latéral réduisait de quelques minutes la durée d'expulsion ainsi que le taux d'épisiotomie.

Il faut attendre les années 1980 en France pour que des auteurs tels que C Racinet et Lucas ou Dr De Gasquet [1] s'intéressent aux avantages de l'accouchement en décubitus latéral. En effet depuis ces derniers 30 ans, il y a un retour de la mobilisation des parturientes pendant le travail. Les patientes émettent le souhait d'accoucher dans des positions autres que gynécologique que ce soit en position accroupie, à quatre pattes ou en décubitus latéral. En salle d'accouchement, on propose de plus en plus aux patientes différentes postures à adopter durant le temps du travail ou durant l'accouchement. On retrouve dans l'étude de G-N Allahbadia et P-R Vaidya [6] réalisée en 1993, l'intérêt d'une mobilisation précoce des patientes en début de travail, montrant une réduction de deux heures du temps de dilatation chez les multipares.

La position en décubitus latéral décrite par le Docteur De Gasquet [7] permet de réduire l'hyper lordose des patientes en maintenant l'angulation entre l'axe fémur-rachis inférieur à 90°. La patiente est installée sur le côté gauche ou sur le côté droit, jambe du dessous tendue et jambe du dessus fléchit. On place le pied dans un cale-pied ou un étrier, jambe fléchit de façon légèrement inclinée vers l'intérieur. Cette position favorisant l'engagement ainsi que la descente fœtale offre une meilleure ouverture du bassin que la position en décubitus dorsal. Il a également été démontré que lors d'un accouchement en décubitus latéral, le confort des patientes était augmenté ainsi qu'une participation plus active de la part des patientes [7]. Cette position au même titre que la position en décubitus dorsal, assure une sécurité durant le travail en étant compatible avec la surveillance classique du suivi de travail.

On retrouve dans la littérature un effet protecteur du périnée lors d'un accouchement latéral, du fait des poussées souvent en expiration forcée avec glotte ouverte et assouplissement plus progressif de ce dernier. Selon le Dr De Gasquet [7] l'envie de pousser est un phénomène réflexe associant la contraction utérine sur le corps et le fond utérin, et la contraction réflexe des abdominaux. Cette synergie entraîne une réponse périnéale à l'étirement du muscle transverse superficiel périnéal.

Concernant les lésions, elles sont principalement superficielles et le recours à l'épisiotomie est diminué. Les périnées intacts ou éraillures vulvaires sont plus nombreux que lors d'un accouchement en décubitus dorsal. En effet, le périnée ayant le temps de s'assouplir plus progressivement, les conséquences périnéales devraient être moins importantes. L'étude randomisée de la maternité des hôpitaux Drôme-Nord [8] observe une nette augmentation du taux de périnée intact et une diminution du recours à l'épisiotomie.

La maternité d'Angers de type III réalise environ 4000 accouchements par an. Les accouchements en décubitus latéral sont proposés ou demandés par les patientes. Cependant il n'y a pas de cotation permettant d'estimer le nombre d'accouchement sur le côté par an. L'étude a été réalisée afin de répondre à une problématique.

L'accouchement en décubitus latéral apporte t-il un bénéfice sur la phase d'expulsion et améliore t-il l'état clinique qu'il soit périnéal ou néonatal ?

L'objectif de cette étude cas témoin prospective mono-centrique était de comparer l'accouchement en décubitus latéral et celui en décubitus dorsal lors la phase d'expulsion.

2. Matériel et méthode

1. Matériel

Schéma d'étude

L'étude cas témoin prospective comparative mono-centrique a été réalisée à la maternité du CHU d'Angers de type III entre le 10/06/2015 et le 31/12/2015.

Population de l'étude

L'étude concernait les patientes primipares et multipares ayant accouchées en DL. Ces patientes ont été appariées avec des patientes accouchant en DD selon l'âge maternel, la parité et le poids du nouveau-né au CHU d'Angers.

- *Population Cas:* patientes primipares et multipares accouchant en DL répondant aux critères d'inclusion
- *Population Témoin:* patientes accouchant en DD répondant aux critères d'inclusion, sélectionnées de manière aléatoire sur l'année 2015

Critères d'inclusion:

- Population à bas risque
- Patientes majeures (égal ou supérieure à 18 ans)
- Grossesse singleton avec fœtus né vivant au moment de l'inclusion
- Accouchement voie basse avec une présentation céphalique
- Patientes accouchant à un terme égal ou supérieur à 37 SA
- Primipare ou multipare

Critères d'exclusion:

- Patientes installées en DL aux DEE mais avec une expulsion en DD (*concerne uniquement la population cas*)
- Extractions instrumentales
- Pathologies de grossesses (*diabète gestationnel sous insuline ou sous régime mal équilibré; PE sévère; RCIU*)
- Accouchements à domicile

Les patientes ayant un utérus cicatriciel n'étaient pas exclues de l'étude.

Critères de jugement:

- *Etat périnéal* : Périnée intact et/ou éraillures vulvaires; déchirures du 2ème, 3ème et 4ème degré; épisiotomie
- *Etat néonatal à la naissance*: paramètres néonataux tels le score d'Apgar, le pH artériel, les lactates
- *Mode délivrance*: délivrance naturelle, délivrance dirigée, DARU, RU, hémorragie du post-partum

Description de la position en décubitus latéral

La patiente est installée sur le côté gauche ou le côté droit. La jambe du dessous est tendue, le pied en appuie contre un cale pied. La jambe du dessus est fléchie et posée sur un cale pied ou un étrier.

