

Présentation du siège : La décision de l'accouchement par voie basse dépend-t-elle de la parité ?

Breech presentation: Does the decision of vaginal delivery depend on parity?

Fathia Boudaya, Najeh Hecini, Amel Achour, Dalenda Chelli

Service de gynécologie obstétrique « A » CMNT -Tunis

RÉSUMÉ

Prérequis : La voie d'accouchement de la présentation du siège demeure un grand sujet de controverse avec une tendance actuelle à la césarienne d'autant plus que la parturiente est primipare.

But: Comparer le pronostic materno-fœtal de l'accouchement par voie basse du siège selon la parité.

Méthodes: Etude rétrospective comparative sur deux ans portant sur 101 parturientes avec une présentation de siège pour lesquelles la voie basse a été acceptée à l'entrée en salle de travail. Nous avons comparé le groupe primipare (G1, n=45) à un deuxième groupe de parité ≥ 2 (G2, n=56) en terme de pronostic materno-fœtal.

Résultats: Les deux groupes étaient comparables en terme de profil épidémiologique et du déroulement du travail. L'âge moyen était de 28,2 ans dans le groupe G1 vs 30,9 ans dans le groupe G2. Le terme moyen était de 37,4 SA, comparable entre les deux groupes. Nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative entre les deux groupes en matière de durée des phases de travail. En effet, la phase de latence avait duré 4,2 heures dans le groupe G1 vs 3,8 heures dans le groupe G2. La phase active avait duré 3,4 heures dans le groupe G1 vs 2,3 heures dans le groupe G2. 71% des accouchements du groupe primipare et 78 % des multipares s'étaient déroulés en Vermelin. Le recours à une césarienne au cours du travail a été nécessaire chez 5 (11,1%) primipares contre 3 (5,3 %) dans le groupe G2. Cette différence n'était pas significative ($p = 0,5$). Nous n'avons objectivé aucune différence statistiquement significative en terme de pronostic fœtal (Apgar < 7 à 1 minute : G1 (n=2) vs G2 (n=2) avec $p = 0.82$ ou de transfert en réanimation néonatale : G1 (n=5) vs G2 (n=3) avec $p = 0.28$ entre les deux groupes.

Conclusion: En respectant des critères stricts d'acceptation de la voie basse, la parité n'apparaît pas comme un facteur influençant le pronostic de l'accouchement du siège par voie basse.

Mots-clés

Présentation du siège, accouchement voie basse, parité

SUMMARY

Background: Background: The breech presentation delivery mode is still controversial. The cesarean section is becoming the current trend especially in case of primiparous.

Aim : To compare the maternal and fetal prognosis of the breech presentation delivery according to the parity.

Methods: We conducted a retrospective comparative study covering a two years period. Our data was collected from all patients accepted for vaginal delivery of breech presentation into the entree of the labor room. We compared the primiparous group (G1, n=45) to a second group with parity ≥ 2 (G2, n=56) in terms of maternal and fetal prognosis.

Results: The two groups were comparable in term of epidemiological profile and labor evolution. The average age was of 28,2 years in the group G1 vs 30,9 years in the group G2. The average term was 37,4 weeks of amenorrhea, comparable between both groups. We did not note statistically significant difference between both groups regarding duration of work shifts. Indeed, the phase of latency had lasted 4,2 hours in the group G1 vs 3,8 hours in the group G2. The active phase had lasted 3,4 hours in the group G1 vs 2,3 hours in the group G2. 71 % of the deliveries of the group primipare and 78 % of multipare had taken place in Vermelin. The appeal to a caesarian during the work was necessary to 5 (11,1 %) primipares against 3 (5,3 %) in the group G2. This difference was not significant ($p=0,5$). We objectified no statistically significant difference in term of foetal prognosis (Apgar 7 in 1 minute: G1 (n=2) vs G2 (n=2) with $p=0.82$ or of transfer in neonatal resuscitation: G1 (n=5) vs G2 (n=3) with $p= 0.28$ between both groups.

Conclusion: We can conclude that the parity is not a significant variable in the vaginal delivery of the breech presentation.

Key - words

Breech presentation, vaginal delivery, parity

La présentation du siège représente environ 3 à 4 % des présentations à terme [1-3]. Le fœtus en siège est un fœtus à risque et son accouchement est réputé dystocique. Les manœuvres obstétricales, parfois nécessaires, pourraient augmenter la morbi-mortalité périnatale.

