

La version par manœuvres internes à la Maternité de Befelatanana - Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar) : à propos de 177 cas

Andriamady RCL¹, Ravaonarivo AR¹, Ranjalahy RJ²

RESUME : La Version par Manœuvres Internes (VMI) est à l'origine de taux de morbidité et de mortalité materno-fœtales élevés. Une étude rétrospective, menée sur une période de 12 mois, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1998 a été effectuée à la Maternité de Befelatanana. Elle avait pour objectif d'évaluer la fréquence de la VMI, d'en préciser les indications, de mieux cerner les difficultés techniques et les problèmes rencontrés au cours de sa réalisation. 177 VMI ont été enregistrées. 85 sur fœtus unique, 91 sur un deuxième jumeau et 1 VMI sur un troisième enfant (grossesse triple). L'incidence annuelle des VMI est de 2,1%. L'âge moyen des parturientes a été de 27 ans. Les facteurs de risque et les facteurs déterminants ont été des antécédents gynéco-obstétricaux : avortement ou accouchement prématuré, des infections uro-génitales, une maladie hypertensive, une mauvaise surveillance prénatale, une mauvaise surveillance du travail, l'institution de traitements intensifs et inappropriés et un bas niveau de vie. Les complications ont été des hémorragies de la délivrance : 73% (124/170) des cas, une rupture utérine dans 8% (14/177) des cas et une déchirure du col dans 5% (9/177) des cas. Il y a eu 19 décès maternels (11%). La mortalité périnatale a été de 68% (120/177). La VMI, à condition d'être réalisée à bon escient par un technicien compétent, est la seule alternative à la césarienne. Son indication devrait être réservée au 2^{ème} jumeau en présentation transversale non engagée.

Mots-clés : Grossesse - Complication - Version par manœuvres internes - Infection - Epidémiologie - Prévention - Indication - Présentation transversale - MADAGASCAR.

ABSTRACT : "Report of 177 version by internal manipulations cases at the Maternity Hospital of Befelatanana, Antananarivo": Version by internal manipulations (VIM) cause high fetal and maternal morbidity and mortality rates. A retrospective study was carried out in 1998 at the Maternity Hospital of Befelatanana, Antananarivo in order to assess VIM frequency, to specify their indications and technical difficulties by performing them. 177 VIM were registered for the period study : 85 on singleton pregnancies, 91 on the second twin and 1 on the third infant of a triplet pregnancy. VIM annual incidence was of 2.1 per cent. The average age of parturient women was 27 years old. Risk factors and determinative causes are gynecological history as abortion, preterm delivery, urogenital infections; high blood pressure; poor prenatal visits; poor cares during labor; untimely and inappropriate drug prescriptions; low standard of living. Maternal complications were hemorrhages of the afterbirth (73.0 per cent), uterine rupture (8.0 per cent), cervix tearing (5.0 per cent). 19 maternal deaths were noted. Infant perinatal mortality was of 68.0 per cent. The authors conclude that VIM is the only alternative to cesarotomy provided it is properly performed by a competent and experienced practitioner. VIM must be kept for the second twin in unengaged transverse lie.

Key-words : Pregnancy - Complication - Version by internal manipulations - Infection - Epidemiology - Prevention - Indication - Transverse lie - MADAGASCAR

INTRODUCTION

On appelle Version par Manœuvres Internes (VMI) une opération manuelle exécutée *in utero* qui consiste à transformer une mauvaise présentation du fœtus en une autre présentation. En pratique, on transforme toujours la présentation primitive en une présentation du siège en saisissant l'un ou les 2 pieds du fœtus sur lequel on réalise ensuite une grande extraction du siège (GES) [1]. Supplémentée par l'opération césarienne, cette manœuvre est de-

venue rare dans les pays développés. Elle garde à Madagascar une place encore prépondérante, car par rapport à la césarienne, elle reste, avec l'embryotomie, la seule alternative offerte au praticien. Elle est cependant à l'origine de taux de mortalité et de morbidité materno-fœtales élevés. Face à ce problème, nous avons décidé de réaliser une étude dont les objectifs étaient d'évaluer la fréquence de la VMI dans nos pratiques obstétricales, d'en préciser les indications, de mieux cerner les difficultés techniques et les problèmes rencontrés au cours de sa réalisation, et de comparer nos résultats à ceux de la littérature.

¹ Maternité de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, BP 8394 - 101 Antananarivo - Madagascar.

² Ministère de la Santé, BP 460 - 101 Antananarivo - Madagascar.

PATIENTS ET METHODE

Notre étude a été une étude prospective menée sur une période de 12 mois, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1998. Elle a été effectuée à la Maternité de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo, Centre de Référence Nationale publique en matière d'obstétrique. Notre étude a porté sur tous les cas de VMI survenus pendant cette période. Pour chaque cas, deux fiches ont été établies : l'une pour la mère et l'autre pour l'enfant. Elles renfermaient les observations cliniques de la mère, les renseignements concernant son état civil, son adresse, sa situation socio-économique et culturelle, la date, le mode et le motif d'admission. Elles consignaient la date du début du travail, la date et l'heure de la décision d'évacuation, les renseignements sur le déroulement du travail, les traitements reçus. Les antécédents gynéco-obstétricaux, la consultation prénatale (CPN) et les maladies rencontrées au cours de la grossesse sont aussi précisés. L'état clinique à l'admission y est mentionné ainsi que le traitement préconisé et le délai de sa mise en route. De même, nous y avons enregistré l'indication et le protocole opératoire, l'état de santé de la mère et de l'enfant à la naissance et au moment de la sortie.

