

^a Pole de gynécologie-obstétrique, médecine fœtale et reproduction humaine, centre olympe de Gougues, CHU de Tours, 37000 Tours, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, pôle de santé Léonard-de-Vinci, 37170 Chambray-lès-Tours, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 juillet 2010

Accepté le 4 mars 2011

Disponible sur Internet le 21 octobre 2011

Mots clés :

Accouchement sur le côté

Épisiotomie

Périnée

Keywords:

Delivery in lateral position

Episiotomy

Perineum

R É S U M É

Objectif. – Depuis quelques années, il existe dans les salles de naissance françaises un intérêt croissant des professionnels pour l'accouchement en décubitus latéral (DL). Nous avons voulu évaluer, au quotidien, la morbidité périnéale et néonatale de l'accouchement en DL en comparaison avec le décubitus dorsal (DD).

Patientes et méthodes. – L'étude a été effectuée au sein de deux équipes de sages-femmes, publique et privée, totalisant 6200 accouchements sur l'agglomération de Tours, après un enseignement des techniques de posture d'accouchement sur le côté. Nous avons mené une étude rétrospective

sur des patientes à bas risque obstétrical ayant un accouchement eutocique, en nous intéressant plus particulièrement à la phase d'expulsion. Nous avons inclus 645 patientes ayant accouché du 1 mai au 30 septembre 2007 (215 en décubitus latéral pour 430 en décubitus dorsal).

Résultats. – Nous avons montré, de manière significative au niveau périnéal, une diminution du nombre d'épisiotomies (10,7 % en DL/30,5 % en DD, $p = 0,0001$) et une augmentation des périnées intactes (56,7 % en DL/40,7 % en DD, $p = 0,0001$) sans différence sur les déchirures périnéales. Ces différences significatives sont retrouvées chez les primipares (périnée intacte : 46,8 % en DL/20,2 % en DD, $p = 0,004$; épisiotomie : 17 % en DL/44,7 % en DD, $p = 0,006$) et les deuxièmes pares (épisiotomie : 8,6 % en DL/30,7 % en DD, $p = 0,0001$). Nous avons retrouvé une différence significative sur l'étude du rythme cardiaque fœtal au cours de l'expulsion en faveur du décubitus latéral (aucune anomalie, $p = 0,00004$; ralentissements isolés, $p = 0,04$; bradycardie, $p = 0,0009$; ralentissements précoces, $p = 0,04$).

Discussion et conclusion. – Le bien-être néonatal est inchangé quelle que soit la position d'accouchement. La position latérale pour l'expulsion semble avoir de bons résultats sur la morbidité périnéale sans engager le pronostic néonatal. Sa pratique au quotidien est possible au sein de grandes équipes après un enseignement théorique de ses postures.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objective. – For several years in French labour wards, delivery in the lateral decubitus position (LP) has raised great interest. We wanted to assess perineal outcomes and neonatal morbidity following delivery in the lateral LP compared to the dorsal decubitus position (DP).

Patients and methods. – Two teams of midwives, in a private and in a public hospital, performed a total of 6800 deliveries in the area of Tours following a training session on the techniques of delivery in the lateral decubitus position. The design was retrospective including patients with low obstetrical risks and normal vaginal delivery. We included 645 patients who gave birth from May 1st to September 30th, 2007.

Results. – We showed a significant difference in perineum outcomes, with a lower episiotomy rate (56.7% in LP/40.7% in DP, $P = 0.0001$), a higher rate of intact perineum (56.7% in LP/40.7% in DP, $P = 0.0001$) and no differences with respect to perineal laceration. These differences were significant in primiparous (intact perineum: 46.8% in LP/20.2% in DP, $P = 0.004$; episiotomy: 17% en DL/44.7% en DD, $P = 0.006$) and secondiparous patients (episiotomy: 8.6% in LP/30.7% in DP, $P = 0.0001$). We showed significant differences in fetal heart abnormalities during labour in favour of the lateral decubitus position (no anomaly, $P = 0.00004$; separated decrease, $P = 0.04$; bradycardia, $P = 0.0009$; early decrease, $P = 0.04$).