Description de la phase d'expulsion

Elle correspond à la période entre le début des efforts expulsifs et la naissance du nouveau-né.

2. Méthode

Les patientes ont été incluses par les sages-femmes de salle de naissance.

Le recueil de données a été réalisé à partir des dossiers obstétricaux des patientes.

Les sages-femmes ont été informées de l'étude lors du passage de l'étudiante en salle de naissance le 10 juin 2015. A cette occasion, il a été déposé un cahier de relevé ainsi que des documents expliquant l'étude. Les sages-femmes du service devaient inscrire dans le cahier l'identité ainsi que le numéro de dossier des patientes qu'elles avaient inclus. Les documents laissés en salle de naissance rappelaient aux sages-femmes d'inscrire sur le cahier mis à disposition et sur le cahier d'accouchement tout accouchement en décubitus latéral.

En juin, un mail a été transmis à l'ensemble des sages-femmes de la maternité pour expliquer le contexte de l'étude ainsi qu'un mail de relance mensuel afin de demander aux sages-femmes de proposer à toutes les patientes à bas risque un accouchement en décubitus latéral.

Un passage régulier mensuel dans le service a été réalisé. Il permettait de vérifier, dans le cahier d'accouchement ainsi que dans le cahier de relevé laissé en place, la progression de l'étude. Les critères d'inclusion étaient par la suite vérifiés à partir des dossiers obstétricaux. L'appariement des patientes a été effectué grâce aux données du cahier d'accouchement sur toute l'année 2015 et corrigé lors de la lecture des dossiers.

Le recueil de données a été effectué par le logiciel Epidata entry.

L'analyse de ces données a été faite grâce au logiciel Epianalysis. Pour la comparaison des effectifs de variables qualitatives, le test de Chi² et le test exact de Fisher (lorsque l'effectif était inférieur à 5) ont été utilisés. Pour la comparaison des effectifs de variables quantitatives, le test de Student a été utilisé.

Afin de rechercher un lien de causalité entre les deux populations, l'Odd Ratio et l'Intervalle de confiance ont été calculés.

Le risque α de 1ère espèce à 95% a été utilisé. Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0.05.