RESULTATS

Nous avons réalisé 177 VMI suivies d'une GES, sur 8 386 accouchements, soit 2,1%. 85 VMI (48%) ont été réalisées sur fœtus unique, 91 VMI sur un deuxième jumeau et 1 VMI sur un troisième enfant (grossesse triple).

L'âge des parturientes a varié entre 16 et 48 ans, avec un âge moyen de 27 ans. La fréquence des VMI en fonction de l'âge figure sur le tableau I. Un peu plus de la moitié (55%) de ces parturientes venaient de districts sanitaires situés dans un rayon de 150 km autour d'Antananarivo, les autres venaient de la capitale ou de sa périphérie immédiate. 45% ont été évacuées de formations sanitaires.

La quasi totalité de ces femmes (97%) sont issues de couches sociales défavorisées ou modestes. Ce sont, le plus souvent, des femmes au foyer, de simples salariées, des ouvrières. Leur revenu est généralement inférieur à 250 US\$ par an *per capita*. La parité moyenne est de 3 (maximum 14).

Le tableau II présente l'incidence de la VMI en fonction de la parité : il montre que la VMI a été plus fréquemment pratiquée chez les grandes multipares ($p=0,0013$).

Tableau I : Fréquence de la VMI, selon l'âge

Age (années)	Nombre accouchements	Nombre VMI	Fréquence (%)
≤ 19	1 275	45	3,5
20-24	1 979	49	2,5
25-29	2 398	30	1,2
30-34	1 795	32	1,8
≥ 35	939	21	3,1
Total	8 386	177	2,1

Tableau II : Fréquence de la VMI, en fonction de la parité

Parité	Nombre accouchements	Nombre VMI	Fréquence (%)
I	4 562	81	1,8
II et III	1 845	40	2,2
IV et V	1 514	37	2,4
VI et plus	465	19	4,1
Total	8 386	177	2,1

Concernant les antécédents gynéco-obstétricaux, une infection uro-génitale a été retrouvée chez 52% des femmes. Plus de 30% d'entre-elles ont eu au moins un avortement ou un accouchement prématuré. Au cours d'une grossesse précédente, 16,5% avaient présenté une maladie hypertensive.

Pour la majorité des grossesses, la surveillance prénatale a été de mauvaise qualité. La sérologie de la syphilis n'a été réalisée que dans 70% des cas. Dans 25% des cas, la première consultation prénatale a été tardive. La maladie hypertensive a compliqué 25% des grossesses.

L'examen clinique à l'entrée montrait que l'œuf était ouvert dans 70% (124/177) des cas. L'ouverture datait de 16 à 86 heures. Dans 30,5% des cas, l'accouchement avait débuté à domicile. Le travail avait commencé depuis 12 à 76 heures. 73% des parturientes présentaient un état fébrile (température supérieure à 38,5°C), la moitié étaient anémiées et 7% présentaient un état de choc hémorragique. 24% des femmes ont été admises en phase expulsive, 51% en phase active, à dilatation cervicale avancée, et 25% en début de travail.

Pour les 85 grossesses à fœtus unique, la VMI a été nécessaire dans 73% (62/85) des cas pour une présentation de l'épaule négligée compliquée dans 35% (22/62) des cas d'une procidence non pulsatile du cordon, dans 21% (18/85) des cas pour placenta praevia hémorragique avec fœtus mort et dans 6% (5/85) pour présentations complexes. Au total, 87% (74/85) des fœtus étaient

morts *in utero*. Dans 24% (20/85) des cas, la présentation de l'épaule était fortement engagée et le fœtus était mort *in utero*, ce qui a nécessité une embryotomie première par désarticulation de l'épaule pour permettre la VMI. Une embryotomie par crâniotomie pour accouchement difficile sur tête dernière a été nécessaire dans 13% (11/85) des cas. Parmi les 91 grossesses gémellaires, 11 VMI ont été nécessaires pour rétention du 2^{ème} jumeau. Les deuxièmes jumeaux étaient en présentation céphalique dans 41,5% (38/91) des cas et en présentation transversale dans 58,5% des cas. 14% (13/91) des deuxièmes jumeaux étaient morts *in utero*.

Les VMI ont été effectuées sous anesthésie générale pour les fœtus uniques et les 11 rétentions du 2^{ème} jumeau, soit 54% (96/177) des cas.

