

# La littérature médicale mondiale : obstétrique



J.F.R. Barrett

**Jon F. R. Barrett, M.D.**

Département d'obstétrique et gynécologie, Université McMaster, Hamilton, Ont.

**Pacagnella RC, Silva TV, Cecatti JG, et al. Pessary plus progesterone to prevent preterm birth in women with short cervixes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2022;139:41–51.**

*Sommaire* : Cette étude est un essai clinique randomisé multicentrique en intention de traiter mené dans 17 centres de soins périnataux. Dans le cadre de l'essai, les femmes asymptomatiques ayant une longueur du col utérin de  $\leq 30$  mm entre 18 SA et 22 SA + 6 j en contexte de grossesse monofœtale ou gémellaire ont été réparties aléatoirement au traitement par pessaire cervical avec application vaginale de progestérone (groupe pessaire + progestérone) ou au traitement par application vaginale de progestérone seule (200 mg/jour; groupe progestérone seule).

Le critère de jugement principal était la morbidité et mortalité néonatale composite. Les critères de jugement secondaires étaient l'accouchement avant 37 SA et avant 34 SA. L'analyse a été effectuée en fonction de l'intention de traiter. Au total, 475 femmes ont été assignées au groupe pessaire + progestérone et 461 au groupe progestérone seule. Aucune différence n'a été observée concernant le critère de jugement principal, qui est survenu chez 19,2 % (89/463) des femmes du groupe pessaire + progestérone et 20,9 % (91/436) des femmes du groupe progestérone seule (rapport de risque ajusté [RRa] : 0,88; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,69-1,12). De plus, aucune différence n'a été observée quant au taux d'accouchements avant 37 SA et avant 34 SA. Les femmes du groupe pessaire + progestérone étaient plus susceptibles d'avoir des pertes vaginales (51,6 % [245] p/r à 25,4 % [117];  $p < 0,001$ ), de la douleur (33,1 % [157] p/r à 24,1 % [111];  $p = 0,002$ ) et des saignements vaginaux (9,7 % [46] p/r à 4,8 % [22];  $p = 0,004$ ).

Les chercheurs ont conclu que, chez les femmes asymptomatiques ayant un col court, le fait de combiner le pessaire et la progestérone ne réduit pas le taux de morbidité et mortalité néonatale comparativement à l'utilisation de progestérone seule.

*Commentaire* : Malheureusement, il s'agit d'une autre étude qui montre que l'utilisation du pessaire semble inutile dans la prévention de l'accouchement prématuré chez les patientes à risque. Une faible lueur d'espoir subsiste : il semble que ce groupe néerlandais persiste à définir un col court comme une longueur du col de 30 mm et qu'il s'agit d'un facteur de risque d'accouchement prématuré, alors que la plupart utilisent une longueur de moins de 25 mm comme seuil. Si une femme n'est pas à risque élevé d'accouchement prématuré au départ (c.-à-d. longueur cervicale entre 25 et 30 mm), il est peu probable que le pessaire change quoi que ce soit.

**Bertholdt C, Morel O, Zuily S, et al. Manual rotation of occiput posterior or transverse positions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* 2021:S0002-9378(21)01230-8.**

*Sommaire* : Cette étude est une méta-analyse de tous les essais randomisés sur des grossesses monofœtales à 37 SA ou plus comparant la rotation manuelle au groupe témoin (aucune rotation) en cas de présentation occipito-sacrée (OS). Le critère de jugement principal était le taux

J Obstet Gynaecol Can 2022;44(4):346-348

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.02.011>

© 2022 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

d'accouchements vaginaux spontanés. Les critères de jugement secondaires étaient : présentation OS à l'accouchement, accouchement assisté, césarienne, hémorragie post-partum, lésion obstétricale du sphincter anal, deuxième stade prolongé, dystocie de l'épaule, acidose néonatale et photothérapie. Les analyses de sous-groupes ont été effectuées en fonction du type de présentation (OS ou transverse), de la technique utilisée (rotation avec la main ou les doigts) et de la parité (pare ou nullipare). La méthodologie est solide, car la qualité de chaque étude a été évaluée en utilisant l'outil Cochrane révisé pour l'évaluation du risque de biais des essais randomisés. La méta-analyse utilise des modèles à effet aléatoire selon l'hétérogénéité, et les risques relatifs sont calculés pour les résultats dichotomiques.

