

# La littérature médicale mondiale : obstétrique



J. F. R. Barrett

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

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

**Osteen SJ, Yang Z, Mckinzie AH, et al. Long-term childhood outcomes for babies born at term who were exposed to antenatal corticosteroids [e-pub ahead of print]. Am J Obstet Gynecol <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.026>.**

*Sommaire* : Les auteurs de cette étude soutiennent qu'il faut évaluer les issues à long terme chez les nourrissons à terme ayant été exposés à des corticostéroïdes in utero puisque bon nombre de femmes qui reçoivent une corticothérapie prénatale (CP) pour menace d'accouchement prématuré finissent par accoucher à terme. Ils ont ainsi mené une étude de cohorte rétrospective sur des enfants nés à terme (> 37 semaines d'aménorrhée) et âgés de 5 ans ou plus au moment de l'étude. Les issues d'enfants nés de femmes ayant reçu une CP pour menace d'accouchement prématuré ont été comparées à celles d'enfants dont la mère avait aussi été évaluée pour menace d'accouchement prématuré mais qui n'avait pas reçu de CP.

Des 3 556 enfants inclus dans l'étude, 629 (17,6 %) avaient été exposés à une CP (bétaméthasone dans tous les cas); le groupe témoins compte quant à lui 2 927 enfants (82,3 %) dont la mère n'avait pas reçu de CP. Chez les enfants exposés à une CP, aucune différence n'a été observée quant aux diagnostics d'asthme, de trouble du déficit de l'attention ou de retard du développement (respectivement  $p = 0,47$ ,  $p = 0,54$  et  $p = 0,10$ ). La probabilité que le percentile de poids soit inférieur à 10 % était plus élevée chez les enfants exposés à une CP (rapport de cotes [RC] : 2,00; IC à 95 % : 1,22-3,25). Par conséquent, les auteurs concluent que les bébés nés à terme qui ont été exposés à une CP in utero pourraient être plus susceptibles de se situer à un percentile de croissance inférieur à celui des bébés non exposés; toutefois, les enfants exposés à une CP ne semblent pas plus susceptibles de présenter d'autres issues défavorables.

*Commentaire* : Cette étude importante vient étayer les données indiquant que la CP, bien que potentiellement vitale, peut également avoir des effets nuisibles. Mon ancien groupe de recherche à Toronto, dirigé par le D<sup>r</sup> Nir Melamed, a constaté des observations semblables en analysant des données tirées du Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN) de l'Ontario, qui ont été liées aux données de l'ICES. Publiée dans *BMJ Open*, l'étude révèle une association, chez les nourrissons nés à terme, entre l'exposition à la CP et le recours au système de santé dans l'enfance relativement à des troubles neurocognitifs et neurosensoriels soupçonnés<sup>1</sup>. Ces constats soutiennent l'importance de l'essai SNACS en cours sur la ronde unique de corticothérapie prénatale chez les femmes à risque d'accouchement prématuré mené par la D<sup>re</sup> Sarah MacDonald à l'Université McMaster en ce qui concerne le respect du principe *Primum non nocere*.

## RÉFÉRENCE

1. Melamed N, Asztalos E, Murphy K, et al. Neurodevelopmental disorders among term infants exposed to antenatal corticosteroids during pregnancy: a population-based study. *BMJ Open* 2019;9:e031197.

**Zare S, Sufizadeh N, Rezaghali P. Termination of pregnancy due to COVID-19 induced damage to the placenta: a case report. Caspian J Intern Med 2022;13(Suppl 3):295–8.**

J Obstet Gynaecol Can 2022;44(11):1128-1130

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.09.011>

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

**Sommaire :** Les gynécologues et les néonatalogistes se préoccupent de plus en plus de l'effet de la COVID-19 sur les issues néonatales et maternelles. Le cas inhabituel présenté dans cet article concerne une patiente de 33 ans qui a consulté à 33 semaines d'aménorrhée pour un essoufflement et une toux. L'amplification en chaîne par polymérase (PCR) et le tomogramme ont confirmé le diagnostic de COVID-19. En raison de résultats anormaux à l'évaluation de la fonction placentaire, les médecins ont opté pour une césarienne d'urgence; le nourrisson est né en ayant un poids de 2 700 g et un indice d'Apgar de 10. L'examen anatomopathologique du placenta a confirmé une thrombose vasculaire généralisée. Bien que les manifestations fréquentes de la COVID-19 pendant la grossesse sont la fièvre, la toux et les douleurs musculaires, les personnes enceintes atteintes de COVID-19 devraient immédiatement subir une échographie et d'autres examens pour détecter la thrombose placentaire.

