

L'ACUPUNCTURE POUR LA VERSION DES SIÈGES AU 3^E TRIMESTRE DE LA GROSSESSE...EST-CE EFFICACE?

**Par Élise Bourret
R1 en médecine familiale
CSSS Baie-des-Chaleurs
30 mai 2014**

INTRODUCTION

- Objectif:
 - Évaluer si l'utilisation de la moxibustion, une technique d'acupuncture traditionnelle chinoise, est efficace pour la version des présentations en siège au 3e trimestre de la grossesse



CONTEXTE

- Présentation par le siège 3-4% grossesses à terme
- Options:
 - Accouchement vaginal par le siège
 - Césarienne
 - Tentative de version pour favoriser un accouchement vaginal en présentation céphalique



CONTEXTE

- Étude *Term Breech Trial*
 - Court terme:
Césarienne < Accouchement vaginal siège
pour morbidité néonatale et maternelle
 - Long terme
Césarienne = Accouchement vaginal siège
pour morbidité maternelle et pronostic à 2 ans
- Césarienne favorisée par l'ACOG et la SOGC
 - Expertise médicale plus grande
 - Diminution de la morbidité à court terme



CONTEXTE

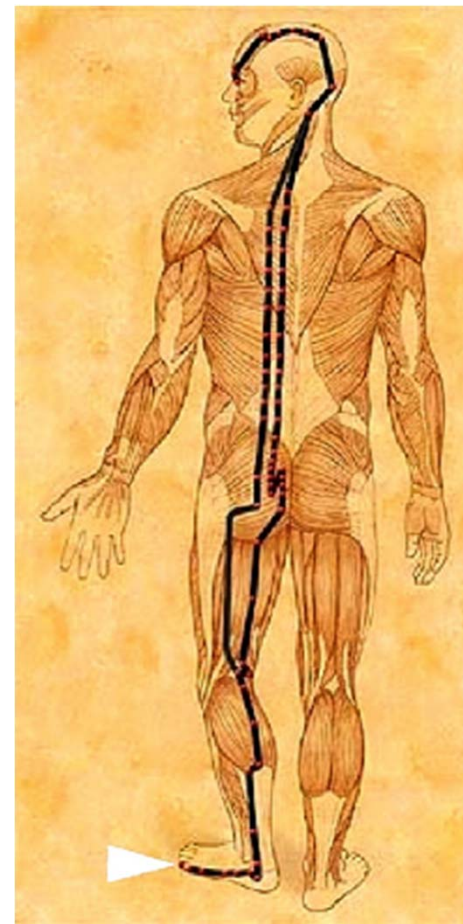
- Version céphalique externe
 - Taux de réussite 25 à 80% (moyenne de 30% nullipares)
 - Taux de césarienne demeure plus élevé malgré réussite de la version
 - Risques RPM, césarienne d'urgence, mort foetale (1/5000 si >36 sem), inconfort/douleur pour la mère
 - C-I (menace travail pré-terme, malformations utérines, placenta prævia ou inséré bas, grossesse gémellaire, etc.)



CONTEXTE

○ Moxibustion:

- Technique d'acupuncture par laquelle un mélange d'herbes (contenant la *Artemisia vulgaris*) est brûlée près de la peau au point d'acupuncture Bladder 67 (BL67) localisé à l'extrémité du cinquième orteil et qui favoriserait la version des sièges.



MÉTHODOLOGIE

- Recherche effectuée dans Pubmed, Medline et Embase
- Termes MeSH «Breech presentation», «Acupuncture», «Moxibustion»
- Choix des 4 articles
 - essais cliniques randomisés comparant des groupes traités avec des groupes témoins
 - 10 dernières années
 - Issues mesurées: présentation fœtale au moment de l'accouchement et le mode d'accouchement



RÉSULTATS

- **Article 1 :**
Using moxibustion in primary healthcare to correct non-vertex presentation: a multicentre randomised controlled trial.
- Objectif: Efficacité de la moxibustion pour la version
- Méthode:
 - Essai clinique randomisé
 - 406 femmes, centres primaires, siège confirmé à l'échographie
 - Tx die x 2 sem (33 et 35 semaines)
 - 3 groupes comparés (1) «true moxibustion at point BL67 + usual care» (2) «moxibustion at SP1, a non-specific acupuncture point (sham moxibustion) + usual care» (3) «usual care alone»
 - Auto administration die après avoir reçu formation par sage-femme
 - Libre d'utiliser les stratégies posturales



