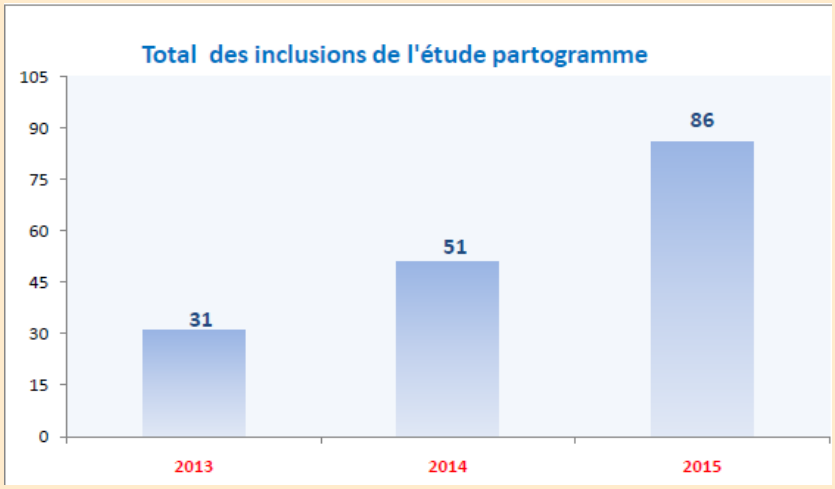
La Gazette de l'Unité de Développement en Obstétrique

NUMÉRO 20 **juin 2015**

SOMMAIRE DES ÉTUDES EN COURS A LA MATERNITÉ



Page 2
- ÉTUDE PARTOGRAMME

Page 3
- ÉVALUATION DE LA CICATRICE DE CÉSARIENNE AU 1ER TRIMESTRE
- ÉTUDE COQUELUCHE

Page 4
- ÉTUDE ANTIDÉPRESSEURS ET ALLAITEMENT

Page 5
- LES PROCHAINES ÉTAPES DES ÉTUDES DONT LE RECRUTEMENT EST ACHEVÉ
- PUBLICATIONS 2014-2015

Page 6
- RÉSULTATS DES ÉTUDES ACHEVÉES:

ÉTUDE EUFIS: Un modèle associant fibronectine fœtale quantitative et mesure de la longueur du col prédit-il mieux la probabilité absolue d'accouchement prématuré < 7jours chez des femmes avec une menace d'accouchement prématuré?

ÉTUDE 4P: Prévention de l'accouchement prématuré avec la progestérone vaginale chez les femmes en travail prématuré: Étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placébo.

ÉTUDE DAME: Déclencher ou attendre en cas de suspicion de macrosomie?

ETUDE DE GASQUET: Peut-on corriger les variétés de présentations fœtales postérieures durant la phase de dilatation de l'accouchement par des postures maternelles ?

L'UNITE DE DÉVELOPPEMENT EN OBSTÉTRIQUE

Cette Unité a été crée en 1997 pour promouvoir la recherche clinique au sein du service d'Obstétrique. Le responsable est le Dr M. Boulvain.
De nombreux traitements, examens et interventions sont proposés aux femmes au cours de la grossesse. La prise en charge de cette période très importante mérite certainement d'être évaluée scientifiquement. Il est possible qu'au cours d'un suivi de grossesse ou d' accouchement un membre du service propose à une femme de participer à une étude clinique. Nous remercions d'avance les femmes de participer aux études que nous organisons. Leur collaboration sera utile à d'autres femmes dans la même situation que la leur.
Nous remercions également les membres de la Maternité pour leur aide précieuse!

ETUDE PARTOGRAMME: UN ESSAI CLINIQUE RANDOMISÉ

Février 2013

Déterminer si l'utilisation d'un partogramme spécifique améliore la gestion du travail des patientes qui tentent un accouchement vaginal après césarienne (AVAC).

L'AVAC est une des stratégies majeures pour diminuer le taux des césariennes. En cas de tentative d'AVAC, il est important d'éviter un travail dystocique chez les patientes puisque le risque de rupture utérine est augmenté dans ces situations (1%).