Discussion and conclusion. – The neonatal mortality and morbidity did not differ between delivery positions. The lateral position seems to be protective for the perineum without affecting neonatal outcome. Incorporating lateral decubitus deliver into daily practice is possible in large groups of midwives after appropriate training.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Depuis quelques années, il existe dans les salles de naissance françaises un intérêt croissant des professionnels pour l'accouchement en décubitus latéral (DL).

À ce jour, peu de données françaises ont été publiées sur l'influence du décubitus latéral sur le pronostic obstétrical, en particulier périnéal, et néonatal.

La méthode d'approche posturo respiratoire (APOR) décrite par le docteur De Gasquet [3] et les études publiées [1,2] permettent de penser que la position en décubitus dorsal ne respecte pas au mieux la physiologie et la mécanique obstétricale de l'accouchement. En DL, l'hyper lordose naturelle est diminuée, le bassin spontanément basculé en nutation et l'angle entre la poussée et l'axe d'engagement est ainsi réduit. Le périnée postérieur est libéré et la résistance périnéale minime [3].

Nous avons voulu évaluer notre pratique quotidienne de l'accouchement sur le côté en étudiant la morbidité périnéale et néonatale de l'accouchement en DL, en comparaison avec le décubitus dorsal (DD).

L'étude a été effectuée au sein de deux équipes de sages-femmes, l'une publique, l'autre privée, totalisant 6200 accouchements par an sur l'agglomération de Tours.

L'ensemble des sages-femmes participant a bénéficié d'un enseignement des techniques de posture d'accouchement sur le côté.

Nous avons décidé de laisser le libre choix aux couples et à la sage-femme de la position d'accouchement afin de se mettre dans les conditions d'étude les plus proches de la pratique courante dans les deux établissements d'étude.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'influence du DL versus DD sur la morbidité périnéale et l'état du nouveau-né.

2. Patientes et méthode

2.1. Type d'étude

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la pratique quotidienne de l'accouchement sur le côté dans les deux maternités de l'agglomération tourangelle.

Il s'agit d'une étude rétrospective visant à étudier les conséquences de l'accouchement en decubitus latéral sur les lésions périnéales et l'état néonatal comparé au décubitus dorsal.

2.2. Lieux et période de l'étude

Cette étude a été effectuée dans les deux maternités réalisant la totalité des accouchements de l'agglomération tourangelle, celle du pôle de santé Léonard-de-Vinci à Chambray lès Tours (maternité privée de niveau 2B ayant réalisé 2360 accouchements sur l'année 2007) et celle d'Olympe de Gougues à Tours (maternité

de CHU de niveau 3 ayant réalisé 3850 accouchements sur l'année 2007).

Les deux équipes d'étude sont formées de 60 sages-femmes et 25 médecins.

Elle s'est déroulée sur une période de cinq mois du 1^{er} mai au 30 septembre 2007 avec un objectif de 600 accouchements.

2.3. Population étudiée

Sur la période d'étude, tous les accouchements en décubitus latéral ont été étudiés et appariés à deux accouchements en décubitus dorsal suivants répondant aux critères d'appariement d'âge, de parité, de poids et d'indice de masse corporelle (IMC). Nous avons décidé de laisser libre choix aux femmes et à la sage-femme en charge de la patiente de la position d'accouchement. Nous nous sommes mis dans les conditions de la pratique courante pour évaluer les résultats, au quotidien, de l'accouchement sur le côté.

2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- patiente ayant une grossesse de déroulement normal ;
- accouchement par voie basse en présentation céphalique ;
- grossesse unique et fœtus vivant au moment de l'inclusion ;
- mise en travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues ou travail induit, à terme, d'indication médicale selon les recommandations de l'HAS ;
- travail eutocique (au moins 1 cm par heure) ;
- primipare ou multipare ;
- patiente majeure.

