

**LISTE DES
ABREVIATIONS, SIGLES
ET ACRONYMES**

LISTE DES ABREVIATIONS

ACOG	: American College of Obstetrics and Gynecology
AMIU	: Aspiration manuelle intra utérine
AP	: Arrêt de la progression
AUDIPOG	: Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie
AVBA	: Accouchement par voie basse assistée
AVBS	: Accouchement par voie basse spontanée
BDCF	: Bruit du cœur fœtal
BGR	: Bassin Généralement Rétréci
BTR	: Bassin Transversalement Rétréci
CGO	: Clinique Gynécologique et Obstétricale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPN	: Consultation prénatale
CRAS	: Cotation du risque d'accouchement par le siège
CSPMS	: Centre de santé Philippe Maguilène Senghor
CSNC	: Centre de santé Nabil Choucair
DE	: Défaut d'Engagement
DES	: Diplôme d'études spécialisés
FIGO	: Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens.
GES	: Grande extraction du siège
GEU	: Grossesse extra-utérine
HRP	: Hématome rétro placentaire
HTA	: Hypertension artérielle
NNE	: Nouveau-né
NP	: Niveau de preuve

RCF	: Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU	: Retard de croissance intra-utérin
RPM	: Rupture Prématurée des Membranes
ROM	: Rétention d'œuf mort
SA	: Semaines d'Aménorrhée
SFA	: Souffrance Fœtale Aigue
SIDA	: Sacro Iliaque Droite Antérieure
SIDP	: Sacro Iliaque Droite Postérieure
SIGA	: Sacro Iliaque Gauche Antérieure
SIGP	: Sacro Iliaque Gauche Postérieure
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TBT	: Term Breecht Trial
VME	: Version par Manœuvre Externe
<	: Inférieur(e) à
>	: Supérieur(e) à
≤	: Inférieur(e) ou égal(e) à
≥	: Supérieur(e) ou égal(e) à



LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Fœtus en présentation de siège complet	10
Figure 2 : Fœtus en présentation de siège décomplété.....	11
Figure 3 : Variétés de siège	13
Figure 4 : Diamètres du siège. D'après BAUDET.....	15
Figure 5 : Diamètres de la tête fœtale	15
Figure 6 : Engagement du siège	25
Figure 7 : Descente et rotation du siège	26
Figure 8 : Dégagement du siège.....	27
Figure 9 : Engagement des épaules	28
Figure 10 : Descente et rotation de la tête fœtale.....	30
Figure 11 : Relèvement des bras du fœtus	33
Figure 12 : Rétention de la tête dernière dans l'excavation pelvienne.	34
Figure 13 : Rotation paradoxale du dos du fœtus dans la présentation du siège	35
Figure 14: Etapes de la version par manœuvre externe	53
Figure 15: Accouchement spontané d'un siège décomplété d'après BENIFLA et PONS	60
Figure 16 : Préhension du fœtus par le bassin au cours de la manœuvre de Lovset	62
Figure 17 : Traction vers le bas et première rotation du dos fœtal au cours de la manoeuvre de Lovset.....	63
Figure 18 : Double rotation et dégagement des épaules au cours de la manoeuvre de Lovset	64
Figure 19 : Préhension du fœtus au cours de la manœuvre de Mauriceau	66
Figure 20 : Dégagement de la tête fœtale au cours de la manœuvre de Mauriceau:	67

Figure 21 : Manœuvre de Bracht.....	69
Figure 22 : Introduction de la main et saisie du pied antérieur au cours de la GES	70
Figure 23 : Traction sur le pied antérieur au cours de la GES	71
Figure 24 : Dégagement pied antérieur au cours de la GES	72
Figure 25 : Manœuvre de Mantel-Pinard au cours de la grande extraction du siège (GES).....	73
Figure 26 : Manœuvre de Mantel-Pinard au cours de la grande extraction du siège (GES) [.....	74
Figure 27 : Dégagement de la hanche postérieure au cours de la GES	75
Figure 28 : Préhension du fœtus au cours de la petite extraction aidée du siège.....	77
Figure 29 : Dégagement du bras antérieur au cours de la (PES)	78
Figure 30 : Dégagement du bras postérieur au cours de la PES	79
Figure 31 : Situation géographique du centre de santé Nabil Choucrair	83
Figure 32 : Répartition des parturientes selon l'âge	89
Figure 33 : Répartition des parturientes selon l'âge	90
Figure 34 : Répartition des parturientes selon la parité	91
Figure 35: Répartition selon l'état des membranes à l'admission	94
Figure 36 : Répartition des parturientes selon le type de bassin.....	95
Figure 37 : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement	96
Figure 38 : Répartition des patientes selon le mode de délivrance.....	97
Figure 39 : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à 5 minutes.....	100



LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Fréquence des présentations podaliques en fonction de l'âge gestationnel	18
Tableau II : Score de Zatuchni et Andros	43
Tableau III : Score de Denis	44
Tableau IV : Coefficient du risque d'accouchement du siège selon Rosenau	45
Tableau V: Taux de succès de la VME selon la littérature	54
Tableau VI: Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.....	93
Tableau VII : Répartition selon le niveau de la présentation.....	95
Tableau VIII: Répartition des modes d'expulsion dans le groupe des accouchements par voie basse.....	98
Tableau IX : Indications de la césarienne	99
Tableau X : Répartition des nouveau-nés selon le poids fœtal	101
Tableau XI : Parité et mode de siège.....	103
Tableau XII : Mode d'accouchement selon le mode de siège.	104
Tableau XIII : Répartition des dystocies selon le mode de siège.	105
Tableau XIV : Mode d'accouchement selon l'âge maternel.....	106
Tableau XV : Mode d'accouchement selon la parité.	106
Tableau XVI : Mode d'accouchement en fonction de l'âge gestationnel.....	107
Tableau XVII : Modes d'accouchement en fonction de l'état des membranes	108
Tableau XVIII : Poids de naissance et mode d'accouchement.	108
Tableau XIX : Relation entre âge maternel et score d'APGAR à M5.....	109
Tableau XX : Relation entre parité et score d'APGAR à M5.....	110
Tableau XXI : Poids de naissance et score d'Apgar	110
Tableau XXII : Score d'Apgar et mode de siège.	111
Tableau XXIII : Relation entre l'âge gestationnel et le score d'APGAR.....	112

Tableau XXIV : Score d'Apgar et rupture prématurée des membranes	112
Tableau XXV : Mode d'accouchement et score d'APGAR	113
Tableau XXVI : Fréquence globale de la présentation du siège.....	114
Tableau XXVII : Age maternel selon les auteurs	115
Tableau XXVIII : Fréquence du siège selon la parité.....	116
Tableau XXIX : Fréquence de la prématurité dans la présentation du siège selon les auteurs.....	121
Tableau XXX : Fréquence selon le mode de siège.	118
Tableau XXXI : Fréquence des malformations fœtales selon les auteurs	122
Tableau XXXII : Fréquence de la césarienne dans la présentation du siège dans la littérature.....	126
Tableau XXXIII : Taux de mortalité périnatale globale selon les séries	129

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE :	4
RAPPELS SUR LA PRESENTATION DU SIEGE.....	4
I. DEFINITION	5
II. HISTORIQUE	5
III. PARTICULARITES DE LA PRESENTATION DU SIEGE	9
III.1. Fréquence	9
III.2. Modes de siège.....	9
III.2.1. Présentation du siège complet.....	10
III.2.2. Présentation du siège décomplété	11
III.3. Repère.....	12
III.4. Diamètres.....	14
III.5. Étiologies.....	16
III.5.1. Causes maternelles.....	16
III.5.2. Causes ovulaires.....	17
III.5.3. Causes fœtales.....	17
IV. DIAGNOSTIC DE LA PRESENTATION DU SIEGE	19
IV.1. Examen.....	19
IV.3. Examen paraclinique	22
IV.2.1. Échographie obstétricale.....	22
IV.2.2. Radiographie du contenu utérin.....	23
V. MECANIQUE OBSTETRICALE DANS LA PRESENTATION DU SIEGE..	23
V.1. Accouchement eutocique	23
V.1.1. Accouchement du siège	24
V.1.2. Accouchement des épaules	28

V.1.3. Accouchement de la tête dernière	29
V.2. Accouchement dystocique	31
V.2.1. Dystocies communes.....	31
V.2.2. Dystocies propres	32
VI.1 Pronostic maternel	36
VI.1.1 Morbidité	36
VI.1.2 Mortalité.....	36
VI.2. Pronostic Foetal.....	37
VI.2.1 Mortalité.....	38
VI.2.2 Morbidité	38
VI.2.2.1. Accidents immédiats.....	38
VI.2.2.2. Devenir à long terme des enfants	40
VII. CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRESENTATION DU SIEGE.....	42
VII.1. Pendant la grossesse.....	42
VII.1.1. Bilan pronostique	42
VII.1.2. Recommandations internationales sur la conduite à tenir devant une présentation de siège à 36 SA	46
VII.1.3. Critères d'exclusion de la voie basse	48
VII.1.4. La version par manœuvre externe (VME).....	50
VII.1.4.1. But	50
VII.1.4.2. Indications	50
VII.1.4.3. Technique	52
VII.1.4.4. Facteurs prédictifs du succès de la VME	54
VII.1.5. Facteurs prédictifs de césarienne	55
VII.2. Conduite à tenir pendant l'accouchement.....	56
VII.2.1. Conduite pendant la phase de dilatation.....	56
VII.2.2. Conduite à tenir au cours de la phase d'expulsive	58