La césarienne répétée est associée également à des complications maternelles et à un risque plus élevé de morbidité néonatale.

Une tentative d'AVAC sûre est proposée aux patientes après sélection en anténatal. De plus, une bonne gestion du travail d'accouchement est indispensable pour minimiser le risque de rupture utérine.

Le partogramme est un outil important dans le suivi de l'accouchement puisqu'il nous renseigne notamment sur l'apparition d'une dystocie, indication majeur d'une césarienne.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de partogramme spécifique aux patientes avec antécédent de césarienne ni d'étude visant à connaître le rôle de cet outil dans la surveillance des patientes en travail avec utérus cicatriciel.

Critères d'inclusion :
Toute patiente admise en travail pour une tentative d'AVAC à terme (dès 37 0/7 SA) avec une grossesse unique, en présentation céphalique.

Description de l'intervention :
La patiente sera randomisée dans le groupe « **partogramme habituel** » versus « **partogramme spécifique** » au moyen d'enveloppes opaques scellées.

L'issue principale:
Détecter une dystocie, définie par une stagnation de la dilatation de plus de 2 heures ou une dilatation de moins de 2cm en 4h, et la décision à ce moment-là de césarienne en urgence (dans la demi-heure suivant la décision).

Taille de l'échantillon:
Actuellement, 86 patientes ont participé sur les 225 patientes prévues dans chaque groupe.

Dr N. Jastrow-Meyer
Pr M. Boulvain Dr P. Drakopoulos
V.Othenin-Girard tél: 32 380

TRANSMISSION DES ANTICORPS MATERNELS CONTRE LA COQUELUCHE AUX NOUVEAU-NÉS EN FONCTION DU MOMENT DE LA VACCINATION DE LEUR MÈRE PENDANT LA GROSSESSE

Cette étude a pour but de mesurer la quantité d'anticorps maternels contre la coqueluche transmise aux nouveau-nés pendant la grossesse et de déterminer comment elle augmente en fonction du moment de la vaccination des mamans pendant leur grossesse.

Objectif
La vaccination de la mère est en train de devenir la stratégie optimale contre la coqueluche précoce du nourrisson.
Actuellement, personne ne sait si une période de la grossesse est meilleure qu'une autre pour protéger les nouveau-nés. Nous réalisons donc cette étude pour évaluer quel est le meilleur moment de la grossesse pour vacciner la femme enceinte contre la coqueluche afin que l'enfant reçoive un maximum d'anticorps.
Après avoir coupé le cordon ombilical du nouveau-né à la naissance, nous analyserons les anticorps dans le sang du cordon ombilical.

Critères d'exclusion:

- Déficit immunitaire congénital
- Traitement immunosuppresseur pendant les derniers 3 mois
- Infection VIH
- Exposition prouvée (culture ou PCR) à la coqueluche < 5 ans
- Vaccination connue contre la coqueluche < 5ans

Critères d'inclusion:

- Femmes enceintes vaccinées contre la coqueluche pendant la grossesse

Taille de l'échantillon:

- 210 patientes vaccinées au 2ème trimestre de la grossesse
- 210 patientes vaccinées lors du 3ème trimestre
- 100 patientes vaccinées accouchant < 37 SA.

Il ne reste à inclure plus que 60 patientes vaccinées et qui accouchent avant 37 SA.

Responsables de l'étude à la maternité : Dr B. Martinez de Tejada et Dr. M. Boukri
Responsables de l'étude en pédiatrie : Prof c-A Siegrist et Dr C. Eberhardt
Antonina Chilin : **32 302** Véronique Othenin-Girard: **32 380**

EVALUATION DE LA CICATRICE DE CÉSARIENNE AU 1ER TRIMESTRE: ÉTUDE SEGMENT INFERIEUR AU 1ER TRIMESTRE

Février 2014

On assiste à une augmentation des taux de césarienne depuis plusieurs décennies (32% en Suisse en 2009).