Le mode d'accouchement de ce type de présentation reste controversé dans la littérature aussi bien pour la primipare que pour la multipare. La tendance actuelle est l'accouchement par césarienne en cas de présentation du siège chez la primipare.

Face à cette tendance, nous avons réalisé une étude comparative de deux groupes (G1 : primipare et G2 : parité \geq 2 afin de comparer le pronostic materno-fœtal de l'accouchement par voie basse du siège entre les primipares et les multipares et de discuter de la voie d'accouchement du siège en fonction de la parité.

METHODES

Nous avons réalisé une étude comparative rétrospective au sein du service de Gynécologie Obstétrique « A » du Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis, sur une période de 2 ans allant du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011. La voie basse était initialement acceptée chez toutes les parturientes. Les critères d'inclusion étaient: femme en travail, grossesse monofœtale en présentation du siège à un terme > 28 semaines d'aménorrhée et un utérus non cicatriciel. Le bassin osseux devait être jugé perméable et l'estimation du poids fœtal ne dépassant pas 3800g. Etaient exclus de notre étude les cas des morts fœtales in utero, les grossesses gémellaires ou multiples, les souffrances fœtales chroniques et les malformations fœtales. Nous avons partagé notre population d'étude en deux groupes: un premier groupe de primipares (G1) et un deuxième groupe (G2) incluant les parités supérieures ou égales à deux.

Le recueil des données a été fait par Canevas et a concerné les données épidémiologiques, les caractéristiques du travail et de l'accouchement et les éléments du pronostic materno-fœtal. Les données ont été saisies, puis exploitées moyennant un logiciel SPSS18. Pour la comparaison, on a conservé le seuil de 5% qui en matière de statistique médicale, permet de considérer qu'une différence est statistiquement significative ($p < 0,05$). Les différences entre les pourcentages ont été testées par le test de X².

RESULTATS

Durant les deux années d'étude, nous avons recensé 101 présentations du siège dont la voie basse était initialement acceptée à l'entrée en salle de travail, ce qui correspond à 2,74% de l'ensemble des présentations pendant la même période. Parmi celles-ci, 45 étaient primipares soit 45,5% dans le groupe G1 vs 56 parturientes dans le groupe G2 (55,5%).

La moyenne d'âge était de 29,7 ans avec des extrêmes allant de 21 à 42 ans. Elle était de 28,2 ans dans le groupe G1 vs 30,9 ans dans le groupe G2. La tranche d'âge maternel de 26 à 35 ans était la plus représentée dans les deux groupes. Elle représentait, respectivement, 60 % et 67% des parturientes dans les groupes G1 et G2. Les deux groupes étaient, par ailleurs, comparables en ce qui concerne la fréquence des malformations utérines, des utérus myomateux, des placentas bas insérés et des faibles poids de naissance. La majorité

des accouchements du siège s'étaient déroulés à terme avec une fréquence de 60,4%. Le terme moyen était de 37,4 SA., comparable entre les deux groupes. L'accouchement prématuré, survenant avant 37 SA, était noté dans 26 cas soit 25,7 %. La prématurité était plus élevée dans le groupe G1 (33%) que dans le groupe G2 (19,6%) sans que cette différence soit statistiquement significative.

A l'entrée en salle de travail, nous réalisons systématiquement une estimation du poids fœtal clinique et échographique. L'échographie obstétricale était également utile pour évaluer la flexion primitive de la tête et vérifier la localisation placentaire. L'évaluation du bassin était faite par examen clinique au troisième trimestre de la grossesse ou à l'entrée en salle de naissance. Face à un bassin cliniquement douteux, quatre patientes ont eu une scanno-pelvimétrie qui était normale. La voie basse n'était acceptée que si le poids fœtal était \leq 3800g avec une flexion bonne ou intermédiaire de la tête.