VII.2.2.1. Attitude abstentionniste.....	58
VII.2.2.2. Attitude interventionniste ou aide à l’expulsion	61
VII.2.3. Conduite pendant la phase de délivrance	80
DEUXIEME PARTIE :.....	81
NOTRE ETUDE.....	81
I. CADRE D’ETUDE.....	82
I.1. Situation géographique du CSNC.....	82
I.2 Organisation du CSNC	83
I.3. Personnel du CSNC	84
I.4. Activités.....	85
II. PATIENTES ET METHODES	86
II.1. Type et durée d’étude.....	86
II.2. Population d’étude	87
II.3. Critères d’inclusion.....	87
II.4. Critères de non inclusion	87
II.5. Paramètres étudiés	87
II.6. Collecte et analyse des données.....	88
III. RESULTATS	88
III.1. Résultats descriptifs	88
III.1.1. Effectif.....	88
III.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des parturientes	89
III.1.2.1. Age.....	89
III.1.2.2. Gestité	89
III.1.2.3. Parité	90
III.1.3. Antécédents médico- chirurgicaux	91
III.1.4. Histoire de la grossesse.....	92
III.1.5. Données cliniques à l’admission.....	92

III.1.6. Données de l'accouchement	96
III.1.6. Données néonatales.....	100
III.1.6.1. Score d'APGAR	100
III.1.6.2. Poids de naissance	101
III.1.6.3. Sexe.....	101
III.1.7. Pronostic.....	102
III.1.7.1. Pronostic maternel	102
III.1.7.2. Pronostic néonatal.....	102
III.2. Résultats analytiques.....	103
III.2.1. Mode de siège	103
III.2.1.1. Lien entre la parité et le mode de siège	103
III.2.1.2. Lien entre le mode d'accouchement et le mode de siège	104
III.2.1.3. Lien entre dystocies et le mode de siège	104
III.2.2. Mode d'accouchement	105
III.2.2.1. Lien entre le mode d'accouchement et les paramètres maternels .	105
III.2.2.2. Lien entre le mode d'accouchement et les paramètres foeto- annexiels	107
III.2.2.3. Lien entre le mode d'accouchement et le poids de naissance	108
III.2.3. Pronostic néonatal.....	109
III.2.3.1. Lien entre le pronostic néonatal et les paramètres maternels	109
III.2.3.3. Facteurs liés à la parturition.....	113
IV. DISCUSSION	114
IV.1. Limites de l'étude	114
IV.2 Fréquence	114
IV.3.Aspects sociodémographiques.....	115
IV.4. Aspects diagnostiques.....	117
IV.5. Facteurs étiologiques.....	119

IV.5.1. Facteurs maternels	119
IV.5.2. Facteurs foeto-annexiels	121
IV.6. Mode d'accouchement.....	123
IV.7. Aspects pronostiques.....	127
IV.7.1. Pronostic maternel	127
IV.7.2. Pronostic fœtal	128
IV.7.2.1. Facteurs pronostiques maternels.....	129
IV.7.2.2. Facteurs pronostiques liés au fœtus.....	130
IV.7.2.3. Facteurs pronostiques liés à la parturition.....	132
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	134
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	140
ANNEXES	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

De tout temps, l'accouchement en présentation du siège a posé d'énormes difficultés aux obstétriciens et ce du fait, d'une part de l'importance de la morbidité et de la mortalité périnatales liées à ce type de présentation et, d'autre part, de la morbidité maternelle associée [81]. Même s'il est théoriquement eutocique du fait que les principaux diamètres du fœtus soient compatibles avec ceux de la filière pélvi-génitale, cette eutocie est moins assurée que celle du sommet. En effet, dans la présentation du siège, les différents segments du corps sont accouchés en sens inverse de leur volume, et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus cesse d'être favorable, créant ainsi la dystocie [94].

Pour entreprendre donc cet accouchement tant redouté des obstétriciens, il est indispensable d'évaluer les risques materno-fœtaux. Cette évaluation doit pouvoir permettre à l'accoucheur de programmer la césarienne ou de tenter la voie basse.

La voie d'accouchement de cette présentation est sujette à des variations au cours des années mais également selon les sociétés savantes. C'est ce qui explique la fréquence élevée de la césarienne systématique surtout après la publication des travaux du Term Breech trial en 2000 avec des taux pouvant atteindre 75 à 80% [52].

L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable en cas de présentation du siège ?

Faut-il laisser accoucher les sièges par voie basse ?

Quelle voie d'accouchement doit-on privilégier devant une présentation du siège ?

Voici tant de questions qui ont poussé les sociétés savantes à entreprendre des études pour trouver un consensus dans le but de formuler des recommandations à l'instar des Etats Unis d'Amérique (USA) et des pays européens. C'est l'exemple de l'étude de Hannah [63] avec le Term Breech Trial en 2000, confortée dans ses

conclusions qui privilégieraient la césarienne systématique, par les méta- analyses de la Cochrane en 2001 et 2003. Plus tard, d'autres études ont vivement contesté les résultats du Term Breech Trial (TBT) du fait d'un manque de rigueur quant à la sélection des patientes, l'inexpérience de certains obstétriciens pour la présentation du siège et l'inclusion des décès néonataux non liés au mode d'accouchement [56].

En Afrique par contre, il y a eu beaucoup d'études mais pas de recommandations, concernant l'accouchement du siège.

Au Sénégal, une étude effectuée en 1992 à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le Dantec par Farid [48], rapportait un taux élevé d'accouchements par voie basse en présentation du siège, et celui de la césarienne ne dépassait pas 17% avec une mortalité périnatale élevée.

Une autre étude réalisée en 2009 au Centre Hospitalier Roi Baudoin (CHRB) de Guédiawaye retrouvait une fréquence de 3,95% [13].

Toujours au Sénégal une étude réalisée en 2015 au Centre de Santé Philippe Maguilène Senghor fait état d'un taux de 3,65 % [104].

Toutes ces interrogations concernant la voie d'accouchement du siège ont motivé en partie le choix de notre thème dont l'objectif général était de faire un état des lieux de la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège au Centre de Santé Nabil Choucair de Dakar qui est un centre de référence obstétrical qui enregistre en moyenne 5050 accouchements par année.

Les objectifs spécifiques de notre travail étaient :

- de déterminer la fréquence de la présentation du siège ;
- d'en décrire les particularités diagnostiques ;
- d'apprécier le pronostic de l'accouchement de la présentation du siège ;
- et de préciser les modalités de prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.

Notre travail comprend deux (2) parties :

- une première partie dans laquelle nous rappellerons les aspects épidémiologiques, diagnostiques, pronostiques et la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.
- une deuxième partie dans laquelle nous partagerons nos résultats que nous discuterons avant de conclure et de formuler des recommandations en vue d'améliorer la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.

PREMIERE PARTIE :
RAPPELS SUR LA
PRESENTATION DU SIEGE

I. DEFINITION

La présentation du siège, encore appelée présentation podalique, est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du fœtus est en contact avec le détroit supérieur, alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin [98].

II. HISTORIQUE

Hippocrate expliquait l'accouchement en présentation céphalique normale par les mouvements du fœtus. Poussé par la faim, il quitte l'utérus en arc-boutant ses pieds contre le fond utérin. En cas de présentation autre que céphalique, l'accouchement ne peut se faire normalement, et Hippocrate conseillait de réaliser une version [31].

En 1550, Ambroise Paré recommandait la version podalique dans sa « Brève collection de l'administration anatomique » [91].

En 1668, François Mauriceau décrivait la manœuvre du dégagement de la tête dernière [31].

En 1821, Madame Marie-Louise La Chapelle, sage-femme du roi Louis XVIII, codifiait l'accouchement du siège : « L'accoucheur doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent, et résister à la tentation d'agir, qu'excite naturellement la facilité apparemment offerte par la disposition des parties du fœtus. Il doit avec ménagement et lenteur, recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus, plutôt que de l'extraire » [31].

Au début du XX^{ème} siècle, la plupart des auteurs estimaient la présentation du siège justifiable d'une intervention obstétricale : abaissement prophylactique du pied, grande extraction ou dégagement des bras comme promu par Lovset en 1937 [19].

En 1938, Bracht [19] a réagi devant cette attitude et a préconisé l'abstention jusqu'à l'expulsion. Il a alors présenté sa manœuvre de dégagement de la tête que nous reverrons plus loin.