Original paper

Table 3 Characteristics and outcomes of pregnancy, labour and birth

Outcome	True moxibustion (n=136)	Sham moxibustion (n=136)	Usual care (n=134)	RR (95% CI) True moxibustion vs usual care	RR (95% CI) True moxibustion vs sham moxibustion
Cephalic presentation at delivery	79 (58.1)	59 (43.4)	60 (44.8)	1.29 (1.02 to 1.64)	1.34 (1.05 to 1.70)
Cephalic version during treatment*	51 (38.3)	28 (21.2)	29 (22.3)	1.42 (1.13 to 1.79)	1.46 (1.16 to 1.84)
Caesarean section†	69 (50.7)	82 (61.7)	78 (59.1)	0.85 (0.67 to 1.07)	0.80 (0.64 to 1.02)
Vaginal birth†					
Spontaneous cephalic	55 (40.4)	42 (30.9)	41 (30.6)	1.32 (0.95 to 1.83)	1.31 (0.95 to 1.81)
Assisted cephalic (vacuum or forceps)	9 (6.6)	8 (5.9)	11 (8.2)	0.81 (0.35 to 1.88)	1.13 (0.45 to 2.83)
Vaginal breech	3 (2.2)	1 (0.7)	2 (1.5)	1.48 (0.25 to 8.70)	3.00 (0.32 to 28.48)
Gestational age at delivery‡	39.0 (37.0, 41.0)	39.0 (37.0, 41.0)	39.0 (37.7, 41.0)	0.871‡	0.386‡
Preterm birth <37 weeks‡	4 (2.9)	4 (3.0)	5 (3.8)	0.87 (0.42 to 1.83)	0.99 (0.49 to 2.00)

Data are n (%) or median (5th, 95th centiles).

*Missing data for three women in the true moxibustion group, four in the sham moxibustion group and four in the usual care group.

†Missing data for three women in the sham moxibustion group and two in the usual care group.

‡Two-sided Mann–Whitney test.

RR, relative risk.

RÉSULTATS

- **Article 2 :**
Fetal version by acupuncture (moxibustion) versus control group.
- Objectif: Efficacité de la moxibustion pour la version
- Méthode:
 - Essai clinique randomisé 68 femmes, siège confirmé à l'écho
 - (1) Groupe moxibustion VS (2) Groupe témoin
 - Auto administration die x 1 sem (34^e sem de grossesse)



RÉSULTATS

Tableau 1 Comparaison entre le groupe traité acupuncture et le groupe non traité témoin.
Comparison between the treated acupuncture group versus the non-treated control group.

	TT par acupuncture (n = 33)	Pas de TT (n = 35)	p
<i>Comparaison des deux groupes</i>			
Âge (ans)	28,6 ± 4,5	28,7 ± 4,6	0,94
Primiparité (%)	57,6	53,4	0,81
Poids (kg)	70,8 ± 12,2	73,6 ± 12,0	0,35
Taille (m)	1,63 ± 0,04	1,66 ± 0,07	0,12
IMC (kg/m ²)	26,2 ± 4,3	26,5 ± 4,2	0,84
AG échographie (SA)	32,0 ± 0,4	32,3 ± 0,8	0,20
AG 8 ^e mois (SA)	33,1 ± 0,4	33,3 ± 0,7	0,21
AG acupuncture (SA)	33,9 ± 0,4		
AG au 9 ^e mois	37,2 ± 0,7	37,2 ± 0,8	0,98
Siège au 9 ^e mois	51,6	52,9	0,91
AG accouchement	39,4 ± 1,4	39,8 ± 1,3	0,17
<i>Critères de jugement en intention de traiter</i>			
Siège à l'accouchement (%)	51,5	54,3	0,82
Césarienne (%)	45,5	54,3	0,47
<i>Description des nouveau-nés</i>			
PN (g)	3228 ± 454	3353 ± 429	0,25
Garçons (%)	45,5	48,6	0,81
TN (cm)	48,6 ± 3,0	49,5 ± 2,1	0,18

IMC : indice de masse corporelle ; AG : âge gestationnel ; PN : poids de naissance ; TN : taille de naissance ; TT : traitement ; n : effectif.