3. Résultats

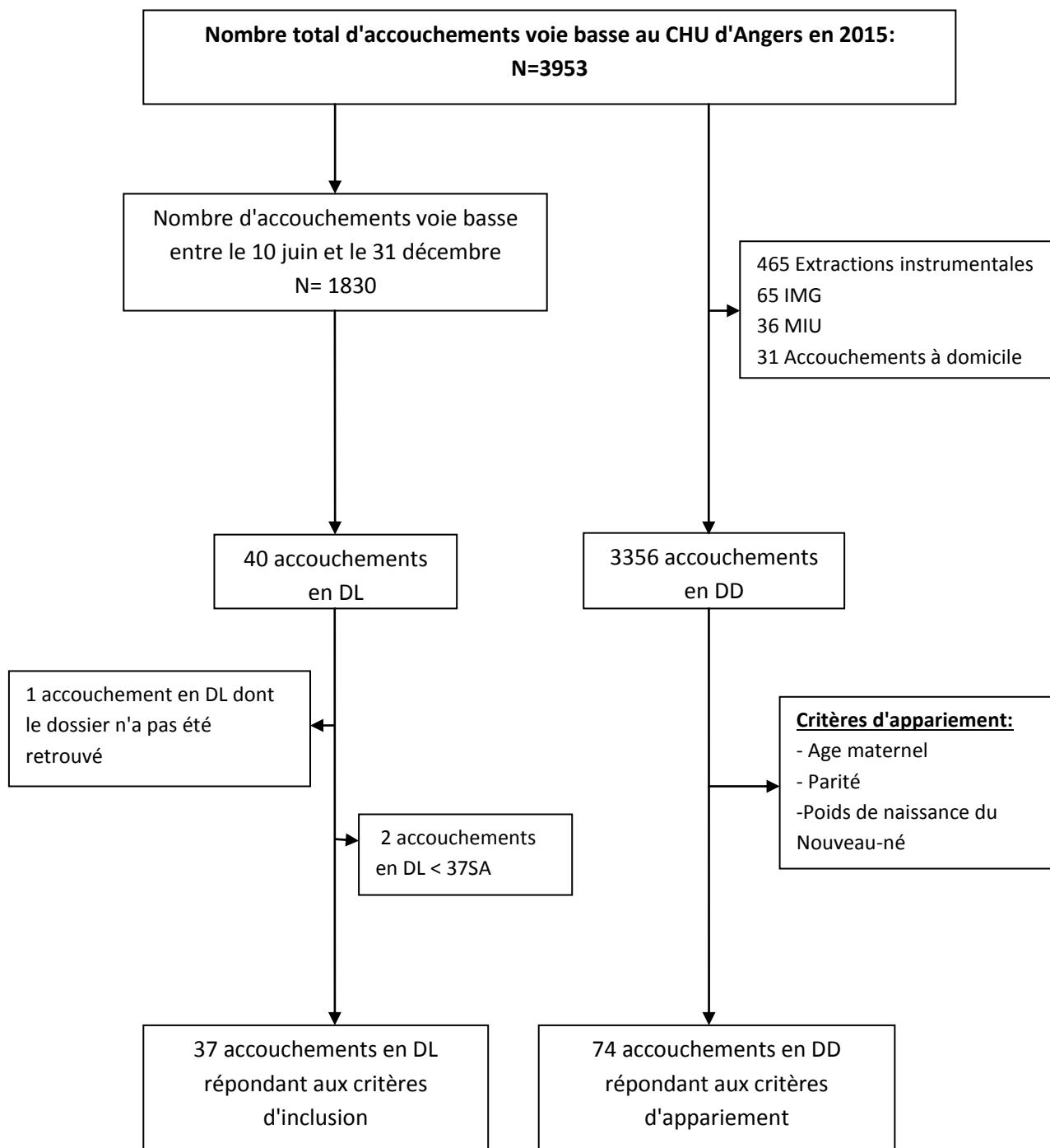


Figure 1: Diagramme de flux de l'étude Cas-Témoins

Tableau I: Description des populations CAS et TEMOINS selon les différentes caractéristiques maternelles et néonatales

Caractéristiques maternelles et néonatales		CAS N=37	TEMOINS N=74	p
PARITE				NS
Primiparité n (%)		7 (18.9%)	14 (18.9%)	
Multiparité n(%)		30 (81.1%)	60 (81.1%)	
AGE				NS
18-24 ans		2 (5.41%)	4 (5.41%)	
25-29 ans		11 (29.73%)	22 (29.73%)	
30-34 ans		15 (40.54%)	30 (40.54%)	
> 35 ans		9 (24.32%)	18 (24.32%)	
POIDS DU NOUVEAU-NE				NS
2500-2999 grammes		10 (27.03%)	20 (27.03%)	
3000-3499 grammes		11 (29.73%)	22 (29.73%)	
3500-3999 grammes		15 (40.54%)	30 (40.54%)	
> 4000 grammes		1 (2.7%)	2 (2.7%)	
IMC	Moyenne ± Ecart-type	22.25 ± 4.22	23.76 ± 4.63	NS
TERME (en semaine d'aménorrhée)		39 SA+4j	39 SA+6j	NS
Moyenne ± Ecart-type				
PREPARATION A LA NAISSANCE n (%)		19 (51.4%)	23 (31.1%)	0.038
PERIDURALE n(%)		17 (45.9%)	55 (74.3%)	0.003
UTERUS CICATRICIEL n(%)		2 (5.4%)	6 (8.1%)	NS
TRAVAIL SPONTANE n(%)		35 (94.6%)	63 (85.1%)	NS

Tableau II: Statut périnéal selon le mode d'accouchement

	CAS N=37	TEMOINS N=74	OR	p
PERINEE INTACT et/ou ERAILLURES VULVAIRES n(%)	16 (43.2%)	30 (40.5%)	-	NS
DECHIRURES SIMPLES n(%)			-	NS
Déchirures vulvaires	3 (8.2%)	5 (6.8%)		
Déchirures vaginales	4 (10.8%)	11 (14.8%)		
Déchirures périnéales	13 (37.8%)	18 (24.4%)		

Les déchirures périnéales comprennent les déchirures médianes. On retrouve dans les déchirures périnéales, cinq déchirures médianes (13.5%) dans la population cas et neuf déchirures médianes (12.2%) dans la population témoin.

L'étude retrouve une déchirure du 3ème degré dans la population témoin et n'a pas retrouvé de déchirure du 4ème degré.

L'étude retrouve neuf épisiotomies (12.2%) uniquement dans la population témoin soit un p= 0.028.

Tableau III: Critères concernant la phase d'expulsion

	CAS N=37	TEMOIN N=74	OR	p
MODE D'ACCOUCHEMENT n(%)			-	NS
Occipito-Pubien	35 (94.6%)	72 (97.3%)		
Occipito-Sacré	2 (5.4%)	2 (2.7%)		
HAUTEUR DE LA PRESENTATION AU DEBUT DES EFFORTS EXPULSIFS n(%)			-	NS
Partie Haute	1 (2.7%)	3 (4.1%)		
Partie Moyenne	25 (67.6%)	58 (78.4%)		
Partie Basse	11 (29.7%)	13 (17.6%)		
DUREE A DILATATION COMPLETE n(%)			-	NS
< 60 minutes	20 (54.1%)	46 (62.2%)		
Entre 60 et 120 minutes	12 (32.4%)	9 (12.2%)		
> 120 minutes	5 (13.5%)	19 (25.7%)		
DUREE DE LA PHASE D'EXPULSION n(%)			-	NS
< 5 minutes	10 (27%)	33 (44.6%)		
Entre 5 et 10 minutes	19 (51.4%)	22 (29.7%)		
Entre 10 et 30 minutes	8 (21.6%)	19 (25.7%)		