L'étude de la flexion primitive de la tête fœtale par échographie a objectivé que 83 fœtus avaient une tête bien fléchie et les 18 restants avaient une position intermédiaire de la tête. Parmi ces derniers, 7 appartenaient au groupe G1 et 11 au groupe G2 avec une différence non significative ($p=0,9$). L'entrée en travail était précédée d'une rupture prématurée des membranes \geq 12h dans 11 cas. Parmi ces ruptures, seulement trois étaient survenues à un terme \geq 37SA. Elle était plus fréquente chez les primipares (7 cas) sans être statistiquement significative ($p=0,5$). La durée moyenne de la phase de latence était de 4,2 heures dans le groupe G1 contre 3,8 heures dans le groupe G2. Nous avons respecté le plus longtemps possible la poche des eaux jusqu'à dilatation complète afin de favoriser la confrontation foeto-pelvienne surtout pour les sièges complets et afin de prévenir une procidence du cordon. La durée moyenne de la phase active était de 2,8 heures avec une progression plus lente chez les primipares (3,4 heures) que les multipares (2,3 heures). En cas d'anomalie dynamique ou de modification du tracé RCF, nous avons pratiqué une rupture artificielle de la poche des eaux. Elle a intéressé 15 des parturientes du groupe G1 et 17 du groupe G2. Les ocytociques n'ont été utilisés qu'en phase d'expulsion.

Nous avons exigé la présence de pédiatre lors de la phase d'expulsion et que l'accouchement soit réalisé par l'obstétricien présent sur place. Dans notre série, 63% des parturientes avaient eu une phase d'expulsion inférieure à 15mn, avec une moyenne de 20 min dans le groupe G1 et 15 min dans le groupe G2. Une épisiotomie a été pratiquée chez 72 parturientes avec une fréquence de 80 % dans le groupe G1 et 64% dans le groupe G2. Dans notre série, 71% des accouchements du groupe primipare et 78 % des multipares s'étaient déroulés en Vermelin. La manœuvre de Lovset, utilisée en cas de dystocie par relèvement des bras a été pratiquée pour 14 cas du groupe G1 et 13 cas du groupe G2. Le recours à une manœuvre de Bracht a été nécessaire respectivement pour 33% et 25 % des parturientes du groupe G1 et du groupe G2 ($p=0,35$). Aucun cas de vraie rétention de la tête dernière n'a été constaté. Les différents détails sur le déroulement du travail sont résumés dans le tableau 2. Nous avons recensé 3 cas de déchirure périnéale de 2ème degré dans le groupe primipare vs 2 cas dans le groupe G2. La différence n'était pas significative ($p=0,47$). Aucune déchirure complète ou compliquée (3ème et 4ème degrés) n'a été observée. Un accouchement d'une quatrième-pare s'est compliqué d'une atonie utérine rapidement résolutive après perfusion de Sulprostone.

Tableau 1 : Comparaison des facteurs de risque entre les deux groupes.

	G1 (n=45)	G2 (n=56)	
Prématurité	14	10	0.11
Placenta bas inséré	0	0	-
Malformation utérine	1	2	0.69
Utérus myomateux	1	2	0.69

Tableau 2 : Déroulement de travail et de l'accouchement dans les deux groupes de d'étude.

	G1	G2	p
Accouchement en Vermelin	32	44	0.38
Manœuvre de Lovset	14	13	0.37
Manœuvre de Bracht	15	14	0.35
Manœuvre de Maurisseau	0	0	-
Procidence de cordon	0	0	-
Episiotomie	36	36	0.08
Déchirure périnéale 2 ^{ème} degré	3	2	0.47
Déchirure périnéale 3 ^{ème} degré	0	0	-
Inertie utérine	0	1	0.36
Césarienne au cours du travail	5	3	0.28

Le recours à une césarienne au cours du travail a été nécessaire chez 5 (11,1%) primipares contre 3 (5,3 %) dans le groupe G2. Cette différence n'était pas significative ($p=0,5$). Les indications de la césarienne au cours du travail dans le groupe primipare étaient : une stagnation de la dilation dans 2 cas, une souffrance fœtale aigue dans 2 cas et un cas de défaut d'engagement. Dans le groupe G2, il s'agissait de 2 cas de stagnation de la dilatation et un cas de souffrance fœtale aigue.