En raison des complications maternelles et fœtales à court et à long terme associées à la césarienne, la diminution du taux de césariennes constitue plus que jamais une importante question de santé publique.

L'accroissement du nombre de césariennes répétées qui sont planifiées pour éviter le risque de rupture utérine accentue d'autant plus le besoin de répondre de manière appropriée à la problématique de la prédiction de la rupture utérine. Pour toutes ces raisons, l'introduction d'un outil standardisé et validé de prévention de la rupture utérine est nécessaire.

La MSI au 3ème trimestre est actuellement l'outil proposé pour aider la femme à décider de la voie d'accouchement. De nombreuses évidences suggèrent que l'examen du 1er trimestre est un examen échographique essentiel.

Objectif:

Cette étude vise à comparer l'aspect de la cicatrice de césarienne au 1er trimestre à la MSI effectuée au 3ème trimestre et à évaluer l'inconfort engendré par cet examen. De plus, elle a comme but d'analyser les issues obstétricales durant la grossesse et l'accouchement selon l'aspect échographique de la cicatrice au 1er trimestre.

Hypothèse:

L'aspect de la cicatrice au 1er trimestre est corrélé à la MSI effectuée au 3ème trimestre et est moins inconfortable que cette dernière. Ceci permettrait de classifier, dès le premier trimestre, les patientes en bas risque ou en haut risque de développer une complication liée à leur cicatrice de césarienne.

Les patientes pourraient aussi savoir plus précocement si une césarienne est nécessaire. Il est important pour la plupart des femmes enceintes de se préparer le plus tôt possible à cette éventualité.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective.

Critères d'inclusion:

- ≥ 1 antécédent de césarienne
- Grossesse unique entre 11 et 13 6/7 SA
- Patiente majeure, acceptant la voie endovaginale dans le cadre des soins courants

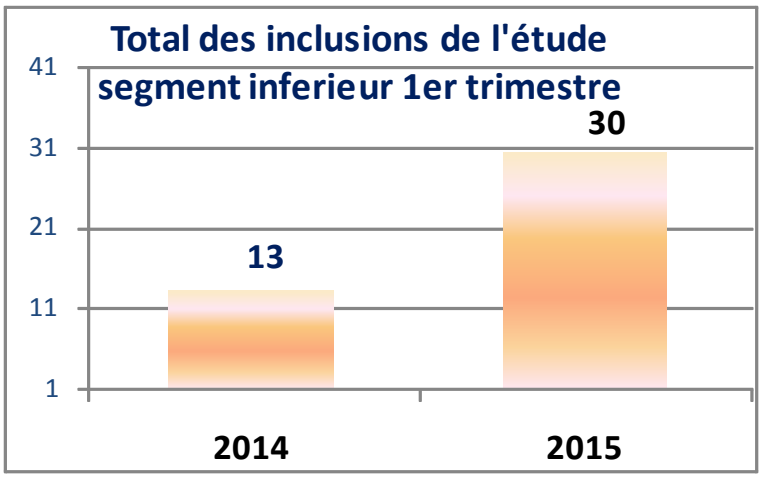
Critères d'exclusion:

- Cicatrice utérine autre que transversale basse (myomectomie, césarienne corporéale ou en T inversé)
- Grossesse multiple
- Anomalie fœtale létale connue
- Menace de fausse couche

Taille de l'échantillon:

30/385 femmes

Dr N. Jastrow-Meyer : 32 277
le service des Ultras-Sons
V.Othenin-Girard 32 380



Merci aux sages-femmes de la consultation prénatale de signaler les femmes avec antécédent(s) de césarienne à la fin de leur première consultation (Véronique tél 32 380); elles seront ainsi informées de l'étude et auront le temps de réfléchir à leur participation avant leur US de datation.

TRAITEMENTS ANTIDÉPRESSEURS DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

Avril 2014

Introduction:

15 à 20 % des femmes présentent des symptômes de dépression durant la grossesse et la période postpartum. Les études ont bien montré la nécessité de traiter les mères souffrant de troubles anxiodépressifs pendant la grossesse ou l'allaitement, afin d'améliorer leur santé psychique et de ce fait la qualité de leur relation avec leur bébé, et, le développement de l'enfant.