Tableau IV: Caractéristiques de l'état néonatal selon le mode d'accouchement

	CAS N=37	TEMOINS N=74	OR	P
PH ARTERIEL AU CORDON OMBILICAL	N=35	N=72	-	NS
Moyenne ± Ecart-type	7.26 ± 0.0692	7.27 ± 0.0642		
LACTATEMIE AU CORDON OMBILICAL	N=35	N=71	-	NS
Moyenne ± Ecart-type	3.72 ± 1.37	3.14 ± 1.17		
SCORE D'APGAR			-	NS
Moyenne ± Ecart-type				
Apgar à 1 minute de vie	9.81 ± 0.739	9.68 ± 1.15		
Apgar à 3 minutes de vie	9.97 ± 0.164	9.93 ± 0.478		
Apgar à 5 minutes de vie	9.97 ± 0.164	10		

On retrouve dans l'étude dix nouveau-nés appartenant à la population cas ayant eu des anomalies de cordon ombilical à la naissance et vingt et un nouveau-nés appartenant à la population témoin. Trois nouveau-nés (30%) de la population cas ont eu un circulaire lâche à la naissance contre neuf nouveau-nés (42.9%) pour la population témoin. Il y a eu quatre nouveau-nés (40%) de la population cas où l'on a observé avec un circulaire serré à la naissance et que l'on a retrouvé chez sept nouveau-nés (33.3%) de la population témoin. Il a été constaté deux doubles circulaires lâches (20%) dans la population cas ainsi qu'un triple circulaire serré (10%) chez les nouveau-nés de la population cas. La population témoin montre deux nouveau-nés (9.5%) ayant un double circulaire lâche, un nouveau-né (4.8%) ayant un double circulaire serré et deux nouveau-nés (9.5%) ayant une bretelle à la naissance.

On retrouve deux nouveau-nés (5.4%) ayant eu un clampage tardif du cordon appartenant aux patientes ayant accouché en décubitus latéral.

Tableau V: Mode de délivrance et pertes sanguines

	CAS N=37	TEMOINS N=74	OR	p
DELIVRANCE DIRIGEE n(%)	30 (81.1%)	66 (89.2%)	-	NS
REVISION UTERINE n(%)	3 (8.1%)	6 (8.1%)	-	NS
DELIVRANCE ARTIFICIELLE ET REVISION UTERINE n(%)	1 (2.7%)	2 (2.7%)	-	NS
HEMORRAGIE DU POST PARTUM n(%)	2 (5.4%)	7 (9.5%)	-	NS

4. Discussion

Les caractéristiques maternelles et fœtales des deux populations ne montrent pas de différence significative. On constate donc qu'il n'y a pas eu de biais de sélection pouvant fréquemment être retrouvé dans les études cas-témoins.

La fiabilité de l'étude et le nombre limité de cas répertoriés montrent une faible puissance de preuve de part le choix d'une étude cas-témoins prospective. La réalisation de cette étude dans un centre hospitalier universitaire de type III implique plus de grossesses à haut risque limitant ainsi le nombre de patientes correspondant aux critères d'inclusion. Sachant que le recueil de données a été fait à partir des dossiers obstétricaux, il apparaît un biais de recrutement et de mesure par l'absence de données recherchées dans certains dossiers. La description de la position en décubitus latéral lors de l'accouchement n'a pas été précisément donnée à l'équipe de sages-femmes de salles de naissance. Il est possible qu'il ait eu des variances entre les différents professionnels, entraînant un biais de mesure. De même, le début de la phase d'expulsion peut être interprétée différemment selon les sages-femmes. Il n'a pas été recherché la satisfaction des patientes ainsi que la place du père lors d'un accouchement en DL. Il aurait été intéressant d'obtenir le point de vue du couple sur cet accompagnement. Seuls les critères relevés dans les dossiers obstétricaux ont été recherché, il aurait pu être intéressant de coupler la recherche sur dossier avec un questionnaire pour le couple.

Concernant le statut périnéal, le nombre de périnée intact chez les patientes accouchant en décubitus latéral n'était pas significativement différent des patientes accouchant en décubitus dorsal avec seulement une augmentation de 2.7%. Ce résultat peut être expliqué par le faible nombre de cas recruté dans l'étude. Dans la majorité des études de la littérature, on retrouve une augmentation significative du taux de périnée intact. Shorten et al [9] en 2002 ont réalisé une étude rétrospective de 2891 accouchements dont 353 en DL. Ils révèlent une augmentation du taux de périnée intact de 12.6% chez les patientes accouchant en DL soit 66%. De même l'étude randomisée de Grenoble [8] en 2006 concluent à une amélioration du taux de périnée intact de 8.8% lors de l'accouchement en DL ($p=0.032$). Albers et Anderson [10] en 1996 ont constaté, dans leur étude de cohorte faite dans trois maternités avec 3049 accouchements, une amélioration du taux de périnée intact de 14.4% en DL contre 12.5% en DD.