Critères d'exclusion :

- utérus cicatriciel ;
- extraction instrumentale ;
- tracé cardiotocographique pathologique pendant le travail ;
- pathologie de la grossesse (HTA sévère, diabète) ;
- anomalie de la quantité de liquide amniotique (oligoamnios, hydramnios).

2.5. Description des positions d'accouchement comparées

La position en DD correspond à la position gynécologique habituelle : la patiente est allongée sur le dos, le dossier de la table d'accouchement plus ou moins incliné et les jambes sont le plus souvent placées dans les étriers ou fléchies, les pieds étant appuyés dans des cales sur la table [11].

En DL, la patiente est en position strictement horizontale, les épaules, le rachis et le bassin sont dans le même plan permettant une concordance optimale de l'axe rachis-bassin.

La patiente est ensuite installée en décubitus latéro-ventral, le plus souvent du côté homolatéral au dos du bébé.

La jambe supérieure est hyperfléchie afin que l'angle entre le fémur et le tronc soit inférieur à 90° pour diminuer la cambrure lombaire naturelle ; elle repose sur un étrier ou sur un coussin de maternité en microbilles.

La jambe inférieure est placée en extension maximale et bloquée en bout de table par un cale-pied.

Les bras sont en extension vers le haut et vers l'avant, la patiente trouvant appui soit sur les mains de son conjoint, soit sur la barrière du lit.

2.6. Critères de jugement

2.6.1. Statut périnéal

Nous avons étudié la morbidité périnéale selon 4 catégories, correspondant à la classification française définie dans le manuel d'enseignement pratique de l'accouchement [4] :

- périnée intact ou éraillé, l'éraillure correspondant à une lésion cutanée ou muqueuse très superficielle n'atteignant pas le muscle ;
- déchirure du premier degré, correspondant à une déchirure spontanée cutanée ou vaginale atteignant ou non les muscles superficiels du périnée sans atteinte des fibres du sphincter anal ;
- déchirure du second degré, correspondant à une déchirure périnéale atteignant le sphincter anal ;
- épisiotomie : incision médio-latérale de la peau, de la muqueuse vaginale et des muscles superficiels du périnée.

2.6.2. État néonatal

L'état néonatal est analysé selon les critères suivants :

- rythme cardiaque fœtal (RCF) à l'expulsion ;
- critères d'évaluation néonataux (score d'Apgar, pH au cordon artériel et veineux, poids de naissance, périmètre crânien, nécessité de réanimation en salle de naissance et transfert en unité de néonatalogie).

2.6.3. Conditions de déroulement du travail

Les conditions de déroulement du travail analysées selon les données suivantes :

- modalité d'entrée en travail ;
- durée du travail et des efforts expulsifs ;
- taux d'analgésie péridurale (APD) ;
- mode de délivrance et taux d'hémorragie (pertes sanguines supérieures à 500 mL dans les 24 premières heures évaluées par la mise en place d'un sac de recueil gradué juste après l'expulsion).

2.7. Outils statistiques

L'exploitation des résultats a été effectuée grâce aux logiciels Epi-info et StatEL pour Excel. Pour comparer les résultats, les tests statistiques utilisés ont été :

- un test de student pour les résultats sous forme de moyenne ;
- un test de χ^2 pour les pourcentages, un test de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5.

Nous avons choisi un seuil de $p < 0,05$ comme seuil de significativité.

Tableau 1

Description générale des deux populations.

	Décubitus latéral n = 215	Décubitus dorsal n = 430	p
Âge (années)	29,6	30	0,29
Primipare (%)	21,9	21,9	1
Deuxième pare (%)	48,8	53	0,32
Parité ≥ 3 (%)	29,3	25,1	0,26
IMC (kg/m ²)	22	23,1	0,23
Terme	39 SA + 5 J	39 SA + 6 J	0,15

3. Résultats

3.1. Population étudiée

Nous avons étudié les dossiers de 645 accouchements eutociques dont 215 en décubitus latéral et 430 en décubitus dorsal (Tableau 1).