RÉSULTATS

- **Article 3 :**
Moxibustion for breech version: a randomized controlled trial
- Objectifs: Efficacité de la moxibustion pour la version et acceptabilité par les patientes
- Méthode:
 - Essai clinique randomisé
 - 212 femmes, siège confirmé à l'écho
 - 34-36 semaines
 - Moxibustion 3x/sem par sage-femme, +/- 4x/sem par patiente
 - Libre de tenter la VCE à 37 semaines



RÉSULTATS

Table 2. Comparison of Outcome Measures Between the Moxibustion and Control Groups

	Moxibustion Group (n=106)	Control Group (n=106)	Relative Risk (95% CI) or <i>P</i>
Fetal presentation			
Cephalic presentation (at delivery or before ECV)	19 (17.9)	17 (16.0)	1.12 (0.62–2.03)
Cephalic presentation at delivery (including successful ECV)	40 (36.8)	43 (40.6)	0.93 (0.66–1.30)
ECV			
Attempted	60 (56.6)	65 (61.3)	0.92 (0.74–1.16)
Successful*	21 (35.0)	26 (40.0)	0.88 (0.37–1.78)
Mode of delivery (overall)			
Vaginal	38 (35.8)	44 (41.5)	0.86 (0.61–1.21)
Caesarean	68 (64.2)	62 (58.5)	1.10 (0.89–1.36)
Mode of delivery (breech)			
Vaginal	8 (7.5)	8 (7.5)	1 (0.39–2.57)
Caesarean	58 (54.7)	62 (58.5)	0.94 (0.74–1.18)



RÉSULTATS

Table 3. Questionnaire to Assess Women's Opinions on Moxibustion (n=103)

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
Moxibustion is an intervention I would recommend to a friend who has a fetus in breech presentation	85 (80.2)	16 (15.1)	2 (1.09)	0	0
Moxibustion is an intervention that caused me anxiety	1 (0.9)	0	0	7 (6.6)	95 (89.6)
Globally, the advantages of moxibustion are superior to the disadvantages	63 (59.4)	28 (26.4)	10 (9.4)	1 (0.9)	1 (0.9)
If I had to do it all over again, I would do the moxibustion sessions	87 (82.1)	14 (13.2)	1 (0.9)	1 (0.9)	0

Data are n (%).

- Intervention bien tolérée et appréciée selon questionnaire



RÉSULTATS

- **Article 4 :**
Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study
- Objectif: Efficacité moxibustion + acupuncture
- Méthode:
 - 240 femmes, foetus en siège
 - 33-35 semaines
 - Randomisées groupe (1) «acupuncture plus moxibustion» or (2) «groupe témoin».
 - Acupuncture + Moxibustion bilatérale au point BL67 ad 2x/sem par 2 acupuncteurs qualifiés



RÉSULTATS

Table 2 Cephalic presentation at delivery

	Observation group	Acupuncture plus moxibustion group	Total
Cephalic presentation	43 (37.7%)	60 (53.6%)	103
Persistent breech presentation	71 (62.3%)	52 (46.4%)	123
Total	114	112	226

Relative risk = 1.42, 95% CI 1.06–1.90; $\chi^2 = 4.78$; $p = 0.03$

DISCUSSION

Études	Type d'étude, lieu et année	Conclusion	Forces	Limites
Article 1	Essai clinique randomisé, Espagne 2013	Efficacité + (+/- combiné avec posture genou-pectorale)	-Grande taille éch. -Groupes comparables	-Facteur confondant (stratégie posturale) -Auto administration
Article 2	Essai clinique randomisé, France 2009	Pas d'efficacité	-Stratification selon la parité -Aucune perte au suivi	-Faible puissance -Auto administration -Femme ayant VCE prévue exclus (sélec.)
Article 3	Essai clinique randomisé, Suisse 2009	Pas d'efficacité	-Recrutement représentatif pour la région -Opinion des femmes -3 Tx/sem dans environnement contrôlé	-Inégalité entre les groupes comparés (nullipares) -Variation du traitement (VCE 37 sem de façon libre) -Autres méthodes tentées
Article 4	Essai clinique randomisé, Italie 2004	Efficacité + (combinée avec acupuncture)	-Environnement contrôlé -Comparé études	-Mesures par 2 des co-auteurs -2 variables mesurées