Sept études comptant 1 402 femmes ont été incluses, 704 dans le groupe de rotation manuelle et 698 dans le groupe témoin. La rotation manuelle en cas de présentation OS est associée à un meilleur taux d'accouchements vaginaux spontanés, soit 64,9 % comparativement à 59,5 % (RR : 1,09; IC à 95 % : 1,03-1,16;  $p = 0,005$ ; intervalle de prédiction à 95 % : 0,90-1,32), et est aussi associée à une réduction du risque de présentation OS ou transverse à l'accouchement (RR : 0,64; IC à 95 % : 0,48-0,87) et d'épisiotomie (RR : 0,84; IC à 95 % : 0,71-0,98). Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes en ce qui concerne les taux de césariennes ou d'accouchements assistés et les issues néonatales. Les auteurs ont donc conclu que la rotation manuelle augmente le taux d'accouchements vaginaux spontanés.

*Commentaire* : J'ai toujours considéré que la rotation manuelle était simplement un geste à réaliser, si possible, en cas de présentation OS ou transverse à dilatation complète ou presque. Je n'ai jamais pensé que ce pourrait faire l'objet d'un essai. Outre le très faible risque de procdence du cordon si on dégage trop la tête, il a toujours semblé logique de réduire le diamètre occipito-frontal qui se présente avec la présentation OS. Je suis heureux de lire que mon impression clinique était correcte, mais je me demande pourquoi aucune diminution du taux d'accouchements assistés n'a été observée. Serait-ce en raison de la taille de l'échantillon?

**Sklar A, Sheeder J, Davis AR, et al. Maternal morbidity after pre-term premature rupture of membranes at <24 weeks gestation. Am J Obstet Gynecol 2021:S0002-9378(21)01185-6.**

*Sommaire* : Cette intrigante étude de cohorte rétrospective se penche sur la rupture prématurée des membranes avant

terme à moins de 24 SA en comparant la morbidité maternelle entre les femmes qui ont choisi la prise en charge par expectative par rapport à l'interruption de grossesse.

Les patientes entre 14 SA et 23 SA + 6 j d'une grossesse monofœtale ou gémellaire ont été incluses dans l'étude. Le critère de jugement principal était la différence de morbidité maternelle composite entre les deux groupes. La morbidité maternelle composite a été définie par la présence d'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : chorioamnionite, endométrite, sepsis, intervention chirurgicale non planifiée après l'accouchement (p. ex., dilatation-curetage, laparoscopie, laparotomie), lésion nécessitant une réparation, hystérectomie imprévue, hystérotomie imprévue (excluant la césarienne), rupture utérine, hémorragie de > 1 000 ml, transfusion, admission maternelle aux soins intensifs, insuffisance rénale aiguë, thromboembolie veineuse, embolie pulmonaire et réhospitalisation dans les 6 semaines. Une régression logistique a été utilisée pour quantifier l'association entre la décision de prise en charge initiale et la morbidité maternelle composite.

Au total, 208 patientes ont été incluses; 108 (51,9 %) ont choisi la prise en charge par expectative et 100 (48,1 %) ont choisi l'interruption de grossesse comme moyen de prise en charge initiale. Chez les femmes qui ont opté pour l'interruption, 67,0 % ont subi un déclenchement artificiel et 33,0 %, une dilatation-aspiration. Comparativement aux femmes du groupe d'interruption, celles ayant choisi la prise en charge par expectative ont eu une augmentation de 4,1 fois du risque de chorioamnionite (38,0 % p/r à 13,0 %; IC à 95 % : 2,03-8,26) et de 2,44 fois du risque d'hémorragie post-partum (23,1 % p/r à 11,0 %; IC à 95 % : 1,13-5,26). L'admission aux soins intensifs et l'hystérectomie imprévue se sont produites seulement en cas de prise en charge par expectative (2,8 % et 0,9 %, respectivement). La morbidité maternelle composite est plus élevée dans le groupe de prise en charge par expectative, soit 60,2 % par rapport à 33,0 % dans le groupe d'interruption. Après l'ajustement selon l'âge gestationnel à la rupture, le site, la race et l'origine ethnique, l'âge gestationnel au début du suivi prénatal, l'antécédent de rupture prématurée des membranes avant terme, la grossesse gémellaire, le tabagisme, le cerclage et l'examen cervical au moment de la consultation, la prise en charge par expectative est associée à un risque 3,47 fois plus élevé de morbidité maternelle composite (IC à 95 % : 1,52-7,93), ce qui correspond à un risque relatif ajusté de 1,91 (IC à 95 % : 1,35-2,73). Ces résultats montrent que la prise en charge par expectative de la rupture prématurée des membranes