L'appariement des patientes selon les critères d'âge, de parité (primiparité deuxième parité ou parité supérieure à trois), d'IMC et de terme permet d'obtenir deux populations comparables.

3.2. Influence de la position en décubitus latéral sur l'état périnéal

La comparaison des deux groupes, toutes parités confondues, montre une augmentation significative du taux de périnée intact en DL, avec respectivement 56,74 % de périnées intacts dans le groupe DL contre 40,70 % dans le groupe DD soit une amélioration de 16 % ($p = 0,00002$) (Tableaux 2a et 2b).

Tableau 2a

Morbidité périnéale en fonction de la position d'accouchement.

	Décubitus latéral n = 215 n (%)	Décubitus dorsal n = 430 n (%)	p
<i>Morbidité périnéale en fonction de la position d'accouchement</i>			
Périnée intact et éraillé	56,74	40,70	0,0002
Déchirures du 1 ^{er} degré	32,10	28,60	0,360
Déchirures du 2 ^{ème} degré	0,50	0,20	0,550
Épisiotomie	10,70	30,50	0,0001

Tableau 2b

Morbidité périnéale en fonction de la position d'accouchement et de la parité.

	Décubitus latéral n = 215 n (%)	Décubitus dorsal n = 430 n (%)	p
<i>Morbidité périnéale chez les primipares</i>			
Périnée intact et éraillé	46,80	20,20	0,004
Déchirures du 1 ^{er} degré	36,20	35,10	0,900
Déchirures du 2 ^{ème} degré	0,00	0,00	-
Épisiotomie	17,00	44,70	0,006
<i>Morbidité périnéale chez les deuxièmes pares</i>			
Périnée intact et éraillé	55,20	39,00	0,070
Déchirures du 1 ^{er} degré	35,20	29,80	0,320
Déchirures du 2 ^{ème} Degré	1,00	0,50	0,310
Épisiotomie	8,60	30,70	0,0001
<i>Morbidité périnéale chez les troisièmes et grandes multipares</i>			
Périnée intact et éraillé	66,70	61,70	0,540
Déchirures du 1 ^{er} degré	23,80	20,60	0,770
Déchirures du 2 ^{ème} degré	0,00	0,00	-
Épisiotomie	9,50	17,70	0,140

Nous observons une diminution significative du taux d'épisiotomie en DL de 19,8 % ($p = 0,0001$) avec 10,7 % d'épisiotomies en DL contre 30,5 % en DD.

Nous n'avons pas observé dans notre étude de déchirure du troisième degré correspondant à une déchirure complète du sphincter associée à une déchirure de la muqueuse rectale, c'est pourquoi cette catégorie n'apparaît pas dans nos résultats.

Nous avons ensuite étudié la morbidité périnéale en fonction de la parité.

Chez les primipares, nous observons une augmentation significative du taux de périnée intact en DL, 46,8 % versus 20,2 % en DD ($p = 0,004$) ainsi qu'une diminution significative du taux d'épisiotomie en DL, 17 % versus 44,7 % en DD ($p = 0,006$).

Chez les deuxièmes paires, nous ne retrouvons pas de différence significative sur le taux de périnée intact entre le DL et le DD ($p = 0,07$), cependant nous observons un taux d'épisiotomie significativement diminué en DL par rapport au DD, respectivement 8,6 % versus 30,7 % ($p = 0,0001$).

Chez les troisièmes et grandes multipares, nous n'avons mis en évidence aucune différence significative sur la morbidité périnéale.

3.3. Conditions de déroulement du travail

Le mode d'entrée en travail et le taux de déclenchement est comparable dans les deux groupes (Tableau 3).

L'utilisation du syntocinon pendant le travail a été la même dans les deux groupes (74,8 % en DL versus 80,2 % en DD, $p = 0,12$).