L'étude a montré une légère augmentation des déchirures simples en DL avec une diminution du recours à l'épissiotomie. On n'a pas retrouvé de lésion au niveau du méat urinaire pour les patientes accouchant en DL et cette lésion a été retrouvée que chez une seule patiente accouchant en DD. Cette tendance est majoritairement retrouvée dans la littérature. La Cochrane Database dans sa revue littéraire [11] conclue à une diminution du recours à l'épissiotomie dans 12 essais avec un OR= 0.83 (IC95%: 0.75-0.92) et à une

augmentation des déchirures du second degré dans 11 essais avec un OR=1.23 (IC95%: 1.09-1.39) en position latérale ou verticale. L'étude cas témoin rétrospective de Y Moreau [12] en 2007 constate également les mêmes résultats. Il y a plus de déchirures simples avec une faible part de déchirures du 3ème et 4ème degré ainsi qu'un faible taux d'épisiotomie. Racinet [13] arrive aux mêmes conclusions dans son étude réalisée en 1999 sur l'impact de la formation à l'accouchement physiologique. Soong B et Barnes M [14] décrivent en 2005 que la position latérale diminue significativement le recours à la suture par rapport à la position gynécologique. Et enfin, Meyvis I et al [15] comparent en 2012 les dommages périnéaux par l'épisiotomie et les déchirures, et révèlent une réduction à 6.7% en DL contre 38.2 en DD. Les résultats de l'étude et ceux de la littérature sont en faveur d'un effet protecteur du périnée pour les lésions sévères ou le recours à l'épisiotomie lors d'un accouchement en DL.

L'étude retrouvait une diminution significative au recours à l'analgésie péridurale en DL (45.9% contre 74.3% en DD) avec un $p=0.003$. De plus les patientes ayant accouchées en DL ont dans 51.4% réalisées une préparation à la naissance ($p=0.038$). On peut supposer que le choix de la position a été abordé lors des séances de préparation et qu'il a été ainsi plus facile d'adopter cette position lors de l'accouchement. Même si aujourd'hui, le dosage de l'analgésie péridurale facilite la mobilisation, il est souvent retrouvé que les patientes se sentent moins algiques et avec un meilleur confort lorsqu'elles accouchent en DL et donc ne souhaitent pas forcément une analgésie péridurale.

Lors du début des efforts expulsifs, d'une part la hauteur de présentation majoritairement retrouvée dans les deux groupes correspondait à la partie moyenne. Cependant on a constaté un nombre plus élevé de présentations fœtales engagées partie basse lors du début des efforts expulsifs dans le population cas, soit une augmentation de 12.1% (29.7% en DL contre 17.6% en DD). Ceci peut s'expliquer par le fait que le mobile fœtal est moins confronté à des obstacles dans le bassin dans cette position qui facilite l'engagement fœtal. La hauteur de présentation est un critère majeur dans l'accouchement en DL. Il aurait fallut pour avoir une étude cas-témoin plus fiable, intégrer ce critère à ceux de l'appariement. Cependant cela n'a pas été réalisé, en effet ce critère aurait été difficile à répertorier. Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative quant à l'orientation de la présentation fœtale, principalement en occipito-pubien. L'orientation en occipito-sacré retrouvé dans la population cas peut être expliqué par le fait que l'accouchement en DL est beaucoup moins interventionniste et qu'il y a donc moins de manipulation de la présentation fœtale.

La moitié des patientes accouchant en DL sont restées moins de 60 minutes à dilatation complète. De même la durée de l'expulsion était comprise entre 5 et 10 minutes dans 51.4% des cas. Il semble que la phase d'expulsion soit plus courte pour les femmes accouchant en DD (44.6% < 5 minutes d'efforts expulsifs contre 27% en DL). On n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux populations. Ces résultats peuvent être liés à la façon de faire pousser les patientes dans la position latérale. Il est fréquent que les femmes

poussent sur l'expiration forcée, impliquant une poussée plus lente et plus douce. Cependant comme le critère de la poussée glotte ouverte ou fermée n'a pas été étudié, il est difficile d'en définir la cause. Sachant que l'étude a été réalisée auprès des différents professionnels, il est possible que l'appréciation de la phase expulsive varie selon les sages-femmes. De plus, la durée de la phase expulsive est liée à la hauteur de présentation lors du début des efforts expulsifs. L'installation pour le début des efforts expulsifs avec un engagement de la présentation fœtale en partie haute ou partie moyenne, augmente la durée de poussée donc la durée de l'expulsion. Une étude cas-témoin rétrospective réalisée à l'hôpital de Nancy [16] en 2006 constate également une légère augmentation de la phase d'expulsion de manière non significative. Il retrouve une hausse de 3 minutes pour les primipares et de 2 minutes pour les multipares en DL. Tout comme l'étude comparant l'accouchement en DL et en DD durant la seconde phase de travail de l'étudiante sage-femme C. Desmidt [17] , la durée des efforts expulsifs est plus élevée chez les primipares accouchant en DL, par contre elle reste similaire chez les multipares.