En 1948, les auteurs Nancéiens, Vermelin et Ribon [133] défendaient une abstention encore plus absolue. Pour le Professeur Vermelin, il était important de ne pas voir de la pathologie où elle n'existait pas. Ainsi, bien que l'accouchement par le siège était considéré comme anormal, voire franchement dystocique, le Professeur Vermelin a voulu montrer que l'accouchement du siège pouvait se dérouler dans son entier sans même que l'on intervint. Il a montré que la manœuvre de Mauriceau, d'apparence anodine, pouvait être le point de départ de lésions cérébro-méningées facteurs de morts néo-natales ou de séquelles psychomotrices, et qu'il valait mieux s'en passer. Ainsi la technique de Vermelin de l'accouchement spontané du siège reste un classique pour les obstétriciens de l'École de Nancy [133].

Par la suite, les obstétriciens se montrèrent beaucoup moins interventionnistes, sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et de la tête pour lequel ils continuèrent de pratiquer des « gestes d'accompagnement » [47].

En 1959, Wright [135] aux États-Unis présenta la « césarienne systématique » comme le moyen de réduire la mortalité et la morbidité périnatales.

En 1979, Kubli [85], en Allemagne soutient que la césarienne était la méthode la plus sûre et la plus simple pour éviter l'asphyxie fœtale survenant lors de l'expulsion par voie vaginale. Le risque d'asphyxie étant 3 à 10 fois supérieur lors de l'accouchement par le siège, comparé à celui dans la présentation du sommet, sachant que pour lui le risque d'asphyxie correspondait au risque d'acidose [85]. Kubli a tenu à préciser dès ses premières publications le manque de données sur l'acidose fœtale et les séquelles lointaines chez l'enfant. Il exprima les mêmes réserves quant à l'influence de la voie d'accouchement sur la survenue de

séquelles chez l'enfant [86]. Quoiqu'il en soit, les travaux de Kubli [85] ont marqué l'obstétrique allemande. Le taux de césarienne pour une présentation du siège y a connu une hausse spectaculaire, et la césarienne reste à ce jour le premier choix des obstétriciens allemands dans cette indication [82].

Enfin, les années 1980 ont vu s'ériger des défenseurs de la voie basse comme Collea [26]. Dans une étude prospective, il retrouvait un taux de morbidité maternelle de 49,3% en cas de réalisation d'une césarienne, et 6,7% en cas d'accouchement par voie basse du siège. Il prôna le recours à la voie basse pour les accouchements du siège, dans certains cas bien sélectionnés, avec un minimum de risque pour la mère et l'enfant [26].

Gimovsky [52] en 1983 prôna lui aussi l'alternative de la voie basse à la césarienne systématique en raison d'une morbidité néonatale comparable [52].

En 1986, Bodmer [16] et collaborateurs firent une étude sur les voies d'accouchements des présentations du siège chez les enfants prématurés, et montrèrent que la césarienne systématique n'améliorait pas la condition des enfants, sauf pour des grands prématurés de 28 semaines d'aménorrhée ou moins.

L'étude comparait deux époques différentes (1961 à 1974 et 1978 à 1984) avec un taux de césarienne, pour les sièges, passé de 8 à 89% [16].

En 1986, l'American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG), déclare : « Autant la césarienne que l'accouchement par voie vaginale, dans des cas sélectionnés, sont des pratiques acceptables pour les présentations du siège à terme » [2].

En 1993 le rapport de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens [4] conclut que dans les pays développés, la césarienne doit être d'indication facile, la voie basse ne peut être acceptée qu'en cas d'absence de facteurs de risque, sous surveillance étroite, en présence d'un accoucheur confirmé. La grande extraction du siège est condamnée.

Si on considère les sièges à terme (≥ 37 SA), un essai randomisé multicentrique international publié par Hannah [64] et al. en octobre 2000 a recommandé la césarienne systématique en raison du risque néonatal qui semblait augmenté à court terme en cas d'accouchement par les voies naturelles. Cet essai a été critiqué, tant sur sa validité interne [53] que sa validité externe [53, 123]. Par ailleurs, l'analyse des résultats à long terme ne mettait pas en évidence de différence concernant la morbidité infantile à deux ans, infirmant en partie les conclusions initiales [65].

D'un autre côté, le groupe PREMODA [56] a réalisé et publié en 2006 une évaluation prospective multicentrique des pratiques françaises et belges, concluant à l'absence d'augmentation du risque de complications néonatales sévères en cas de voie basse programmée (1,6 %) par rapport à la césarienne (1,45 %).

D'autres publications sont venues par la suite renforcer le choix de la césarienne systématique, vu les meilleurs résultats périnatals en matière de score d'APGAR à 5 minutes, d'acidose et de lésions traumatiques [87, 122].

En 2000, le CNGOF [29] n'excluait pas la voie basse si toutefois les conditions d'acceptabilité de celle-ci étaient respectées. Il ressort de cette attitude qu'il n'y avait pas assez de données pour la réalisation systématique de la césarienne.

Les directives cliniques de la SOGC (Société des Obstétriciens et Gynécologues Canadiens) rejoignaient celle du CNGOF en 2009 [125].

En Afrique, nous n'avons pas retrouvé d'étude d'envergure ayant abouti à des consensus ou recommandations concernant la prise en charge de la présentation du siège.

III. PARTICULARITES DE LA PRESENTATION DU SIEGE

III.1. Fréquence

La fréquence de la présentation du siège est variable selon les auteurs : entre 3 et 4%, [19, 46]; c'est la présentation la plus fréquente après la présentation du sommet.

Ainsi, aux États-Unis, Sheer retrouvait 13% alors que pour Hill, elle était de 7% [68, 126].

En France, Rosenau a retrouvé une fréquence de 3,2 % [120].

Toujours en France, au CHU de Besançon, entre 1977 et 1996, sur 43 384 accouchements, la présentation du siège était retrouvée dans 4,09% ; et de 1994 à 2004, la fréquence était de 4,5% d'accouchements en présentation du siège [19].

Mais il est important de souligner que cette fréquence est susceptible de varier en fonction du terme de l'accouchement. Plus la naissance est prématurée, plus la fréquence des présentations du siège est élevée, car dans l'accouchement prématuré il est dit que le « fœtus est surpris en siège »

En Afrique ; Ilesammi [72] a retrouvé 2,1% au Nigeria ; Rachidi [116] en Tunisie 3,87%. Au Mali, Dicko [36] a retrouvé 1,42% au Centre de Santé de Référence de la commune V et Dembélé [33] 1,72% dans les maternités du District de Bamako.

Au Sénégal, Bentahir [13] retrouvait une fréquence de 3,95% tandis que Mouhamed [104] retrouvait 3,65%.

III.2. Modes de siège

Il existe plusieurs modes de présentation du siège :

III.2.1. Présentation du siège complet

C'est une modalité moins fréquente (1/3 des cas). Le fœtus est dans son attitude typique: les bras et les jambes sont repliés et plaqués contre le tronc. Les hanches et les genoux sont fléchis. Le fœtus est en quelque sorte assis « en tailleur » (figure 1)