**Commentaire :** Même si cet article provient d'une revue plutôt méconnue, je ne vais pas m'excuser d'avoir choisi une étude de cas pour mettre un problème en lumière. Un mentor m'a déjà dit : « Tout le monde a de quoi à nous apprendre, c'est pourquoi il faut toujours garder l'esprit ouvert. » Méconnue, soit, mais qui nous touche de près! J'ai récemment pris en charge une patiente multipare à faible risque qui, après un cas de COVID-19 légère, a subi une insuffisance placentaire aiguë. Cette complication a été détectée uniquement grâce à l'évaluation du rapport cérébro-placentaire (RCP) par un collègue vif d'esprit. Nous l'avions tous taquiné en lui disant que rien ne justifiait de mesurer le RCP, car il n'y avait alors aucun signe de retard de croissance! Heureusement pour ce petit bébé, le résultat du RCP a été le seul signe de souffrance fœtale imminente, qui s'est manifestée par la suite.

**Zafarmand MH, Goossens SMTA, Tajik P, et al. Twin Birth Study Collaborative Group. Planned cesarean or planned vaginal delivery for twins: secondary analysis of randomized controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol 2021;57:582–91.**

**Sommaire :** Les auteurs de cette étude ont cherché à évaluer si la césarienne planifiée (CP) offre un bénéfice différentiel par rapport à l'accouchement vaginal planifié (AVP) en cas de grossesse gémellaire avec premier jumeau en présentation céphalique, d'après des caractéristiques maternelles et gestationnelles initiales prédéterminées et/ou l'âge gestationnel (AG) à l'accouchement. Il s'agit d'une analyse secondaire de la Twin Birth Study, qui a porté sur 2 804 femmes entre 32 SA + 0 j et 38 SA + 6 j ayant accouché dans 106 centres de 25 pays. Les femmes

avaient été assignées aléatoirement au groupe de CP ou d'AVP. Le critère de jugement principal était l'issue périnatale défavorable composite, définie comme l'occurrence de mortalité périnatale ou de morbidité néonatale grave chez au moins un jumeau. Dans cette analyse, des modèles de régression logistique distincts ont été élaborés pour chaque caractéristique afin de modéliser l'issue périnatale défavorable composite comme fonction de cette caractéristique, soit le mode d'accouchement planifié, et l'interaction entre ces 2 facteurs. De plus, une analyse de régression logistique multivariée par méthode descendante a été effectuée séparément dans chaque groupe de l'essai. L'association entre le mode d'accouchement planifié et l'issue périnatale défavorable composite d'après l'AG à l'accouchement a été analysée par régression logistique.

Des 2 804 femmes initialement incluses dans l'étude, 1 391 ont été réparties dans chaque groupe de l'étude. Aucune des caractéristiques initiales étudiées n'a été associée à un bénéfice différentiel de la CP par rapport à l'AVP en ce qui concerne le critère principal composite. L'AG à l'accouchement a été associée de façon différentielle à l'issue périnatale défavorable composite dans les groupes de traitement (valeur  $p$  pour l'interaction  $< 0,001$ ). Chez les nourrissons nés entre 32 SA + 0 j et 36 SA + 6 j, on a observé une tendance vers une diminution du risque d'issue périnatale défavorable composite dans le groupe AVP comparativement au groupe CP (29 [2,2 %] p/r à 48 [3,6 %] cas; RCa : 0,62; IC à 95 % : 0,37-1,03). Chez les nourrissons nés à partir de 37 SA + 0 j, l'AVP a été associé à une augmentation significative du risque d'issue périnatale défavorable composite en comparaison avec la CP (23 [1,5 %] p/r à 10 [0,7 %] cas; RC : 2,25; IC à 95 % : 1,06-4,77). Les auteurs ont donc conclu qu'en cas de grossesse gémellaire avec premier jumeau en présentation céphalique, les issues de l'accouchement planifié peuvent varier selon l'AG à l'accouchement et le mode d'accouchement. Entre 32 et 37 semaines d'aménorrhée (SA), l'AVP semble préférable; la CP pourrait toutefois être plus sécuritaire à partir d'environ 37 SA. Le risque absolu d'issues périnatales défavorables à terme est faible et doit être évalué en tenant compte des risques maternels élevés associés à la césarienne.

**Commentaire :** J'espère que les rédacteurs et les lecteurs me pardonneront de citer un article dont je suis également l'un des auteurs, mais je crois qu'il est important de le faire connaître. Nous avons constaté qu'en cas de grossesse gémellaire avec premier jumeau en présentation céphalique, la CP ne diminuait et n'augmentait pas significativement le risque de mortalité néonatale ou fœtale ni de morbidité

néonatale grave comparativement à l'AVP entre 32 SA + 0 j et 38 SA + 6 j<sup>1</sup>. Les analyses originales de la Twin Birth Study auraient-elles fait fausse route? C'est possible, mais j'en doute. Je préfère malgré tout la simplicité d'un essai clinique randomisé à l'analyse de régression logistique multivariée par méthode descendante utilisée dans l'étude. Quoi qu'il en soit, cette analyse est brillante, et nous devons garder l'esprit ouvert. Que signifient donc ces observations?