Concernant l'état néonatal, on a remarqué que le pH artériel au cordon ombilical était similaire entre les deux populations ($m=7.26$ en DL ; $m=7.27$ en DD). La lactatémie au cordon ombilical était augmentée dans la population en DL, de manière non significative ($p=0.269$). Cela semble contradictoire, en effet la position latérale favorise une meilleure oxygénation fœtale et réduit le risque d'acidose ou d'hypoxie fœtale, tels que Irwin [18] ou Kirwood [19] l'affirment. Cependant ces mêmes résultats ont été retrouvés dans un essai randomisé comparant les accouchements en DL et en DD, réalisée par l'étudiante sage-femme, S Mossan [3] en 2006. Elle décrivait une augmentation significative de la lactatémie au cordon ombilical dans le groupe en DL avec une moyenne à 3.74 mmol/L contre une moyenne à 3.42 mmol/L pour le groupe en DD ($p=0.025$). Johnstone, Aboelmgd et Harouny [3] ont remarqué en 1987 dans un essai randomisé sur 58 accouchements, une diminution du pH avec une légère augmentation du déficit de base non significative pour les patientes en DD durant la seconde phase de travail. Nordström [20] a pu observer que la production de lactates augmente physiologiquement dans l'organisme maternel ainsi que chez le fœtus et que ceci est corrélé à la durée des efforts expulsifs. De fait, la durée des efforts expulsifs est de manière non significative légèrement plus élevée lors d'un accouchement en DL, ce qui pourrait expliquer ces résultats.

Le score d'Apgar à 1 minute de vie était plus élevé dans le groupe en DL avec une moyenne à 9.81 contre une moyenne à 9.68 pour le groupe en DD, sans montrer une différence significative. Les résultats à 5 minutes de vie étaient similaires. Il n'y avait pas non plus de différence significative concernant les anomalies de cordon. Le cordon présentait dans les deux populations majoritairement un circulaire lâche ou serré. Les différents auteurs tels que Racinet [8], Irwin [18], Shorten [9] ou bien l'étude comparative de l'étudiante sage-femme Hélène Doucin [21], retrouvent une bonne adaptation à la vie extra-utérine mais ne constatent pas de différence significative à propos de l'état néonatal.

Le principal mode de délivrance retrouvé dans l'étude correspondait à la délivrance dirigée. Il n'apparaissait pas de différence significative concernant les révisions utérines, les DARU ainsi que les hémorragies du post-partum. La Cochrane Database dans ses revues de la littérature de 2006 [11] trouve une différence non significative avec 7% des hémorragies du post-partum dans le groupe en DL et en position verticale ($p=0.11$) contre 4% dans le groupe en DD. L'essai clinique randomisé de Grenoble en 2007 [8] constate par contre une augmentation des hémorragies du post-partum en DL avec un facteur multiplié par 2, 20% HPP en DL contre 10.2% en DD. Il mettait en avant que ces résultats pouvaient être expliqués du fait d'une diminution des délivrances dirigées dans le groupe en DL. Cependant dans d'autres études, la majoration du taux d'hémorragie du post-partum n'est pas retrouvée. L'étude rétrospective cas-témoin de Tours effectuée en 2007 [22], ne constate pas de différence significative pour le taux d'hémorragie. Il en est de même pour l'étude de S Brément et C Racinet [13]. Il semble que la position en DL ne majore pas le taux d'hémorragie du post-partum et qu'il est indispensable de suivre les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français sur la prévention de l'hémorragie du post-partum. La position en DL ne soustrait pas l'indication à réaliser une délivrance dirigée.

5. Conclusion

L'étude cas-témoin prospective mono-centrique, comparative met en avant une influence de l'accouchement en DL lors de la phase d'expulsion. On constate qu'il n'y a pas d'effet délétère ni pour l'état périnéal ni pour l'état néonatal. Les déchirures retrouvées sont plus superficielles en DL avec un taux de périnée intact légèrement plus élevé. Il ressort de l'étude l'effet protecteur vis-à-vis du recours à l'épissiotomie. La durée d'expulsion est légèrement augmentée par rapport au DD sans pour autant être majorée de manière significative. Il est donc possible de proposer cette position à toutes les patientes ayant une grossesse à bas risque. Pour cela, il paraît important que les sages-femmes hospitalières soient sensibilisées régulièrement aux différentes positions d'accouchement. Il serait intéressant qu'elles aient accès à des formations de simulation afin d'acquérir des compétences globales et efficientes sur les postures d'accouchement. Il en va de même pour les sages-femmes libérales. Les postures d'accouchement devraient être plus intégrées au programme des séances de préparation à la naissance afin d'informer les patientes et les entraîner à la poussée en expiration forcée. La traçabilité rigoureuse des modes d'accouchement permettrait d'évaluer les pratiques professionnelles et permettrait de faire l'objet d'une cotation. Aujourd'hui, le constat est celui d'une lente évolution des pratiques professionnelles quant à la position d'accouchement inhérente aux choix des patientes à bas risques. Peut-être que demain, les praticiens en maïeutique qualifieront l'accouchement en DD comme une situation en lien avec l'hyper médicalisation.