La durée moyenne du travail n'est pas significativement différente dans le groupe DL, 243,2 minutes, par rapport au groupe DD, 254,5 minutes ($p = 0,51$).

La durée des efforts expulsifs n'est pas significativement différente d'une position à l'autre y compris lors de l'étude de ce paramètre en fonction de la parité.

Le taux d'APD est significativement plus élevé en décubitus dorsal, 80,2 % versus 71,6 % en décubitus latéral ($p = 0,014$).

Nous n'avons pas constaté de différence sur le mode de délivrance entre les deux groupes.

Le taux d'hémorragie de la délivrance est comparable dans les deux groupes, 3,7 % chez les patientes accouchant en DL versus 4,9 % chez les patientes en DD ($p = 0,5$). Les causes de ces hémorragies sont l'atonie utérine et la rétention membranaire ou placentaire avec des résultats comparables dans les 2 groupes.

3.4. Influence de la position en décubitus latéral sur l'état néonatal

3.4.1. Rythme cardiaque fœtal à l'expulsion

La comparaison des enregistrements du RCF dans les deux groupes met en évidence un taux significativement plus élevé de RCF normal dans le groupe de patientes accouchant en DL en comparaison du DD avec respectivement 78,6 % versus 60,4 % ($p = 0,000004$) (Tableau 4).

Dans le même temps nous retrouvons moins d'altérations du RCF transitoires à type de ralentissements précoces ou isolés et de bradycardie chez les fœtus dont la mère accouche en DL.

Tableau 3
Modalités de mise en travail.

	Décubitus latéral $n = 215$	Décubitus dorsal $n = 430$	p
	n (%)	n (%)	
Travail spontané	84,2	80,0	0,19
Déclenchement/maturation	9,3	11,2	0,47
Déclenchement/syntocinon	6,5	8,8	0,30

Tableau 4
Analyse du rythme cardiaque fœtal.

	Décubitus latéral $n = 215$	Décubitus dorsal $n = 430$	p
	n (%)	n (%)	
Aucune anomalie	78,6	60,4	0,000004
Ralentissements isolés	8,4	14	0,04
Ralentissements précoces	9,3	14,9	0,04
Bradycardie	1,4	8,6	0,0009
Tachycardie	1,9	1,9	0,63

3.4.2. État du nouveau-né à la naissance

Il n'existe pas de différence significative dans la moyenne des scores d'Appgar à 1, 3 et 5 minutes de vie des nouveau-nés entre les deux groupes.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence du pH moyen du nouveau-né entre les deux groupes.

Nous n'avons pas observé de différence entre le décubitus latéral et dorsal en ce qui concerne le devenir à court terme des nouveau-nés tant sur la nécessité de réalisation d'une réanimation en salle de naissance que sur le transfert en unité de néonatalogie.

Il n'existe pas de différence significative des périmètres crâniens (PC) entre les deux groupes selon la répartition des PC (< 32 cm, 32–36 cm, > 36 cm).

Nous n'avons pas observé de différence significative des poids de naissance (PN) des enfants entre les deux groupes selon la répartition des PN (2000–2500 g, 2500–3000 g, 3000–3500 g, 3500–4000 g, 4000–5000 g).

4. Discussion

L'idée selon laquelle les multipares sont de meilleures candidates à l'accouchement en DL est une idée reçue qui n'est fondée sur aucune preuve scientifique, pouvant expliquer le faible taux de primipares incluses (21,9 %).

Notre analyse des résultats, toutes parités confondues, retrouve une amélioration de 16 % du taux de périnée intact ou éraillé dans le groupe des patientes accouchant en DL en comparaison du DD ($p = 0,00002$) et une diminution significative de 20 % du taux d'épisiotomie ($p = 0,00010$) pour le même groupe.

Ces résultats sont donc en faveur de l'effet protecteur pour le périnée de l'accouchement en DL. Dans cette position, le muscle transverse superficiel est étiré de façon asymétrique et mis en tension du côté du décubitus de la mère. Il n'y a donc pas de tension horizontale brutale du muscle dans son ensemble et donc moins de contraction réflexe.