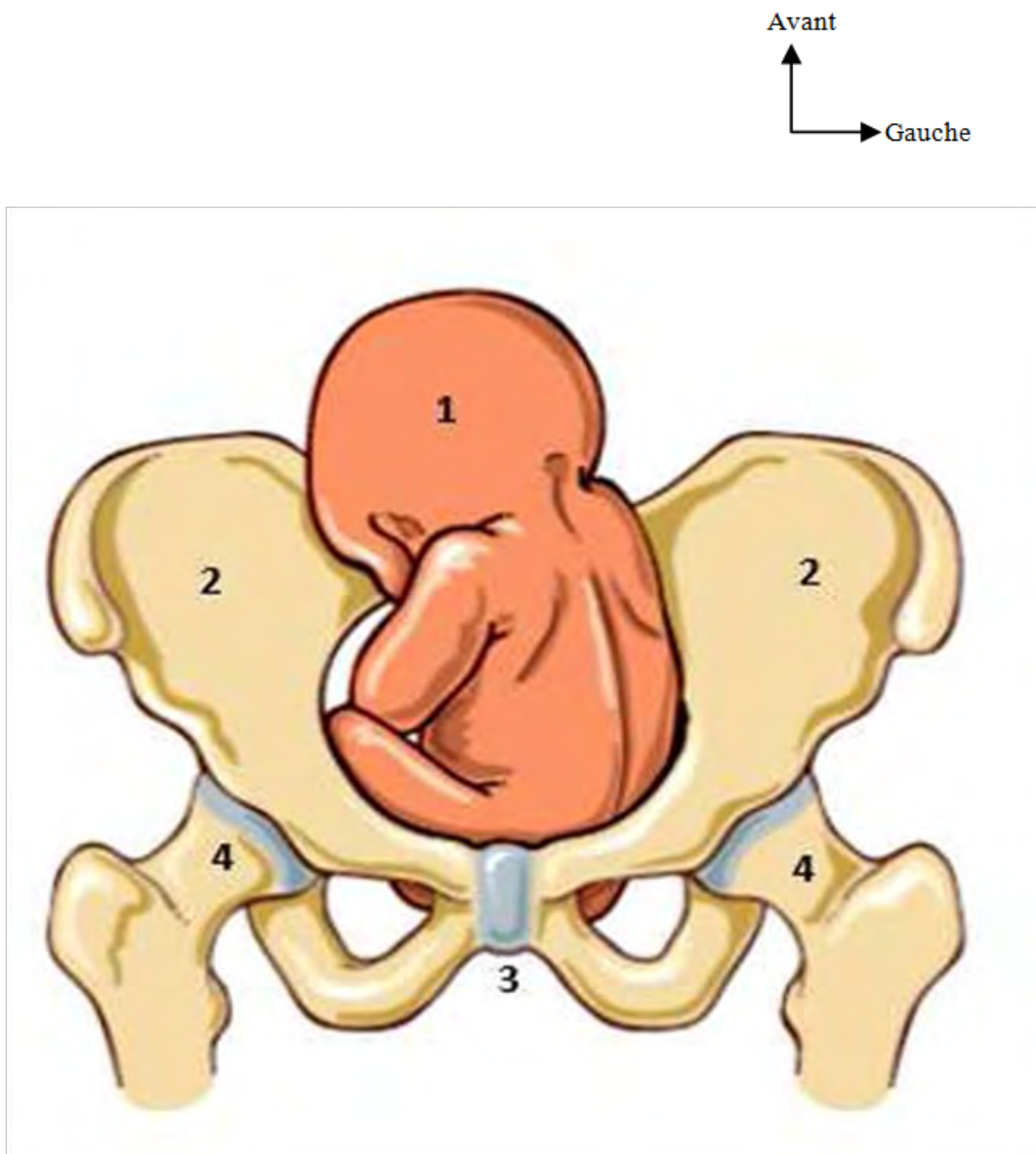


Figure 1 : Fœtus en présentation de siège complet [19].

1. Tête du fœtus -2.Ailes iliaques -3.Symphyse pubienne -4.Têtes fémorales

III.2.2. Présentation du siège décomplété

Il en existe trois (03) sous types :

➤ Mode des fesses

C'est la présentation la plus fréquemment rencontrée. Les jambes sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyper fléchies sur le bassin ce qui amène les pieds à la hauteur de la tête fœtale. Ainsi les fesses constituent à elles seules toute la présentation (figure 2).

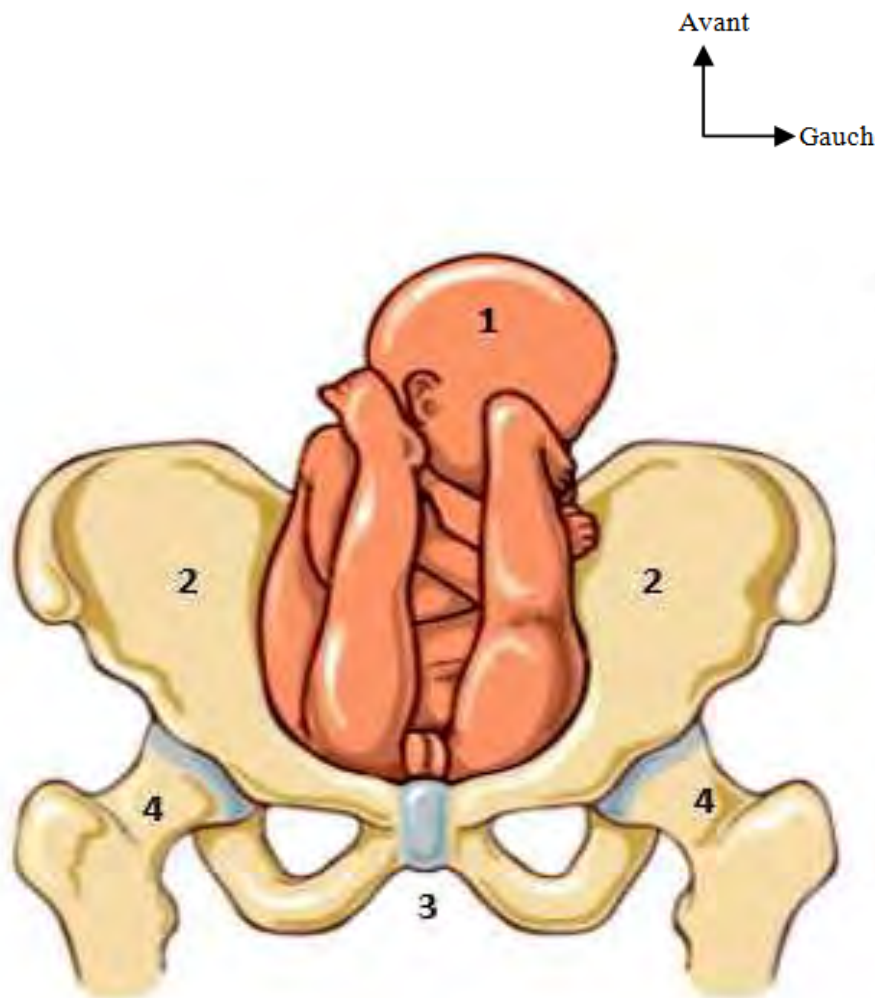


Figure 2 : Fœtus en présentation de siège décomplété. [19]

1. Tête du fœtus -2. Ailes iliaques -3. Symphyse pubienne -4. Têtes fémorales

➤ Présentation du siège décomplété, mode des pieds

Il existe une extension plus ou moins marquée des hanches et des genoux. Dans l'extension complète, le fœtus est debout, « au garde à vous ». Cette modalité rare est l'apanage des grands prématurés.

➤ Présentation du siège décomplété, mode des genoux

C'est une éventualité encore plus rare, appelée « footing breech » par les auteurs américains. Les membres inférieurs semi-fléchis sous le siège, constituent une source de complications. Il est de mauvais pronostic.

D'autres modalités existent également telles que

➤ mode semi décomplété avec un fœtus qui présente une jambe fléchie sur le tronc avec un genou en extension et une jambe repliée sous les fesses.

Des complexes peuvent se voir par la combinaison de positions distinctes pour chaque membre inférieur : il est possible, par exemple, d'avoir un siège décomplété mode d'un pied et d'un genou.

III.3. Repère

Le repère de la présentation du siège est le sacrum, trouvé en suivant le pli interfessier. Il est situé à l'extrémité du diamètre sacro- tibial dans le siège complet, du diamètre sacro pubien dans le siège décomplété.

Quatre variétés de position sont ainsi différenciées (figure 3):

les variétés antérieures :

- ❖ sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- ❖ sacro-iliaque droite antérieure (SIDA) ;

les variétés postérieures :

- ❖ sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP) ;
- ❖ sacro-iliaque droite postérieure (SIDP).