Sur l'ensemble des 177 parturientes, une rupture utérine est survenue dans 8% (14/177) des cas et une déchirure du col dans 5% (9/177). La VMI a été abandonnée dans 4% (7/177) pour cause d'hypertonie ou de rétraction utérine, ou parce que le pied fœtal était insaisissable. Dans ces cas, nous avons eu recours à la césarienne. Nous avons dû procéder à une hystérectomie dans 4 cas et à une suture conservatrice associée à une ligature des trompes dans 3 cas.

Malgré l'injection intramurale d'ocytocine, des hémorragies de la délivrance sont survenues dans 73% (124/170) des cas. 45% de ces femmes ont bénéficié d'une transfusion sanguine, les autres ont bénéficié d'un remplissage par macromolécules et d'une perfusion rapide d'ocytocine.

Nous avons déploré au total 19 décès maternels, soit 11% (19/177) des VMI. Ils ont représenté 23,4% de la mortalité maternelle hospitalière enregistrée au cours de l'année 1998 à la maternité de Befelatanana. Ces décès sont consécutifs à des complications hémorragiques dans 13 cas et après une hystérectomie dans 6 cas, dont un cas pour hémorragie et 5 cas pour infections post-opératoires. A la sortie, 63,5% (100/158) des femmes présentaient une anémie clinique et ont bénéficié d'un traitement martial en ambulatoire. Il s'agissait dans presque tous les cas d'adolescentes (37%) et de grandes multipares (55%).

Outre les 49% (87/177) de morts *in utero*, les nouveau-nés vivants à la naissance ont payé un lourd tribut. En effet, seuls 63% (57/90) d'entre-eux étaient vivants le jour de la sortie (Tableau III).

L'examen clinique des nouveau-nés à la naissance a permis de donner à chacun un âge réel ou approximatif [1]. Ainsi, 76% sont nés

prématurés et 47% à moins de 35 semaines de gestation (Tableau III).

Tableau III : Vitalité fœtale selon l'âge gestationnel

Age gestationnel en semaines	Morts in utero (%)	Nombre décédés ≤ 7j (%)	Nombre vivants 8ème j	Total (%)
26-32	24 (52)	13 (28)	9 (20)	46 (26)
33-34	1 979	49	11 (30)	37 (21)
35-36	2 398	30	32 (63)	51 (29)
≥ 37	1 795	32	5 (12)	43 (24)
Total (%)	87 (49)	33 (19)	57 (32)	177 (100)

DISCUSSION

L'incidence de la VMI observée à la maternité de Befelatanana en 1998 est plus élevée que celle rapportée par d'autres équipes [2,3]. En fait, dans notre contexte, les indications ont été élargies au 2^{ème} jumeau en présentation céphalique et au fœtus unique en présentation de l'épaule ou en présentation céphalique avec placenta praevia. Dans ces dernières indications, elle a été effectuée, dans 87% des cas, sur un enfant mort.

Certains auteurs ont rapporté un taux d'échec de 5,7% dans leur tentative de VMI et avoir eu recours à la césarienne [2]. Notre taux d'échec a été de 3,9%, et comme eux dans le même contexte, nous avons eu recours à la césarienne.

Si les hémorragies de la délivrance sont des complications possibles après une VMI, elles ont été plus fréquentes (73%) que pour d'autres équipes. Dufour rapportait 8,5% d'hémorragies de la délivrance en 1996 en France sur une série de 35 VMI [2]. Dans notre série, ces hémorragies ont été responsables de plus de 2 tiers des décès maternels.

Une partie des décès maternels ont pu être liés à la parturité de nos parturientes dont plus de la moitié se situaient dans les catégories les plus vulnérables: primipares et grandes multipares.

Si la mortalité fœtale *in utero* a été importante dans notre série, elle semble résulter de la conjonction de facteurs défavorables certains : suivi prénatal insuffisant, mauvaise surveillance du travail, institution de traitements intensifs et inappropriés, et enfin retard dans la décision d'évacuation.

La mortalité post-natale précoce est, quant à elle, liée en grande partie à la prématurité, et à l'infection néonatale.

CONCLUSION

La version par manœuvre interne, à condition d'être réalisée à bon escient par un technicien compétent, est la seule alternative à la césarienne. Son indication devrait être réservée au 2^{ème} jumeau en présentation transversale non engagée. Cette technique, d'apprentissage difficile, est maintenant peu utilisée dans les pays développés mais elle reste adaptée à notre contexte de travail. Sa réussite ne peut être que le résultat d'une collaboration entre un service de santé compétent et motivé et une communauté sensibilisée et coopérante.

REFERENCES

- 1- **Martin SL, Fall M, Kuakuvi NK, Senghor G, Correa P.** Pré maturité et hypotrophie au CHU de Dakar. *Afr Med* 1980; **180** : 343-348.
- 2- **Dufour PH, Vinatier D, Bennani S, Tordjeman JC, Ducloy, Nihous F, Monnier JC, Puech F.** Version par Manoeuvres Internes et Grande Extraction du siège, chez le 2^{ème} jumeau. A propos de 35 observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; **25** : 617-622.
- 3- **Merger R, Levy J, Merchior J.** Précis d'Obstétrique, 5 éd. Paris : Masson, 1979 : 611-614.