D'autre part, les bienfaits de l'allaitement ne sont plus à démontrer, tant sur la santé des mères et des enfants, que sur la relation mère-enfant, et probablement aussi sur le développement de l'enfant. C'est pourquoi à l'heure actuelle les antidépresseurs sont largement prescrits pendant la grossesse et l'allaitement chez les mères souffrant de troubles anxiodépressifs.

Nous sommes toutefois loin de tout connaître sur le passage de ces médicaments dans le lait maternel et sur l'évolution des enfants exposés pendant la grossesse et l'allaitement.

Les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI) et de la sérotonine/noradrénaline (SNRI) sont largement prescrits pendant la grossesse car ils n'ont pas été associés à un potentiel tératogène élevé, par contre, ils ont été associés à des troubles de l'adaptation néonatale.

Méthode: Etude prospective, multicentrique, parallèle, ouverte et observationnelle.

Objectifs:

Etudier la pharmacocinétique des antidépresseurs SSRI et SNRI et évaluer l'exposition de l'enfant allaité à ces médicaments par un suivi des enfants exposés à la naissance, à 6, 18, et 36 mois.

Critères d'inclusion:

Toutes les femmes enceintes ≥ 18 ans >34 SA, sous traitement antidépresseur de la classe des SSRI/SNRI (citalopram, escitalopram, sertraline, fluvoxamine, fluoxétine, paroxétine, venlafaxine ou duloxétine).

Planification des visites et des interventions:

- A la naissance, une prise de sang maternel et du cordon ombilical seront effectuées pour la quantification des concentrations de médicaments et pour la réalisation des tests pharmacogénétiques.
- Trois auto-questionnaires seront distribués aux mères pour évaluer leur état psychique.
- Durant les premiers jours de vie, une évaluation de l'adaptation néonatale sera effectuée par le pédiatre puis un suivi de la croissance des enfants sera organisé à 6, 18, et 36 mois.
- Deux échantillons de lait seront prélevés au cours d'une même tétée (début et fin) pour l'évaluation de l'effet de la composition du lait sur les concentrations de médicaments (1ère semaine puis 4 - 6 semaines) pour comparer l'influence de la maturité du lait sur les concentrations de médicaments.

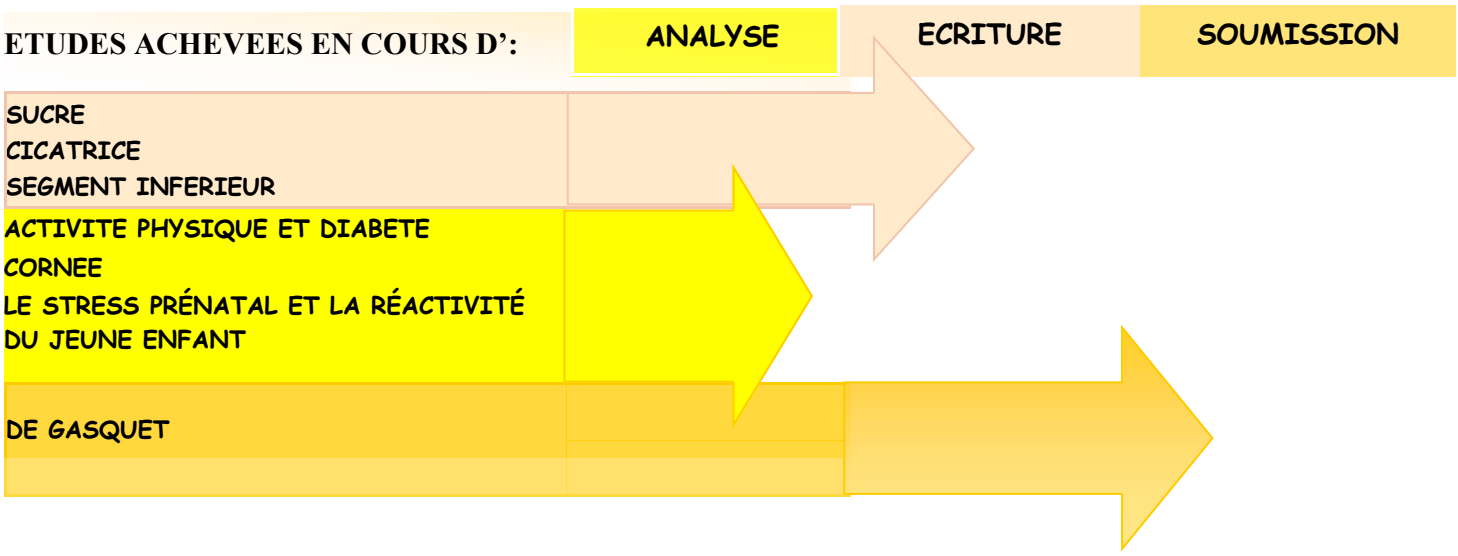
Actuellement, nous avons inclus 10 patientes à Genève en une année. A Lausanne 35 femmes ont été incluses depuis 2012 et 5 à Morges. En France, 23 femmes ont été incluses (Lyon et Nancy) depuis 2013.