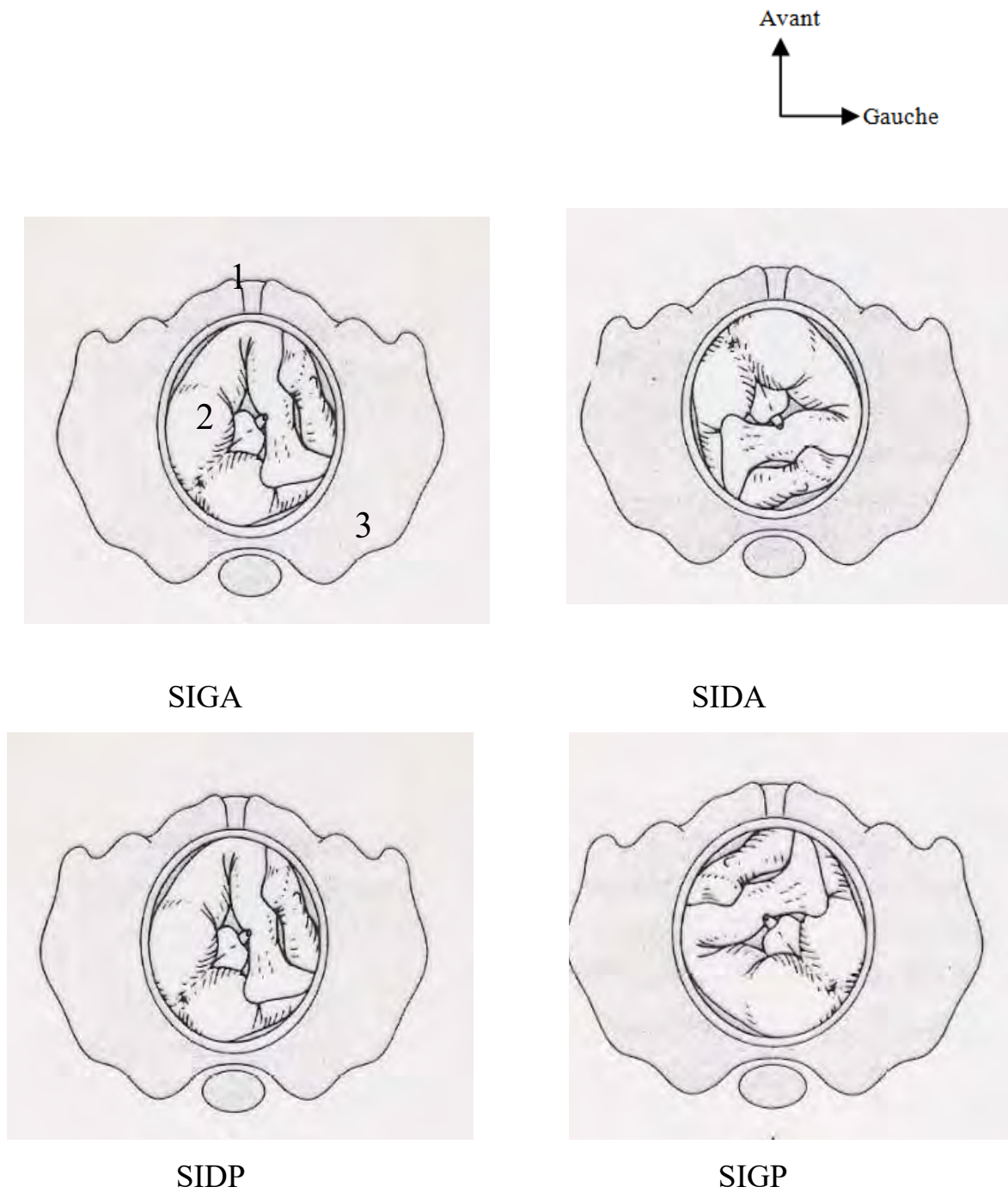


Figure 3 : Variétés de siège: (MERGER [98])

1.Symphyse pubienne -2.Fesse du fœtus -3. Aile iliaque

Les variétés sacro-iliaques gauches antérieures (SIGA), et sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) sont les plus fréquentes.

Les positions transverses sont des positions transitoires entre les postérieures et les antérieures.

III.4. Diamètres

La présentation du siège est une présentation longitudinale et théoriquement eutocique, puisque ses principaux diamètres sont compatibles avec ceux de la filière pélvi-génitale :

- le diamètre bi trochantérien représente le diamètre principal de la présentation du siège. Il mesure 9,5 cm (figure 4) ;
- les diamètres sacrotibial et biacromial sont susceptibles de subir d'importants tassements, pouvant être ramenés à 9 cm ;
- le diamètre sous-occipito-frontal par lequel s'engage la tête dernière, atteint au maximum 11cm (figure 5).

Mais cette eutocie est moins assurée que celle du sommet, car dans la présentation du siège, le fœtus progresse dans l'excavation pelvienne à rebrousse poils avec des diamètres de plus en plus grands. Ces diamètres peuvent brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus cesse d'être favorable [42].

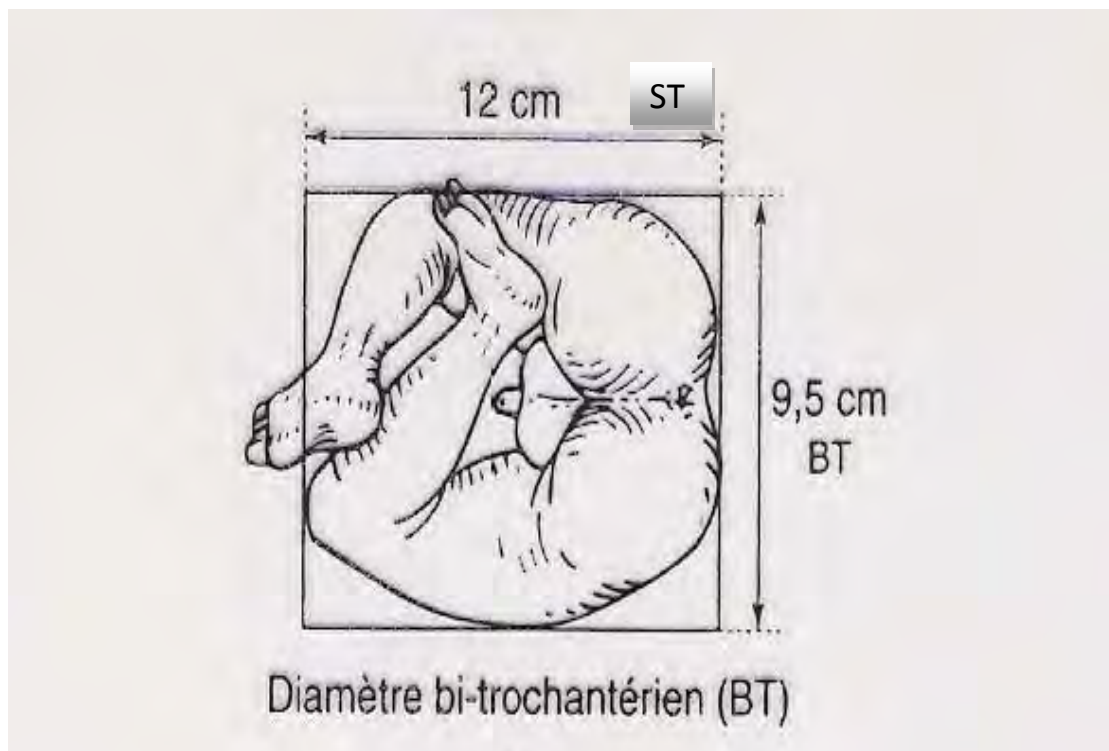


Figure 4 : Diamètres du siège. D'après BAUDET [9]
ST : Diamètre sacrotibial

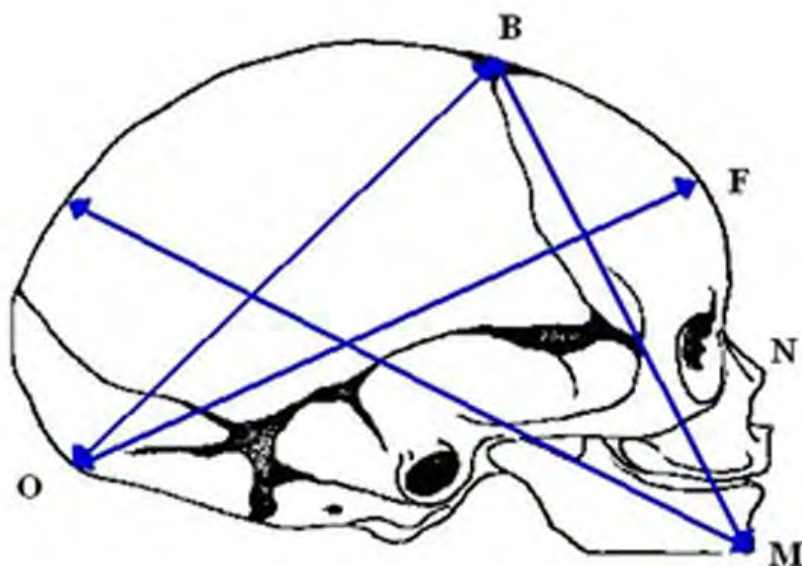


Figure 5 : Diamètres de la tête fœtale
OF : diamètre sous occipito frontal

III.5. Étiologies

Vue la forme allongée de la cavité utérine et la diminution relative du liquide amniotique, on conçoit que le fœtus se mette en position longitudinale vers la fin de la grossesse.

Habituellement, le fœtus met son grand pôle, c'est-à-dire le siège avec les membres inférieurs, au niveau du fond utérin. La tête, dont le volume est plus petit et qui est plus lourde, va naturellement se placer en regard du détroit supérieur. C'est l'"adaptation du contenu au contenant" [98] selon la loi de Pajot. La présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation et diverses causes semblent favoriser cette situation.

III.5.1. Causes maternelles

➤ Congénitales

Le fond utérin est rétréci du fait d'anomalies congénitales telles que l'éperon médian, l'utérus unicorne, l'utérus bicorne ou de l'aspect cylindrique de l'utérus chez une patiente primigeste. Les anomalies utérines sont parfois associées à une hypoplasie périnéale, à un rétrécissement discret du bassin ou à un dysfonctionnement du myomètre lors de l'accouchement [103].

➤ Acquises

Les tumeurs intrinsèques telles que les fibromes, déforment la cavité utérine et modifient les qualités physiques des fibres musculaires utérines ;

- Les tumeurs extrinsèques comme les kystes ovariens ;
- La multiparité en raison de l'hypotonicité utérine qui ne permet qu'imparfaitement l'accommodation fœtale ;
- La femme primipare âgée avec un utérus hypertonique ;

- Les rétrécissements transversaux du bassin dont l'influence semble cependant plus théorique que réelle [19].