avant terme à moins de 24 SA est associée à une morbidité maternelle significativement plus élevée qu'en cas d'interruption de grossesse.

*Commentaire :* Nous oublions souvent le « M » dans MFM (médecine fœto-maternelle). Dans la plupart des centres tertiaires au Canada, le seuil de viabilité est maintenant à 22 SA. C'est pourquoi on envisage de moins en moins l'interruption à 24 SA comme une option. Il ne faut jamais oublier qu'on s'occupe de deux patients.

**Sentilhes L, Seco A, Azria E, et al. Conservative management or cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum: the PACCRETA prospective study. Am J Obstet Gynecol 2021:S0002-9378(21)02655-7.**

*Sommaire :* Le placenta du spectre accreta est une anomalie potentiellement mortelle dont la fréquence a considérablement augmenté partout dans le monde dans les dernières décennies, parallèlement au taux de césariennes. Bien que la césarienne-hystérectomie et la prise en charge conservatrice comptent de nombreux adeptes et soient largement pratiquées, les issues maternelles n'ont pas été rigoureusement comparées.

Une étude de cohorte observationnelle sur les femmes avec placenta du spectre accreta ayant subi une césarienne-hystérectomie ou une prise en charge conservatrice (placenta laissé in situ) pendant la césarienne a été menée dans une population de 520 114 accouchements, dans 176 hôpitaux (étude PACCRETA). Les cliniciens ont identifié prospectivement les femmes répondant aux critères d'inclusion, et la collecte de données n'a commencé qu'après que les femmes ont reçu de l'information et consenti à

participer à l'étude pendant la période post-partum immédiate. Le critère de jugement principal était la transfusion de plus de 4 unités de concentré de globules rouges dans les 6 mois suivant l'accouchement. Les critères de jugement secondaires étaient les autres complications maternelles dans les 6 mois. Le score de propension a été utilisé pour limiter les biais d'indication potentiels.

Dans l'étude, 86 femmes ont eu une prise en charge conservatrice, et 62 ont subi une césarienne-hystérectomie en raison d'un placenta du spectre accreta pendant la césarienne. Le critère de jugement principal a été observé chez 14 des 86 femmes du groupe de prise en charge conservatrice (16,3 %) et chez 36 des 61 (59,0 %) femmes du groupe de césarienne-hystérectomie (rapport du risque selon le modèle pondéré de score de propension : 0,29; IC à 95 % : 0,19-0,45). Les taux d'hystérectomies, de perte sanguine estimée totale de plus de 3 000 ml, de transfusion de produit sanguin, de lésions aux organes adjacents et de morbidité maternelle grave non liée à l'hémorragie post-partum étaient inférieurs avec la prise en charge conservatrice qu'avec la césarienne-hystérectomie (tous ajustés,  $p \leq 0,02$ ); les taux d'embolisation artérielle, d'endométrite et de réadmission dans les 6 mois suivant le congé étaient plus élevés.

*Commentaire :* Il s'agit d'une étude qui suscite la réflexion et qui semble à contre-courant des pratiques actuelles au Canada et dans de nombreux centres en Amérique du Nord. Nous avons tendance à recommander le transfert vers les centres ayant une équipe spécialisée dans la réalisation de cette intervention chirurgicale difficile. Doit-on comprendre qu'une autre méthode serait préférable? Serait-il nécessaire de mener un essai clinique randomisé multicentrique?