Médecin coordinateur de l'étude à Lausanne : Dr A. Panchaud, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques & Unité de Pharmacie clinique

A Genève, les médecins responsables de l'étude sont:
Dr M. Epiney (maternité) et Dr C. Borradori Tolsa (pédiatrie)

V. Othenin-Girard tél: 32 380

Merci à l'Arcade des sages-femmes qui collabore à cette étude pour le suivi à domicile (prises de sang et de lait)



PUBLICATIONS 2014–2015

Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial.
Boulvain M, Senat MV, Perrotin F, Winer N, Beucher G, Subtil D, Bretelle F, Azria E, Hejaiej D, Vendittelli F, Capelle M, Langer B, Matis R, Connan L, Gillard P, Kirkpatrick C, Ceysens G, Faron G, Irion O, Rozenberg P; Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (GROG). Lancet. 2015 Apr 8. pii: S0140-6736(14)61904-8. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61904-8. [Epub ahead of print]

Moderate and extended neonatal resuscitations occur in one in 10 births and require specialist cover 24 hours a day.
Try A, Karam O, Delcò C, Kraemer K, **Boulvain** M, Pfister RE.
Acta Paediatr. 2015 Jan 25. doi: 10.1111/apa.12909. [Epub ahead of print]

Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery.
Domenjoz I, Kayser B, **Boulvain** M.
Am J Obstet Gynecol. 2014 Oct;211(4):401.e1-11. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.030. Epub 2014 Mar 14. Review.

Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study.
Guittier MJ, Cedraschi C, Jamei N, **Boulvain** M, Guillemin F.
BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Aug 1;14:254. doi: 10.1186/1471-2393-14-254.

Obstetrics, maternal and fetal medicine, a training requirement].
Irion OP, Delaloye JF.
Rev Med Suisse. **2014** Oct 22;10(447):1947. French. No abstract available.

Prevention of preterm delivery with vaginal progesterone in women with preterm labour (4P): randomised double-blind placebo-controlled trial.
Martinez de Tejada B, Karolinski A, Ocampo MC, Laterra C, Hösli I, Fernández D, Surbek D, Huespe M, Drack G, Bunader A, Rouillier S, López de Degani G, Seidenstein E, Prentl E, Antón J, Krähenmann F, Nowacki D, Poncelas M, Nassif JC, Papera R, Tuma C, Espoile R, Tiberio O, Breccia G, Messina A, Peker B, Schinner E, Mol BW, Kanterewicz L, Wainer V, Boulvain M, Othenin-Girard V, Bertolino MV, **Irion** O; 4P trial group.
BJOG. 2015 Jan;122(1):80-91. doi: 10.1111/1471-0528.13061. Epub **2014** Sep 11.