III.5.2. Causes ovulaires

Diverses anomalies des annexes fœtales peuvent se voir lors des présentations de siège.

➤ **Anomalies de la quantité du liquide amniotique**

 **Hydramnios** : c'est un excès de liquide amniotique qui gêne toute accommodation.

 **Oligoamnios** : c'est une insuffisance de liquide amniotique qui s'oppose à la culbute du fœtus.

La découverte d'une anomalie de la quantité de LA impose la recherche d'une malformation fœtale telle qu'un syndrome de Potter en cas d'oligoamnios ou encore rechercher une malformation digestive en cas d'hydramnios.

➤ **Placenta prævia** : il est plus fréquent en cas de siège et peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale ;

➤ **Anomalies du cordon** : le cordon court, les circulaires ou le cordon en écharpe entravent les mouvements fœtaux. La brièveté du cordon est plus fréquente en cas de siège que de présentation céphalique.

III.5.3. Causes fœtales

➤ **Prématurité**

La prématurité est l'une des causes les plus importantes : 20 à 30% des enfants nés par le siège sont des prématurés [12]. La fréquence des présentations du siège est d'autant plus grande que l'accouchement est plus prématuré (40% de prématurés

parmi les sièges et 20% de sièges parmi les prématurés) [103]. La cause de présentation du siège est alors en fait souvent le facteur causal ou déclenchant de l'accouchement prématuré.

Dellenbach [32] avait étudié la fréquence des présentations podaliques en fonction de l'âge gestationnel et avait mis en évidence une décroissance de la fréquence des présentations du siège en fonction de l'avancement de la grossesse (Tableau I).

Tableau I : Fréquence des présentations podaliques en fonction de l'âge gestationnel [32].

Age gestationnel (SA)	Nombre de mutation / 1000 grossesses	Nombre de sièges / 1000 grossesses
26		271
32	126	145
33	17	128
34	38	90
35	20	70
36	15	55
37	16	39
>37	25	14

➤ Malformations

En cas de présentation du siège, la fréquence des malformations est au moins multipliée par deux [17], particulièrement celles qui affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs ...), ou son activité (spinabifida, myéloméningocèle, arthrogrypose, trisomie 13 et 18 ...).

L'hydrocéphalie s'observe dans 1% des cas, contre 0,1% habituellement.

➤ **Gémellité et grossesses multiples**

La fréquence des grossesses gémellaires en cas de présentation du siège atteint 20% dans la littérature [38, 48, 112]. L'accommodation d'un fœtus peut être gênée par son jumeau.

Ces différentes étiologies doivent être recherchées avant l'accouchement. Elles constituent en effet autant de facteurs pronostiques susceptibles d'influencer la conduite pratique de l'accouchement. Parfois aucune cause n'est retrouvée. La présentation résulte en quelque sorte d'une « absence d'accommodation » comme le souligne Lacomme [88]

IV. DIAGNOSTIC DE LA PRESENTATION DU SIEGE

Il est important voire impératif de faire le diagnostic des présentations du siège avant l'accouchement afin de réduire la morbidité et la mortalité fœtales.

IV.1. Examen

➤ **Interrogatoire**

Il permet de révéler l'existence d'une douleur ou une gêne sous costale, expression de la compression de la paroi abdomino-thoracique par le pôle céphalique du fœtus à travers le fond utérin. Il peut révéler chez la multipare la notion d'un accouchement précédant par le siège [118].

IV.2. Examen physique

➤ **Inspection**

Elle montre que l'utérus est à développement longitudinal. Parfois chez la primipare, on remarque sa forme étroite et cylindrique ou son aspect cordiforme du fond.

➤ **Palpation**

Elle doit toujours être exécutée avec attention car elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic. Au-dessus du détroit supérieur, le siège, lorsqu'il est complet est reconnu par le palper à ses caractères habituels de masse volumineuse irrégulière et ferme sans être dure non ballotante non surmontée d'un sillon. Mais, lorsqu'il est décomplété, il est plus rond, moins accessible et moins volumineux

Au fond utérin, on trouve un pôle dur, régulier, arrondi, qui ballotte d'une main à l'autre, et correspondant au pôle céphalique. La palpation révèle entre le dos (plan convexe, uniforme et régulier) et le pôle céphalique une dépression : sillon du cou, signe le plus sûr de reconnaissance. Parfois « deux dos » sont perçus, après élimination d'une grossesse gémellaire, le deuxième dos correspond en fait aux membres en extension dans le siège décomplété [118].

➤ **Auscultation**

Elle met en évidence un foyer maximal des bruits du cœur du fœtus en dehors de l'ombilic et un peu au-dessus de lui, dans la région péri ombilicale [36]. Cette position haute tient au défaut d'engagement de la présentation.

➤ **Toucher vaginal**

Il fournit au cours de la grossesse des renseignements assez imprécis du fait que l'excavation est fréquemment vide, surtout en cas de siège complet. Quand il s'agit d'un siège décomplété engagé ou en voie d'engagement, la confusion est facile avec le pôle céphalique à moins qu'on ait déjà été orienté [33, 36]. Le diagnostic clinique au cours de la grossesse n'est donc pas évident d'autant que tous les signes peuvent être mis en défaut [33].

En fait, le diagnostic de la présentation de siège n'est pas toujours aussi aisé. Plusieurs facteurs peuvent le rendre difficile tels :

- ❖ une paroi abdominale épaisse,
- ❖ un utérus tendu réduisant les possibilités du palper.
- ❖ une corne utérine masquant le ballottement si la tête fœtale s'y fixe,
- ❖ lorsque la tête est très fléchie, un sillon du cou moins perceptible.

Le clinicien pourra s'aider de l'échographie en cas de doute pour redresser le diagnostic mais aussi de la radiopelvimétrie qui a une grande importance.

Le diagnostic au cours du travail ("diagnostic surprise") repose essentiellement sur les données du toucher vaginal.

Avant la rupture des membranes, il faut être prudent avec la poche des eaux intacte qui est un élément important dans la dilatation cervicale et dont on évitera la rupture avant 8 cm de la dilatation. Il est possible de percevoir dans l'intervalle des contractions :

- une présentation molle, sans une suture ni fontanelle, présentant un relief osseux à l'une des extrémités correspondant à la pyramide sacrée en cas de siège décomplété ;
- une présentation plus irrégulière comportant des petits membres en faveur d'un siège complet.

Après la rupture des membranes, le diagnostic est plus facile, précisant également le mode et la variété de position :

- ❖ on reconnaît deux masses molles lisses, les fesses, séparées par un sillon longitudinal, le sillon inter fessier, centré par un orifice, l'anus ;

- ❖ l'une des extrémités du sillon est occupée par une saillie pyramidale en chapelet : le sacrum, repère de la présentation, et dont la situation par rapport au détroit supérieur donne la variété de position ;

- ❖ à l'autre extrémité du sillon on peut percevoir les organes génitaux, et le pied en cas de siège complet, situés entre le siège et la paroi pelvienne [118].

Cliniquement, le siège peut être confondu avec :

- ❖ une présentation du sommet déformé par une volumineuse bosse sérosanguine ;

- ❖ une présentation de la face, où la pyramide sacrée est prise pour le nez, les fesses pour les joues, l'anus pour la bouche, mais dans la face, la bouche a des mouvements de succion ;

- ❖ une anencéphalie.

En cas de doute, la pratique d'une échographie en salle de travail précisera mieux les éléments perçus au cours du toucher vaginal [118].

IV.3. Examen paraclinique

L'échographie ou la radiographie du contenu utérin permettent de confirmer le diagnostic [118].

IV.2.1. Échographie obstétricale

Elle est devenue un examen paraclinique de routine en obstétrique, et garde une place primordiale dans le diagnostic et la conduite à tenir devant une présentation du siège.

Elle doit être systématique ; l'échographie réalisée au troisième trimestre de grossesse (32-34 SA) en cas de présentation du siège permet de :

- confirmer le diagnostic ;
- préciser le type de siège (complet, décomplété) ;
- détecter une déflexion primitive de la tête fœtale ;
- préciser la localisation du placenta ;
- découvrir d'éventuelles malformations ;
- détecter une procidence du cordon ;
- estimer le poids fœtal et ;
- estimer le volume du liquide amniotique.

IV.2.2. Radiographie du contenu utérin

Elle est utile lorsque l'échographie n'est pas disponible.

Elle permet de :

- confirmer le diagnostic de la présentation ;
- préciser le mode du siège : complet ou décomplété ;
- préciser le plan du dos guidant ainsi la version ;
- rechercher une anomalie fœtale faisant prévoir les difficultés :
 - une déflexion primitive de la tête fœtale ;
 - une hydrocéphalie.