Tout d'abord, il est gratifiant de constater qu'à l'âge gestationnel auquel la plupart des jumeaux naissent (32-37 SA), les issues de l'accouchement vaginal planifié sont en fait meilleures que celles de la césarienne planifiée, un bénéfice dont il n'est pas fait mention dans l'étude originale. Ce constat est des plus logiques, car les jumeaux nés par CP facultative sont vulnérables au syndrome de détresse respiratoire en raison de leurs poumons immatures. Deuxièmement, si ses conclusions sont exactes, l'étude souligne l'importance de respecter les lignes directrices universelles, qui recommandent fortement l'accouchement avant 37 SA en cas de grossesse gémellaire bichoriale et avant 36 SA en cas de grossesse gémellaire monochoriale<sup>2</sup>. Tant que nous adhérons à ces lignes directrices, je pense que nous pouvons avoir l'esprit tranquille en informant nos patientes que l'accouchement vaginal planifié est la meilleure option pour toutes les grossesses gémellaires.

## RÉFÉRENCES

1. Barrett JF, Hannah ME, Hutton EK, et al.; Twin Birth Study Collaborative Group. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *N Engl J Med.* 2013 Oct 3;369(14):1295-305. doi: [10.1056/NEJMoa1214939](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1214939). Erratum in: *N Engl J Med.* 2013 Dec 12;369(24):2364.
2. Mei-Dan E, Jain V, Melamed N, Lim KI, Aviram A, Ryan G, Barrett J. Guideline No. 428: Management of Dichorionic Twin Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2022 Jul;44(7):819-834.e1. doi: [10.1016/j.jogc.2022.05.002](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.05.002). PMID: 35798461.

**Kanninen T, Bellussi F, Berghella V. Fundal pressure to shorten the second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2022;275:70–83.**

*Sommaire* : Cette étude est une revue systématique des données probantes sur la pression fundique pour accélérer l'accouchement vaginal. La recherche documentaire a répertorié 10 essais cliniques randomisés sur la pression fundique pour accélérer le travail, dont les résultats ont ensuite été inclus dans la méta-analyse. Le critère de jugement principal de cette analyse était la durée du deuxième stade du travail.

Cette revue a révélé que la pression fundique était associée à une réduction de la durée du deuxième stade (différence moyenne [DM] : -20,33 min; IC à 95 % : -28,55 à -12,11). L'analyse par sous-groupe avec le seul recours à la pression manuelle ou à une ceinture a confirmé cette association. Aucune différence significative n'a été observée dans le taux d'accouchement vaginal (risque relatif [RR] : 1,00; IC à 95 % : 0,98-1,02), les indices d'Apgar à 1 et 5 minutes (DM : 0,10; IC à 95 % : -0,05 à 0,24; et DM : 0,02; IC à 95 % : -0,12 à 0,15), ni les risques de trauma néonatal (RR : 0,33; IC à 95 % : 0,01-7,90), de laceration vaginale ou périnéale (RR : 0,83 %; IC à 95 % : 0,57-1,22), de laceration cervicale (RR : 1,30; IC à 95 % : 0,21-8,02), d'épisiotomie (RR : 1,08; IC à 95 % : 0,96-1,21), de césarienne (RR : 0,72; IC à 95 % : 0,34-1,51), d'accouchement assisté (RR : 0,79; IC à 95 % : 0,55-1,13) ni d'admission à l'unité de soins intensifs néonataux (RR : 0,33; IC à 95 % : 0,01-7,90). Cependant, la pression fundique a été associée à une diminution du pH artériel au cordon ombilical (DM : -0,03; IC à 95 % : -0,04 à -0,01) ainsi qu'à une augmentation non significative de l'incidence d'un indice d'Apgar de moins de 7 à 5 minutes (4,9 % p/r 0,7 %; RR : 3,48; IC à 95 % : 0,57-21,32). Compte tenu de ces résultats, la pression fundique au deuxième stade est associée à une diminution de 20 minutes de la durée du travail et à une légère diminution du pH artériel néonatal au cordon ombilical.

*Commentaire* : J'ai vu cette pratique être réalisée pour la première fois par un collègue plus jeune en visite d'Israël. J'avais dû le soustraire à la colère des infirmières et des collègues qui l'avaient regardé avec horreur exécuter cette manœuvre pendant le deuxième stade du travail. Il avait insisté sur le fait que la pression fundique était une pratique courante très efficace et sécuritaire lorsque bien exécutée. Nous devons toujours être ouverts à d'autres manières de faire les choses! Merci, Vincenzo, d'avoir publié cet article et de tous nous encourager à garder l'esprit ouvert.