Clarifying when to recommend progesterone to prevent preterm birth: clear as mud.
Martinez de Tejada B, Cerutti B, Perneger T.
BJOG. 2015 Feb;122(3):446-7. doi: 10.1111/1471-0528.13257. No abstract available.

Antibiotic use and misuse during pregnancy and delivery: benefits and risks.
Martinez de Tejada B.
Int J Environ Res Public Health. 2014 Aug 7;11(8):7993-8009. doi: 10.3390/ijerph110807993. Review.

Tocolysis for preterm labor: expert opinion.
Hösli I, Sperschneider C, Drack G, Zimmermann R, Surbek D, **Irion** O; Swiss Society of Obstetrics and Gynecology.
Arch Gynecol Obstet. **2014** Apr;289(4):903-9. doi: 10.1007/s00404-013-3137-9. Epub **2014** Jan 3. Review.

Collateral damage from oral ciprofloxacin versus nitrofurantoin in outpatients with urinary tract infections: a culture-free analysis of gut microbiota.
Stewardson AJ, Gaïa N, François P, Malhotra-Kumar S, Delémont C, **Martinez de Tejada** B, Schrenzel J, Harbarth S, Lazarevic V; SAT-URN WP1 and WP3 Study Groups.
Clin Microbiol Infect. 2015 Apr;21(4):344.e1-344.e11. doi: 10.1016/j.cmi.2014.11.016. Epub 2014 Nov 25.

ETUDE EUFIS: Un modèle associant fibronectine fœtale quantitative et mesure de la longueur du col prédit-il mieux la probabilité absolue d'accouchement prématuré <7 jours chez des femmes avec une menace d'accouchement prématuré ? Merel Bruijn, Esme Kamphuis ,Irene Hoesli,Begoña Martinez de Tejada, Anne Loccufier, Yves Jacquemyn,Maritta Ku¨hnert, Hanns Helmer, Martina Porath,Martijn Oudijk, Marjolein Kok, Ben Mol, Gert-Jan Baaren

Objectif:
Evaluer si le modèle fibronectine fœtale (fFN) quantitative couplée à la mesure de la longueur du col (CL) par rapport au modèle fibronectine fœtale qualitative et CL améliore la prédiction du risque absolu d'accouchement spontané prématuré (PTD) <7 jours.

Méthode:
Entre février 2013 et 2014, nous avons réalisé une étude européenne de cohorte multicentrique dans 10 centres de 5 pays sous l'acronyme Eufis. Les femmes qui présentaient une menace d'accouchement prématuré entre 24 et 34 semaines de grossesse avec des membranes intactes ont EUdes tests et des mesures de fFN et de la CL. Les résultats des tests de fFN qualitative (seuil de 50 ng /ml) ont été immédiatement disponibles pour une utilisation clinique, tandis que les résultats des tests quantitatifs sont restés en aveugle jusqu'à la fin de l'étude. Nous avons utilisé des analyses de régression logistique pour construire deux modèles de prédiction multivariée pour évaluer la probabilité d'accoucher <7 jours: un modèle incluant la CL et la fFN qualitative et un autre la CL et la fFN quantitative. Nous avons comparé la capacité des modèles à identifier les femmes à faible risque (<5%) d'accouchement <7 jours en utilisant une table de reclassement.

Résultats:
Sur 502 femmes incluses, 49 femmes (10%) ont accouché spontanément <7 jours . Le modèle CL et fFN qualitative avait une aire sous la courbe (AUC) de 0.83 (95% CI 0.78-0.88) alors que le modèle CL et fFN quantitative avait un AUC de 0.84 (95% CI 0.79-0.89).

Conclusion:
Le modèle fibronectine fœtale quantitative associée à la mesure de la longueur du col n'améliore pas la prédiction du risque absolu d'accouchement spontané prématuré (PTD) <7 jours par rapport à un modèle avec fFN qualitative et CL.