6. Bibliographie

1. RACINET C, BREMENT S, LUCAS C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français- TOME XXXII,2008. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf
2. LEFRANC E. Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales [Internet]. Mémoire: Maïeutique: Université Henri Poincaré de Nancy, 2005. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2005_LEFRANC_ELISE.pdf
3. MOSSAN S. Comparaison entre le décubitus latéral et le décubitus dorsal en seconde phase de travail [Internet].Mémoire: Maïeutique: Université Joseph Fourier de Grenoble, 2006. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00816354/document>
4. JOHNSTONE FD, ABOELMAGD MS, HAROUNY AK. Maternal posture in second stage and fetal acid base status [Internet]. Bristish Journal Obstetrics Gynecologic, 1987 Aug; 94(8): 753-7. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1988.tb06854.x/pdf>
5. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. [Internet] Care of Healthy Women and their Babies during Childbirth, Dec 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/documents/intrapartum-care-update-nice-guideline2>
6. NOIRCLERE D. La mobilité des parturientes en salle de naissance [Internet]. Mémoire: Maïeutique: Metz,2010. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2010_NOIRCLERE_DAISY.pdf
7. DE GASQUET B. Bien être et maternité, 4ème édition. France: Implexe,1999.
8. BREMENT S, MOSSAN S,BELERY A, RACINET C. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase de travail [Internet]. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2007;35: 637-644. <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr>
9. SHORTEN A, DONSANTE J, SHORTEN B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth [Internet]. Birth 2002;29(1): 18-27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11843786>
10. ALBERS LL, ANDERSON D. Factors related to perineal trauma in chilbirth. Journal Nurse Midwifery, [Internet] 1996;41(4): 269-76. [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/0091-2182\(96\)00042-0/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/0091-2182(96)00042-0/abstract)
11. GUPTA JK, HOFMEYR GJ,SMYTH R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (review) [Internet]. Cochrane Database Syst Rev 2006 (Issue 2). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681>
12. MOREAU Y. Décubitus latéral ou décubitus dorsal: que préfère le périnée des patientes ? Mémoire: Maïeutique: Rouen, 2009.
13. BREMENT S, GIARD C, RACINET C. Impact d'une formation à l'accouchement physiologique sur les résultats maternels et périnatals, 1999. La Revue Sage-Femme, 2008; 4(3): 115-123.

14. SOONG B, BARNES M. Maternal position at midwife attended birth and perineal trauma: is there an association? [Internet] Birth 2005;32(3): 164-169. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128969>
15. MEYVIS I, ROMPALY B, GOORMANS K, TRUIJEN S, LAMBERS S, MESTDAGH E, MISTIAEN W. Maternal position and other variable: effects on perineal outcomes in 557 birth [Internet]. Birth 2012;39(2): 115-120. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23281859>
16. MOUGENEZ E, VILLA D, GUILLEMAIN B, THIERBAUGEORGES O. Accouchements en décubitus latéral, un choix donné aux patientes à la maternité de Niveau III: expérience de la maternité de Nancy, 2005. La Revue Sage-Femme, 2008;5(3): 145-153.
17. DESMIDT C. Décubitus dorsal versus décubitus latéral durant la 2ème phase de travail. Mémoire: Maïeutique: Université Paris Descartes de Paris, 2011.
18. IRWIN H.W. Practical consideration for the routine application of left lateral Sim's position for vaginal delivery [Internet]. Trans Pac Coast Obstetric Gynecologic Soc, 1978;45: 11-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/645792>
19. KIRKWOOD C.R., CLARK L. Lateral Sim's deliveries: a new application for an old technique Journal Fam Pract [Internet], 1983;17(4): 701.5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6619753>
20. NORDSTRÖM L., ACHANNA S., NAKA K., ARULKUMARAN S. Fetal and maternal lactate increase during active second stage of labour [Internet]. British Journal Obstetrics Gynecologic, 2001;108: 263-8. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-0528.2003.01023_1.x/pdf
21. DOUCIN H. Evaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral. Mémoire: Maïeutique: Université d'Angers, 2010.
22. PATERNOTTE J, POTIN J, DIGUISTO C, NEVEU M-N, PERROTIN F. Accouchement sur le côté. Etude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2012;40(5): 279-283.

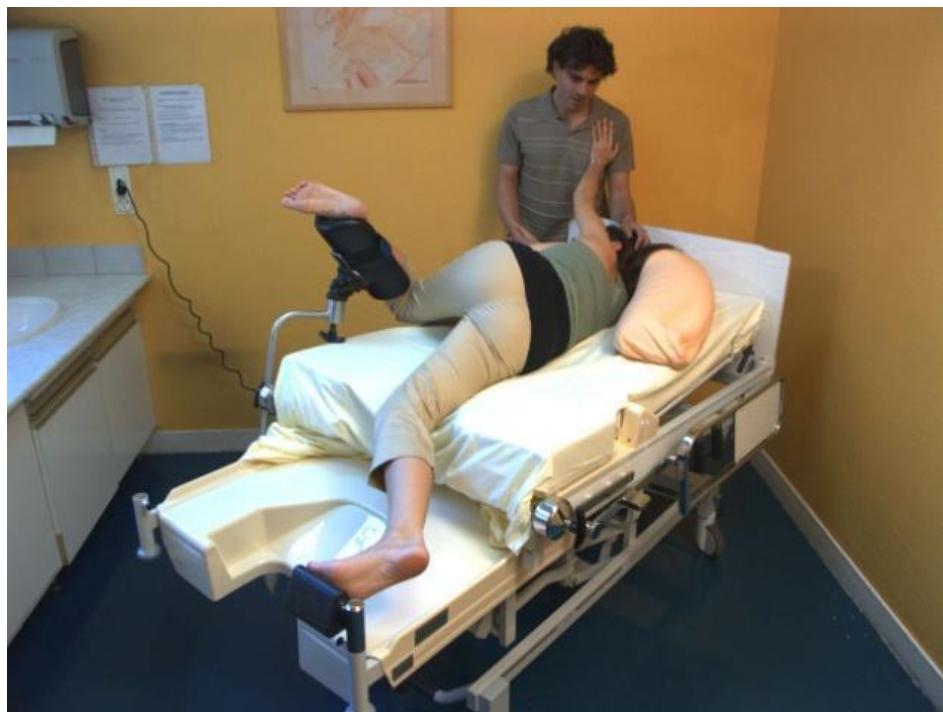
Annexe

Description de la position en décubitus latérale selon le Dr B. de Gasquet (extrait du mémoire de Hélène Doucin. *Evaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral*)