DISCUSSION

- Études chinoises positives 1980
- Pas des essais cliniques randomisés
- Effet pouvant être influencé par:
 - Technique de l'administration du traitement
 - Mesure subjective (perception de la sensation de chaleur intense non douloureuse au point BL67)
 - Effet placebo (croyances chinoises)
 - Facteurs anthropométriques (Chine VS occident)
 - Variation du taux de version spontanée



DISCUSSION

○ Pertinence clinique

- But: Diminuer la morbidité materno-foetale associée aux présentations en siège
- Mécanisme d'action inconnu, méthode à privilégier inconnue
- Intervention sécuritaire et bien tolérée selon les études
- Si effet cliniquement significatif, vaut la peine peu importe l'origine de cet effet (placebo ou réel)



CONCLUSION

- Moxibustion semble avoir un certain effet lorsque combinée:
 - à l'acupuncture classique
 - aux stratégies posturales
- Pas de bénéfice démontré de la moxibustion utilisée seule
- Pas de méthode optimale d'administration du traitement identifiée
- Technique est jugée sécuritaire et bien tolérée
- Peut représenter une alternative de traitement, mais d'autres études devront être faites avant de pouvoir la recommander systématiquement



CONCLUSION

- Pourrait-il y avoir un effet bénéfique de la combinaison de l'acupuncture et de la version céphalique externe?



BIBLIOGRAPHIE

- 1. «Using moxibustion in primary healthcare to correct non-vertex presentation: a multicentre randomised controlled trial.», Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, Ramos-Monserrat M, Barón M, Aguilar I, Benítez-Parejo N, Ramírez-Carmona C, Rivas-Ruiz F. *Acupunct Med*. 2013 Mar; Vol 31 No1 p.31-38.
- 2. «Fetal version by acupuncture (moxibustion) versus control group.» Millereau M, Branger B, Darcel F. *Journal de Gynécologie et Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (Paris). 2009 Oct; Vol.38 No6 p.481-487.
- 3. «Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study.» Neri I, Airola G, Contu G, Allais G, Facchinetti F, Benedetto C. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2004 Apr; Vol.15 No 4, p.247-252.
- 4. «Moxibustion for breech version: a randomized controlled trial.» Guittier MJ, Pichon M, Dong H, Irion O, Boulvain M. *Obstet Gynecol*. 2009 Nov; Vol.114 No 5, p.1034-1040.
- 5. «A randomised controlled trial of moxibustion for breech presentation.» Cardini F, Lombardo P, Regalia AL, Regaldo G, Zanini A, Negri MG, Panepuccia L, Todros T. *BJOG*. 2005 Jun; Vol.112 No 6, p.743-477.



BIBLIOGRAPHIE

- 6. «**Overview of breech presentation**» G Justus Hofmeyr. UpToDate Mars 2014, consulté en avril 2014.
- 7. «**External cephalic version**» G Justus Hofmeyr. UpToDate Mars 2014, consulté en avril 2014.
- 8. «**Le fœtus en présentation de siège**» Catherine Taillefer, Emmanuel Bujold. Le Médecin du Québec, mars 2006; Vol.41, No 3.
- 9. «**An exploratory study of women's experiences and key stakeholders views of moxibustion for cephalic version in breech presentation**» Mitchell M, Allen K. Complementary Therapies in Clinical Practice, 2008; Vol. 14, p.264-272.
- 10. «**Side-effects of moxibustion for cephalic version of breech présentation**» Guittier et al. The journal of alternative and complementary medicine. 2008; Vol. 14 p.1231-1233.
- 11. «**Mode of term singleton breech delivery**» ACOG Committee Opinion No. 340. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2006;108:235–7.