ETUDE 4P: Prévention de l'accouchement prématuré avec la progestérone vaginale chez les femmes en travail prématuré: Étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placébo

B Martinez de Tejada, A Karolinski, MC Ocampo, C Laterra, I Hösli, D Fernandez, D Surbek, M Huespe, G Drack, A Bunader, S Rouillier, G Lopez de Degani, E Seidenstein, E Prentl, J Anton, F Krahenmann, D Nowacki, M Poncelas, JC Nassif, R Papera, C Tuma, R Espoile, O Tiberio, G Breccia, A Messina, B Peker, E Schinner, BW Mol, L Kanterewicz, V Wainer, M Boulvain, V Othenin-Girard, MV Bertolino, O Irion, for the 4P trial group

Objectif: Evaluer l'efficacité de 200 mg par jour de progestérone naturelle vaginale afin de prévenir l'accouchement prématuré chez des femmes en travail prématuré.
Echantillon: 385 femmes en travail prématuré (24 0/7 à 33 6/7) sous tocolyse aiguë.
Méthode: Etude multicentrique, en double aveugle randomisée, contrôlée par placebo menée dans vingt-neuf centres en Suisse et en Argentine. Les participantes ont été réparties au hasard soit dans le groupe progestérone vaginale (200 mg par jour) soit dans le groupe placebo (ovules de même aspect) dans les 24 heures qui suivaient le traitement par tocolyse intra-veineuse.
Issue principale: L'accouchement avant 37 semaines de gestation. Les issues secondaires étaient l'accouchement avant 32 et 34 semaines, les effets indésirables, la durée de la tocolyse, les réadmissions pour travail prématuré, la durée du séjour à l'hôpital, la morbidité et la mortalité néonatale. L'étude s'est achevée prématurément suite aux résultats de l'analyse intermédiaire.
Résultats: L'accouchement prématurité a eu lieu dans 42,5% des femmes dans le groupe progestérone versus 35,5% dans le groupe placebo (risque relatif [RR] 1,2; 95% intervalle de confiance [IC 95%] de 0,93 à 1,5). Le nombre d'accouchements à <32 et <34 semaines ne différait pas entre les deux groupes (12,9 contre 9,7%; [RR 1,3; IC à 95% 0,7-2,5] et 19,7 contre 12,9% [RR 1,5; IC 95% 0,9 à 2,4], respectivement). La durée de la tocolyse, d'hospitalisation, et la récurrence du travail prématuré étaient comparables entre les groupes. 44 cas de morbidité néonatale (22,8%) dans le groupe progestérone versus 35 (18,8%) dans le groupe placebo (RR: 1,2; IC à 95% 0,82 à 1,8), alors qu'il y avait 4 (2%) décès néonatals dans chaque groupe d'étude.

Conclusion: Il n'y a aucune preuve que l'administration quotidienne de 200 mg de progestérone vaginale diminue les naissances prématurées ou améliore le pronostic néonatal chez les femmes en menace de travail prématuré.

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13061/pdf

ETUDE DAME: Déclencher ou attendre en cas de macrosomie?

Conduite par le Dr Michel Boulvain, cette recherche menée en France, en Suisse et en Belgique, auprès de 825 femmes, s'intéresse à l'accouchement des fœtus dont le poids est supérieur au percentile 95. Elle est la première à souligner les avantages du déclenchement du travail dans ce cas particulier.

L'étude conduite par le Dr Michel Boulvain, médecin adjoint responsable d'unité agrégé au service d'Obstétrique des HUG et Professeur associé à l'UNIGE, part de la constatation que les fœtus, dont on estime qu'ils ont un poids supérieur à la moyenne en fin de grossesse (macrosome), présentent un risque de traumatisme néonatal. Celui-ci est lié à ce que l'on nomme une dystocie des épaules, autrement dit l'absence d'engagement des épaules après l'expulsion de la tête. En cas de macrosomie, le risque d'accouchement par césarienne et de lésion périnéale est aussi plus élevé. L'objectif de l'étude a été d'évaluer l'efficacité du déclenchement du travail pour réduire ces risques.