Sur le versant fœtal, 4,4% des nouveau-nés de mères primipares avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à une minute de vie vs 3,5% dans le groupe G2. Cette différence n'a pas été significative ($p=0,82$). Le poids de naissance variait entre 950 et 4000 gr. Le poids de naissance moyen était de 2750g dans le groupe G1 et 2814g dans le groupe G2. Une seule complication néonatale à type de fracture claviculaire a été constatée chez un nouveau-né d'une mère primipare. Cinq nouveau-nés de mère primipare (G1) ont été transférés en réanimation néonatale. Le transfert a été indiqué pour une détresse respiratoire dans 4 cas et une détresse neurologique dans un cas. Dans le groupe G2, trois nouveau-nés avaient présenté une détresse respiratoire néonatale nécessitant leur transfert en réanimation. La différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,5$). Le tableau 3 résume les éléments du pronostic fœtal dans les deux groupes.

Tableau 3 : Comparaison du pronostic fœtal entre les deux groupes de d'étude.

Complication	G1	G2	p
Fracture de la clavicule	1	0	0.26
Apgar \leq à 7 à 1mn	2	2	0.82
Transfert en milieu de réanimation	5	3	0.28

DISCUSSION

Le siège étant une présentation physiologique dont l'accouchement est réputé dystocique en raison des manœuvres obstétricales. Sa voie d'accouchement est un grand sujet de controverse avec une tendance à la césarienne en particulier chez la primipare. Dans notre maternité, nous continuons à pratiquer des accouchements par voie basse chez la primipare si certains paramètres sont réunis et indépendamment de la parité. A travers cette étude comparative, nous avons conclu, qu'en respectant des critères stricts d'acceptation de la voie basse, la parité n'apparaît pas comme un facteur influençant le pronostic de siège accouché par voie basse. En effet, au cours de ces dernières années, les données de la littérature sont contradictoires concernant de l'attitude à avoir face à l'accouchement du siège. Certains auteurs préconisent une césarienne systématique en dehors du travail en particulier chez les primipares, d'autres tentent une version par manœuvre externe, d'autres enfin considèrent qu'il est légitime d'accepter une voie basse lorsqu'un certain nombre de conditions sont réunies.

Hannah et al ont proposé en 2000 une solution définitive aux discussions sur la voie haute ou basse devant une présentation du siège grâce à un essai randomisé multicentrique prospectif portant sur une population de 2083 sièges (Term Breech Trial). Ce travail a, en effet, condamné de façon quasi catégorique l'accouchement par les voies naturelles en présentation du siège puisqu'il conclut à un excès inacceptable de risque néonatal en cas de voie basse [4]. Il conclut de manière apparemment irrévocable, devant l'augmentation de morbidité et de mortalité néonatale, à la supériorité de l'accouchement par césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse. De nombreux praticiens, ayant adhéré à cette proposition [5], ont commencé à césariser les présentations du siège quelle que soit la parité.

D'un autre coté, ces travaux d'Hannah ont animé le débat sur la voie d'accouchement à privilégier en cas de présentation du siège. En France, une étude prospective incluant 19 CHU [6] a observé un taux d'accouchement par voie basse à peine plus élevé parmi les multipares que parmi les primipares (31,1% vs 25,9%). Cette différence n'atteint pas la significativité statistique. Parmi les hôpitaux inclus dans l'étude, il y avait ceux qui font des césariennes systématiques pour les primipares. Dans la série de Goffinet, cette différence multipare vs primipare était retrouvée de façon plus significative (38 vs 27 %) [7]. Pour beaucoup d'autres auteurs, la voie basse est la voie d'accouchement de choix dans les unités habituées à ce genre d'accouchement [8,9] en présence d'un obstétricien expérimenté, d'un anesthésiste et d'un pédiatre et si les critères d'acceptation sont respectés avant et durant le travail. Dans notre maternité, nous avons opté pour la même attitude, à savoir l'accouchement par voie basse en l'absence de toute contre-indication et indépendamment de la parité. Les césariennes secondaires étaient décidées pendant le travail. Le diagnostic de la présentation du siège doit être précoce et la voie basse ne peut être autorisée qu'en dehors d'une contre-indication. L'évaluation clinique ou radiologique du bassin obstétrical est un élément décisionnel pour la voie d'accouchement en cas de présentation du siège. Dans notre pratique, nous faisons une évaluation clinique du bassin au troisième trimestre ou à l'entrée en