V. MECANIQUE OBSTETRICALE DANS LA PRESENTATION DU SIEGE

V.1. Accouchement eutocique

L'accouchement du siège est celui d'un mobile évoluant comme une tour, cette unicité est capitale, car il est important que le mobile fœtal constitue « un bloc

homogène » avec solidarisation de la tête en flexion, du tronc et des membres, permettant ainsi de parcourir la filière pelvi-génitale avec ses plus petits diamètres. L'accouchement se déroule comme un processus continu, sans arrêt ni retour en arrière. Ses différentes étapes sont intriquées, se commandent les unes les autres, et se font presque simultanément. Chacune des étapes comprend un engagement, une descente et rotation et un dégagement.

V.1.1. Accouchement du siège

❖ Engagement

C'est le diamètre bitrochantérien qui s'oriente suivant un diamètre oblique du bassin. Il est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir. Le siège franchit de façon synclite le plan du détroit supérieur (figure 6). L'engagement est toujours facile et précoce dans le siège décomplété, il est plus laborieux dans le siège complet où il est précédé d'un tassement sacro tibial.

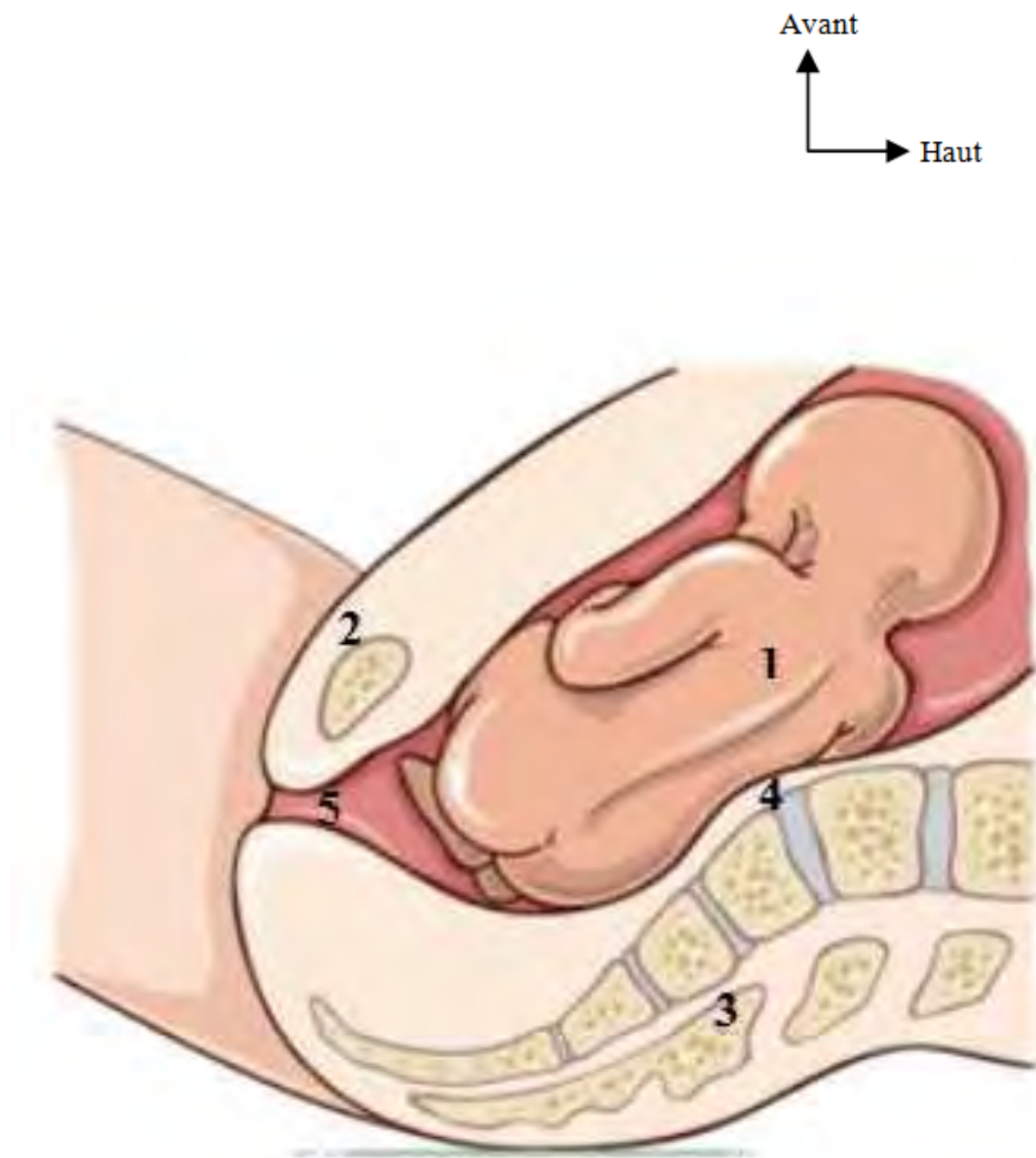


Figure 6 : Engagement du siège [19]

1. Fœtus -2. Pubis -3. Sacrum -4. Promontoire -5. Vagin

❖ Descente et rotation

La rotation du siège, qu'elle s'effectue en spirale en même temps que la descente ou seulement après elle sur le périnée, n'est jamais que d'un huitième de cercle. En effet, la rotation amène le diamètre bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur (figure 7). S'il s'agit d'une variété sacro-iliaque antérieure, la rotation se fait en arrière; s'il s'agit d'une variété sacro-iliaque postérieure, la rotation se fait en avant. De toute façon, le sacrum se trouve sur le diamètre transverse du bassin.

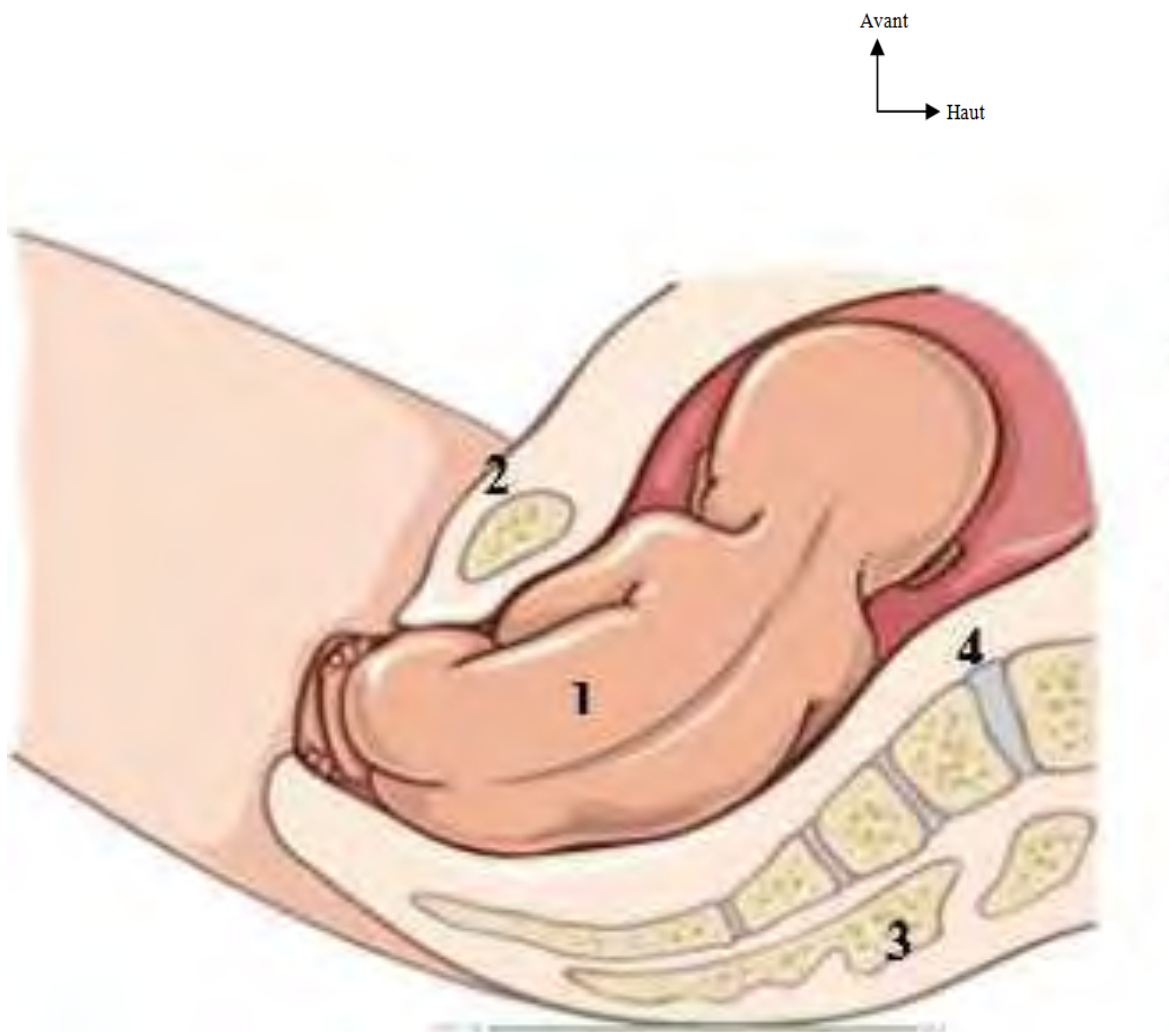


Figure 7 : Descente et rotation du siège [19]