Elle a été conduite dans 19 hôpitaux français, suisses et belges entre 2002 et 2010 auprès de 825 femmes en fin de grossesse dont le fœtus présentait un poids sensiblement supérieur à la moyenne (percentile 95). La moitié de ces femmes ont eu un déclenchement du travail entre la 37e et la 38e semaine (groupe 1), tandis que l'autre moitié a été accompagnée jusqu'au début spontané du travail d'accouchement (groupe 2). Les bébés dont la naissance a été déclenchée avant terme ont un poids moyen de 3,8 kilos , tandis qu'il est de 4.1 kg pour ceux qui sont arrivés à terme.

Avantages du déclenchement du travail

Les résultats ont montré que le déclenchement du travail à 37-38 semaines, quand le poids estimé du fœtus est élevé, diminue le risque de dystocie d'épaule ou de fracture de la clavicule, n'augmente pas le risque de césarienne et réduit le risque d'intervention lors de l'accouchement. Les complications néonatales se sont avérées équivalentes entre les groupes, à l'exception des « jaunisses » du nourrisson, traitées par photothérapie, qui se sont avérées plus fréquentes chez les bébés dont la naissance à été déclenchée à 37-38 semaines.
Les auteurs de l'étude insistent cependant sur le fait qu'il est nécessaire de discuter en profondeur avec les praticiens et les patientes des avantages et désavantages d'une telle pratique avant de modifier les recommandations internationales en la matière.

L'étude intitulée « Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses : a randomised controlled trial » a été publiée en ligne sur www.thelancet.com le 9 avril 2015. Elle porte la signature de 19 auteurs issus des hôpitaux français, suisses et belges qui ont participé à cette recherche.

ETUDE DE GASQUET: Peut-on corriger les variétés de présentation fœtales postérieures durant la phase de dilatation de l'accouchement par des postures maternelles ? Guittier MJ, De Gasquet B, Othenin-Girard V, Irion O, Boulvain M

Contexte: Une persistance de la position occipitale postérieure de la tête fœtale pendant le travail et l'accouchement est associée à un risque accru de morbidité maternelle et néonatale.

Objectif de l'étude: Evaluer l'efficacité de la position en *appui sur les genoux, le buste franchement incliné en avant, le dos bien étiré (à quatre pattes)* lors de la première étape du travail pour faciliter la rotation de la tête fœtale en position antérieure.
Méthodes: Nous avons mené un essai clinique randomisé incluant 439 femmes avec un fœtus en position occipitale postérieure, confirmé par l'échographie, au cours de la dilatation. 419 femmes ont été incluses dans le groupe « *Posture à 4 pattes immédiate pendant au moins 10 minutes* » et 420 ont été incluses dans le groupe *« Soins habituels »*, c'est-à-dire expectative. Le critère principal était la rotation de la tête fœtale en position antérieure une heure après la randomisation.
Conclusions: Une heure après la randomisation, 35 des 203 foetus (17%) ont été diagnostiqués en position occipitale antérieure dans le groupe d'intervention comparativement à 24 sur 209 (12%) dans le groupe de contrôle. Cette différence n'a pas été statistiquement significative (RR: 1,50 [0,93 à 2,43], p = 0,13). Le changement dans l'évaluation de confort entre la randomisation et 15 minutes après a montré une amélioration de 70 et 39 femmes, aucun changement dans 82 et 78 femmes et une diminution de 56 et 86 femmes dans le groupe, respectivement intervention et de contrôle (p = 0,02) .
Interprétation: Notre étude n'a pas pu démontrer un avantage de la position *à quatre pattes* pour corriger les présentations postérieures du fœtus au cours de la dilatation, mais elle a mis en évidence une augmentation du confort des femmes. Compte tenu des conséquences de la présentation postérieure persistante à l'accouchement, il est nécessaire de continuer à évaluer toutes interventions visant à promouvoir la rotation de la tête fœtale en position antérieur avant l'accouchement.