Les données de la littérature à ce sujet sont concordantes, Brément et al. [1] dans leur étude de 2007 retrouvent une augmentation du taux de périnée intact de 8,8 % en DL ; de même, Albers et al. [5] retrouvent une augmentation significative du taux de périnée intact chez les patientes accouchant en DL ainsi qu'une diminution du recours à l'épisiotomie dans cette population.

Si nous nous intéressons à la morbidité périnéale en fonction de la parité, ce sont les primipares qui bénéficient le plus du caractère protecteur pour le périnée de l'accouchement en DL.

En effet, dans cette sous-population, le taux de périnée intact ou éraillé est augmenté de 26,6 % en DL par rapport au DD ($p = 0,004$) ; dans le même temps le taux d'épisiotomie est diminué de 27,7 % en faveur du DL ($p = 0,006$).

Chez les deuxièmes paires, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur le taux de périnée intact ou éraillé entre l'accouchement en DL versus DD mais nous avons trouvé une diminution significative du taux d'épisiotomie de 22,1 % toujours en faveur du DL ($p = 0,0001$).

Il est important de noter que, dans ces deux sous-populations, la diminution du taux d'épisiotomie ne s'accompagne pas d'une augmentation du taux de déchirure spontanée du périnée. Ce résultat n'est donc pas le fait d'une difficulté technique de réalisation d'une épisiotomie en décubitus latéral, mais bien d'une meilleure compliance du périnée.

Chez les troisièmes et grandes multipares, nous n'avons pas mis en évidence d'amélioration du statut périnéal lors de l'accouchement en DL comparé au DD. La compliance du périnée chez ces patientes ayant déjà accouché est spontanément meilleure quelle que soit la position d'accouchement.

Ces résultats amènent à se poser la question de la pratique de l'épisiotomie dans nos maternités, en particulier sur son indication lors des accouchements en DD.

Les recommandations nationales à ce propos sont celles du Collège des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) de 2005 [6].

Elles mettent l'accent sur le taux élevé d'épisiotomie dans notre pays : 47 % en 2002–2003 (68 % chez les primipares et 31 % chez les multipares) et sur la nécessité d'instituer une politique incitative pour faire diminuer ce taux sous la barre des 30 %.

Elles rappellent qu'il n'y a pas d'indication obstétricale à la réalisation d'une épisiotomie systématique. C'est l'expertise clinique de l'accoucheur qui fait réaliser ou non une épisiotomie.

L'indication de la pratique d'une épisiotomie étant laissée à l'appréciation du professionnel pratiquant l'accouchement, elle est donc subjective et varie d'un intervenant à l'autre.

Les sages-femmes qui proposent, ou accompagnent un accouchement sur le côté, sont probablement sensibilisées à la question de la morbidité périnéale et donc plus économes que d'autres sur le recours à l'épisiotomie.

Il serait intéressant, pour analyser ce paramètre, de réaliser une étude en appariant les patientes en fonction du professionnel réalisant l'accouchement.

Notre étude de l'influence du décubitus latéral sur le déroulement du travail n'a pas mis en évidence de différence majeure avec le décubitus dorsal.

Les données de la littérature à ce sujet sont pauvres et discordantes. Alors que l'équipe américaine de Kelly [7] associe au décubitus dorsal une augmentation de la durée d'expulsion, l'équipe de Villeneuve-Saint-Georges [8] ne retrouve pas de différence significative sur la durée d'expulsion entre les deux groupes.

Dans notre étude, nous n'avons mis en évidence aucune différence entre les deux groupes sur la durée des différentes phases du travail.

Nous avons en revanche retrouvé une différence significative du taux de péridurale entre les deux groupes, 80,2 % des femmes accouchant en DD y avaient recours contre seulement 71,6 % des femmes en DL ($p = 0,014$).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour éclairer ces résultats.