"La patiente doit être à plat, en latéro-ventral, pour libérer le diaphragme et permettre la concordance des axes. Ensuite, la parturiente doit être placée en décubitus latéral, de façon à ce que le côté de la mère soit celui du côté du dos du fœtus, c'est-à-dire sur le côté gauche (DLG) pour un dos à gauche et sur le côté droit (DLD) pour un dos à droite.

Le Dr B. de Gasquet suggère de placer un coussin ou un étrier sous le genou de la jambe supérieure (la jambe droite pour un DLG, la jambe gauche pour un DLD) et la fléchir de façon à ce que l'angle fémur-rachis soit inférieur à 90°. Le fémur doit être aussi en adduction et en rotation interne en soulevant légèrement le pied. L'autre jambe doit être tendue et en appui sur le cale-pied opposé, sur le cale-pied droit pour un DLG ou sur le cale-pied gauche pour un DLD. Si la patiente est trop petite par rapport à la taille de la table, on peut "casser" la table et avancer la partie amovible afin de diminuer la longueur de la table et l'adapter à la patiente, ainsi la patiente a son appui sur le cale-pied.

La parturiente s'étire en agrippant la tête du lit avec son bras supérieur, le bras droit pour un DLG, le bras gauche pour un DLD. Ainsi, la patiente pousse en s'étirant".



Accouchement en décubitus latéral selon la méthode du Dr B. de Gasquet

Résumé

Introduction: Aujourd'hui on propose aux patientes des positions autres que celle dite "gynécologique" pour l'accouchement tel que le décubitus latéral. On retrouve dans la littérature un effet protecteur sur le périnée avec une diminution du taux d'épissiotomie ainsi qu'une amélioration de l'état néonatal. L'objectif était de comparer l'accouchement en décubitus latéral et dorsal durant la phase d'expulsion.

Matériel et méthode: Etude cas témoin prospective comparative mono-centrique réalisée au CHU d'Angers entre le 10 juin et 31 décembre 2015. Appariement des patientes accouchant en décubitus latéral (DL) et celles accouchant en décubitus dorsal (DD) selon l'âge maternel, la parité et le poids du nouveau-né.

Résultats: Sur 37 patientes accouchant en DL, 43.2% ont eu un périnée intact. Pour le reste des patientes, on a retrouvé uniquement des déchirures simples. Il y avait une différence significative concernant le recours à l'épissiotomie($p=0.028$) en faveur du DL. La durée de la phase d'expulsion était comprise entre 5 et 10 minutes pour 51.6% de la population en DL. On a retrouvé une augmentation des lactates pour la population en DL ($p=0.269$) et un score d'Apgar moyen à 1 minute de vie à 9.81 contre 9.68 en DD.

Conclusion: L'état périnéal est sensiblement amélioré par une diminution significative du recours à l'épissiotomie et une légère augmentation du taux de périnée intact . La position latérale n'est pas délétère pour l'état néonatal. Il y aurait donc un intérêt du décubitus latéral lors de la phase d'expulsion. Il serait intéressant de proposer des formations de simulation aux sages-femmes hospitalières et libérales afin d'accompagner avec efficience les patientes à bas risque.

Mots clés: Accouchement - Décubitus latéral et dorsal - Postures accouchement - Lésions périnéales

Abstract

Introduction: Nowadays, we suggest other different positions for the delivery than the "gynecological" posture, like the lateral decubitus. In the literature we find a protector effect on the perineum with a reduction of episiotomies and a better neonatal status. The aim of this study was to compare the delivery in lateral decubitus to the delivery in dorsal decubitus during the expulsive phase.

Material and method: A prospective comparative monocentric cas-control study conducted at The University Hospital of Angers between 10 june and 31 december 2015. The patients who gave birth in lateral decubitus (LD) have been paired with the patients who gave birth in dorsal decubitus (DD) according to maternal age, parity and birth weight of newborns.

Results: 43.2% of 37 patients who gave birth in LD had an intact perineum. For the rest of the patients, we found only simple perineum tears. There was a significant difference concerning the resort to episiotomy ($p=0.028$) for the LD population. The duration of the expulsive phase was between 5 and 10 minutes for 51.6% of LD population. We observed an increase of lactates ($p=0.269$) and an Apgar score for one minute of life at 9.81 for the LD population to 9.68 for the DD population.

Conclusion: The perineum status is noticeably improved by a significant reduction of episiotomies and an increase of intact perineum. The lateral position is not deleterious for the neonatal status. Therefore, there would be an interest during the expulsive phase of lateral decubitus. It would be interesting to propose training simulation to hospitals and liberal midwives in order to accompany efficiently the patients.

Key-words: Delivery - Lateral and dorsal decubitus - delivery postures - perineal lesions