salle du travail. La scannopelvimétrie était réservée aux cas où il persistait un doute sur le bassin clinique. Cet examen demeure limité dans notre contexte par son coût et sa faisabilité en urgence. Son rapport coût-efficacité reste à démontrer. Dans notre étude, l'estimation du poids fœtal était basée sur l'association d'une estimation clinique et échographique. Cette dernière a permis également de vérifier la flexion primitive de la tête fœtale. La voie basse n'a pas été acceptée pour un poids estimé ≥ 3800 g, un mauvais bassin clinique et/ou radiologique ou une déflexion primitive de la tête fœtale. En respectant ces précautions, nous n'avons pas trouvé de différence en terme de pronostic materno-fœtal entre le groupe primipare et le groupe de parité supérieure. Ainsi, la parité ne semble pas être un facteur influençant le pronostic néonatal du fœtus en présentation de siège à terme.

L'absence de différence de morbi-mortalité néonatale (score d'Apgar et les césarienne prophylactique a été observée dans l'étude PREMODA incluant 8108 accouchements de siège à terme [9] de même que dans d'autres séries [10,11,12]. L'évaluation du devenir à deux ans, des enfants inclus dans l'étude de Whyte a montré également l'absence de différence de développement psychomoteur quelle que soit la voie d'accouchement [11]. Si la césarienne prophylactique dispose d'une faible morbidité, elle conduit à générer un utérus cicatriciel susceptible de compliquer la prise en charge obstétricale ultérieure [12,13]. Il faut tenir compte du devenir obstétrical de la femme porteuse d'un utérus cicatriciel ainsi que des risques encourus au cours des grossesses suivantes : placenta accreta, rupture utérine, stérilité secondaire, douleur pelvienne chronique. De nos jours, la diminution d'acceptation de la voie vaginale n'apparaît pas statistiquement significative, mais la tendance est réelle [13]. La réticence de l'obstétricien est alimentée par la crainte du risque médico-légal mais aussi par les difficultés à acquérir la maîtrise des manœuvres sur siège compte tenu de la faible proportion de la voie vaginale. Ce dernier aspect est un facteur limitant très sérieux qui pourrait progressivement limiter la pratique de la voie vaginale à des équipes ayant eu la volonté de conserver ce savoir-faire [14,15]. Dans notre maternité, grâce à la conservation de la pratique d'accouchement par voie basse du siège ainsi que du nombre important d'accouchements, les jeunes médecins en formation ont l'occasion d'apprendre d'accoucher le siège par voie basse, ainsi de garder ce savoir-faire. La préférence actuelle pour la césarienne relèverait, en effet, davantage de la combinaison des conclusions intellectuelles, émotionnelles et médico-légales plutôt que rationnelles et scientifiques. Au cours de l'essai d'Hannah, il a été démontré que tenter de césariser tous les sièges revenait à n'en césariser réellement que 90 % [4]. En effet, 10% des fœtus randomisés dans le bras 'césarienne programmée' ont en réalité bénéficié d'un accouchement par voie basse, le plus souvent à cause d'un accouchement voie basse imminent survenu spontanément avant la date prévue de la césarienne. À moins que nous n'acceptions de programmer les césariennes systématiques pour siège avant 39 SA avec un risque de détresse respiratoire majoré de 14,3% (IC_{95%} 8,9-23,1) à 37 SA et de 8,2% (IC_{95%} :5,5-12,3) à 38 SA [15], il faut s'attendre à ce qu'une politique de césarienne systématique amène 10% des parturientes à accoucher de manière inopinée à 37 ou 38 SA. De plus, l'accouchement par voie basse est parfois inévitable [15].

L'obstétricien se trouve, ainsi, face à deux choix : faire une césarienne

programmée pour les sièges avec le risque de prématurité induite ou accepter l'entrée spontanée en travail et ainsi faire plus de césariennes en urgence ou d'accouchements voie basse non prévus, en se rappelant qu'une césarienne faite en urgence est associée à une élévation de la morbi-mortalité maternelle [16,23]. Le choix entre les deux alternatives demeure, alors, difficile. Il faut, encore prendre en compte la position des femmes qui choisissent d'accoucher par voie basse. En effet, il est bien établi que le bénéfice en terme de morbidité maternelle associée à l'acceptation de voie basse disparaît lorsque le taux d'échec des tentatives de voie basse augmente. L'accouchement par voie basse de la présentation de siège n'est possible que si les critères d'acceptabilité sont réunis, si les unités sont bien adaptées à ce genre d'accouchement, et en présence d'une équipe médicale (obstétricien, anesthésiste et pédiatre) et surtout après l'accord des parents. Malgré l'absence de preuve de risque surajouté, le taux de césarienne prophylactique demeure élevé en cas de présentation du siège chez la primipare. Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé d'excès statistiquement significatif de risque materno-fœtal entre le groupe primipares et le groupe des parités ≥ 2 (G2). Après un suivi de 3 mois, dans l'étude multicentrique randomisée de Hannah M et al, il n'avait pas été constaté de différence en terme de complications hormis un taux plus élevé d'incontinence urinaire dans le groupe accouché par voie basse, significativement plus élevé chez les multipares [17].