Les patientes motivées pour accoucher en DL ont moins souvent eu recours à l'APD, ces patientes s'inscrivant le plus souvent dans une démarche d'accouchement le plus physiologique possible.

Une péridurale, responsable d'un bloc moteur, peut entraîner des difficultés d'installation satisfaisante en DL et de ce fait, imposer un accouchement en DD.

Notre étude du mode de délivrance et du taux d'hémorragie ne retrouve aucune différence entre les deux groupes.

Il en est de même pour le taux d'hémorragie de la délivrance qu'elle ait pour origine soit une atonie utérine, soit une rétention membranaire ou placentaire.

Ce résultat est discordant de celui de Brément et al. [1] qui montrent une augmentation significative des pertes sanguines moyennes dans le groupe des patientes accouchant en DL.

La Cochrane Database dans sa revue de la littérature de 2006 [9] retrouve une différence non significative ($p = 0,11$) avec 7 % d'hémorragie de la délivrance dans le groupe accouchement en DL ou en position verticale, contre 4 % en DD.

Dans cette revue, non seulement la différence n'est pas significative mais en plus, les patientes accouchant en DL sont regroupées avec celles accouchant en position verticale, cette dernière étant connue pour majorer les pertes sanguines [9].

L'étude du RCF nous a permis de mettre en évidence une différence significative au cours de l'expulsion en faveur du DL.

La revue de la littérature de la Cochrane Database [9] retrouve une augmentation significative du taux de RCF normaux dans son groupe de patientes accouchant en DL ou en position verticale.

L'équipe de Carbonne [10] a mis en évidence une amélioration de la SaO₂ fœtale lors des accouchements en DL en comparaison du DD, constatation vraisemblablement associée à une amélioration du RCF.

L'examen initial du nouveau-né en termes de poids de naissance, de périmètre crânien, de score d'Apgar et de PH est comparable dans les deux groupes.

La nécessité de réanimation néonatale en salle de naissance et le taux de transfert en unité de néonatalogie est identique dans les deux groupes, ce qui est attendu puisque notre étude porte sur des grossesses à bas risque.

5. Conclusion

Dans notre étude, l'accouchement en décubitus latéral n'est délétère ni pour le périnée, ni pour le nouveau-né.

La proposition de cette position au quotidien aux patientes motivées, sans sélection, semble avoir de bons résultats dans l'amélioration de la morbidité périnéale.

Une étude prospective en intention de traiter avec randomisation de la position d'accouchement devrait être réalisée pour montrer avec un meilleur niveau de preuve la réduction du taux d'épisiotomie et d'altération du RCF.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- Brément S, Mossan S, Belery A, Racinet C. Delivery in lateral position. Randomized clinical trial comparing the maternal positions in lateral position and dorsal position for the second stage of labour. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:637–44.
- Gupta JK, Nikodem C. Maternal posture in labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;92:273–7.
- De Gasquet B. Position maternelle pour l'accouchement. In: Schaal JP, editor. *Mécanique et technique obstétricale*. Montpellier: Sauramps medical; 2007. p. 297–313.
- Lansac J, Marret H, Oury JF. *Pratique de l'accouchement*. Paris: Elsevier Masson; 2006.
- Albers LL, Andeson D. Factors related to perineal trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery* 1996;41:269–76.
- L'épisiotomie. Recommandation pour la pratique clinique du CNGOF 2005.
- Kelly FW, Terry R, Naglieri R. A review of alternative birthing position. *J Am Osteopath Assoc* 1999;99:470–4.
- Hammel M. Intérêt du décubitus latéral pendant la seconde phase du travail. *Mémoire d'élève sage-femme*. Paris (Port Royal) 2005.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smith R. Position in the second stage of labour for women without epidural analgesia (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2006. (Issue 2).
- Carbonne B, Benachi A, Leveque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labour: effects on foetal oxygen saturation, measured by pulse oxymetry. *Obstet Gynecol* 1996;88:797–9.
- Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:533–8.