CONCLUSION

Le fœtus en siège est incontestablement à risque. Nous concluons que le choix du mode d'accouchement en cas de présentation du siège est très délicat. Une politique de césarienne systématique serait en effet à la fois néfaste aux individus et à la collectivité. Le choix raisonnable de l'obstétricien serait d'accepter la voie basse dans des unités bien adaptées chaque fois que les conditions d'acceptation de cette voie seront réunies. Une décision collégiale incluant la parturiente, un travail rigoureusement surveillé et un accouchement médicalement assisté tendent à réduire les risques maternels et fœtaux. Cette attitude paraît raisonnable chez la primipare, afin d'éviter une cicatrice pouvant compliquer son avenir obstétrical.

Références

1. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol* 2006 ;108: 235-7.
2. Merger R, Lévy J, Melchior J. *Précis d'Obstétrique*. 6th ed. Paris : Masson, 1995.
3. Lansac G, Body G. *Pratique de l'accouchement*. 2th ed. Paris: SIMEP, 1992.
4. Hannah 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. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet* 2000; 356:1375-83.
5. Hogle K, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah M. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25:14-6.
6. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D. Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009 ; 38:411-20.
7. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM 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 Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 187-90.
8. Azria E, Schmitz T, Bourgeois-Moine A, Goffinet F, Tsatsaris V, Mahieu-Caputo D. Peut-on concilier autonomie maternelle et responsabilité médicale dans les décisions de voies d'accouchement des fœtus en siège ? Rôle de l'information. *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37: 464-9.
9. Gimovsky ML. Singleton Vaginal Breech Delivery at Term: Still a Safe Option. *Obstet Gynecol* 2004;103: 407-12.
10. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, 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 :1002-11.
11. Carbonne B. Hannah's term breech trial: for whom the bell tolls? *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34:677-8.
12. Haheim LL, Albrechtsen S, Berge LN, et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:126-30.
13. Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Boucoiran I, D'Angelo L, Bongain A. Influence de la voie d'accouchement dans la présentation du siège à terme sur le score d'Apgar et les transferts en néonatalogie. Résultats de la prise en charge de 568 grossesses singleton dans une maternité française Niveau III. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008 ; 37:149-53.
14. Whyte H, Hannah M, Saigal S, 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; 191:864-71.
15. Carbonne B, Frydman R, Goffinet F, Pierre F, Subtil D, CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Césarienne: conséquences et indications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29:9-108.
16. Martel MJ, MacKinnon CJ; Clinical Practice Obstetrics Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27:164-88.
17. Lagrange E, Ab der Halden M, Ughetto S, et al. Breech presentation and vaginal delivery: evolution of acceptability by obstetricians and patients. *Gynecol Obstet Fertil* 2007; 35:757-63.
18. Carcopino X, Shojai R, D'Ercole C, Boublil L. French trainees in obstetrics and gynaecology theoretical training and practice of vaginal breech delivery: a national survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 135:17-20.
19. Samouëlian V, Subtil D. Accouchement par le siège en 2008 : le choix de la voie basse s'impose. *Gynecol Obstet Fertil* 2008 Jan;36:3-5.
20. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 101-6.
21. Doyle NM, Riggs JW, Ramin SM et al. Outcome of term vaginal breech delivery. *Am J perinatal*2005;22:325-8.
22. Golfier F, Vaudoyer F, Ecochard R, Champion F, Audra P, Raudrant D. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001; 8:186-92.
23. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED et al. Outcomes at 3 Months After Planned Cesarean vs Planned Vaginal Delivery for Breech Presentation at Term The International Randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002;287:1822-31.