1. Fœtus - 2. Pubis - 3. Sacrum - 4. Promontoire

❖ Dégagement

La hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse. Puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur, jusqu'à ce qu'elle ait franchi la commissure vulvaire. Ce mouvement est facile dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus. Il est particulièrement spectaculaire dans le siège décomplété, où il est plus difficile. Les membres inférieurs relevés «en attelles» le long du tronc en empêchent l'incurvation latérale. Le siège décomplété se dégage, en pointant vers le haut comme un monolithe (figure 8). Parfois, le siège continue sa descente selon l'axe ombilico-coccygien, bute contre le périnée postérieur et n'arrive à se dégager qu'au prix d'une épisiotomie



Figure 8 : Dégagement du siège [19]

1. Fœtus - 2. Pubis - 3. Sacrum - 4. Promontoire

V.1.2. Accouchement des épaules

L'accouchement obéit à la même mécanique que celle de l'accouchement du sommet.

❖ Engagement

Le diamètre d'engagement est différent selon les variétés. Dans les variétés antérieures, il est le même que celui utilisé par le diamètre bitrochantérien. Ceci s'explique par le mouvement de restitution que fait le bitrochantérien hors de la vulve après le dégagement des deux membres inférieurs (figure 9).

Dans les variétés postérieures, l'accouchement des épaules est précédé d'une rotation d'arrière en avant qui place le diamètre biacromial dans le diamètre oblique perpendiculaire

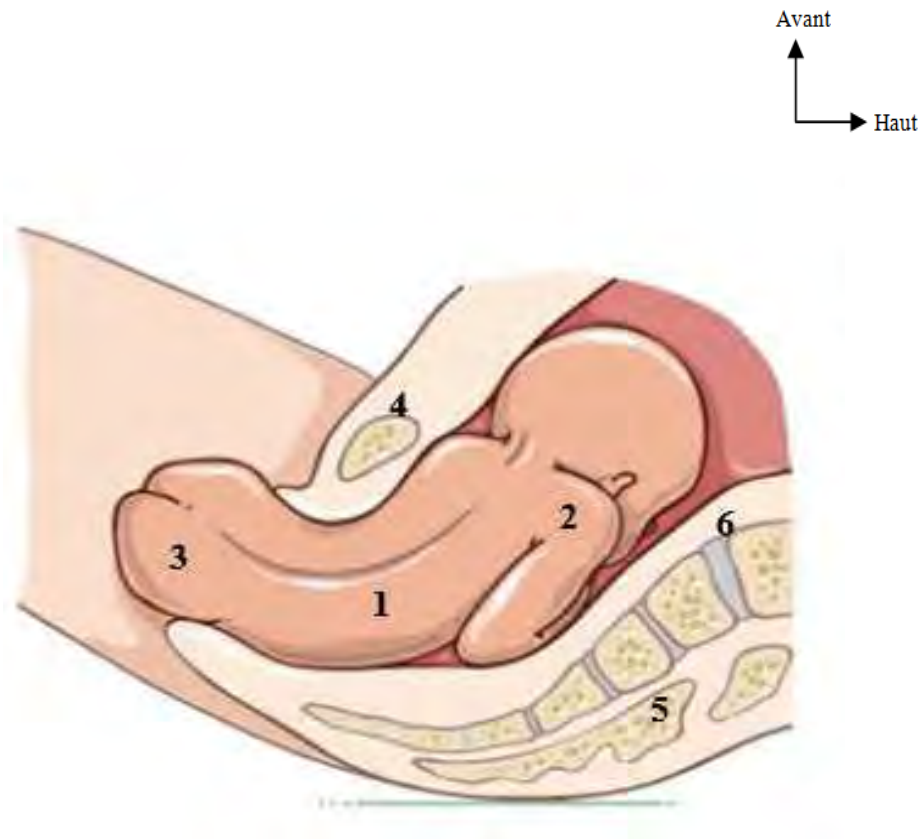


Figure 9 : Engagement des épaules [19]

1. Fœtus -2. Épaules -3. Siège dégagé -4. Pubis -5. Sacrum -6. Promontoire :

Descente et rotation

Elles sont simultanées ou successives. La rotation, pour les classiques, amène le diamètre biacromial dans le diamètre longitudinal du détroit inférieur. En fait, les épaules s'orientent souvent sur son diamètre transverse [43].

❖ Dégagement

Les épaules se dégagent en transverse, comme l'a montré l'école de Nancy avec Vermelin et Ribon [98]. Successivement, comme par une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve pendant que le dos est orienté en avant.

V.1.3. Accouchement de la tête dernière

❖ Engagement

Il est contemporain à la descente et au dégagement des épaules. La tête s'oriente sur un diamètre oblique du bassin, perpendiculaire à celui que vient d'emprunter le diamètre biacromial, occiput en avant ; elle s'engage fléchie, abordant le détroit supérieur suivant le diamètre sous occipito- frontal (11cm).

❖ Descente et rotation

La tête descend en tournant d'un huitième (1/8) de cercle ; l'occiput doit tourner en avant pour arriver médian au détroit inférieur (figure 10).

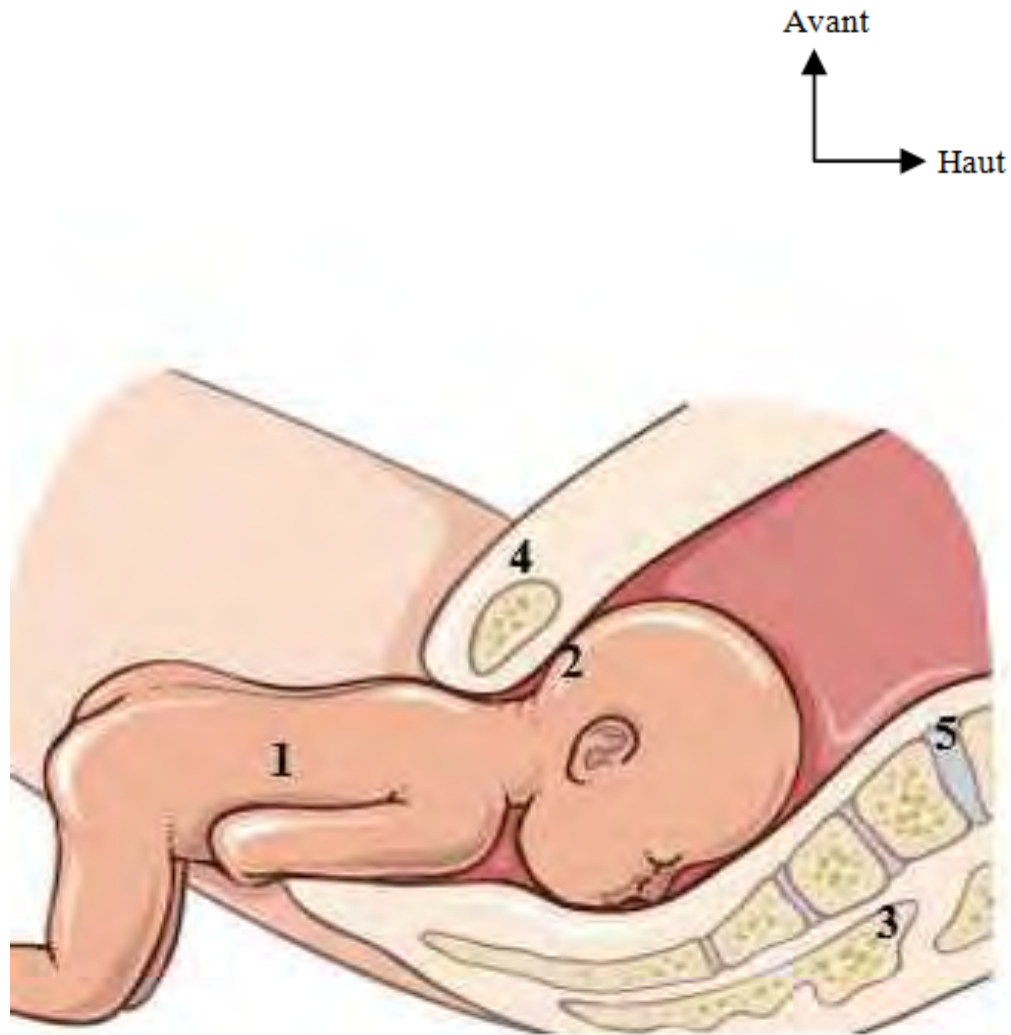


Figure 10 : Descente et rotation de la tête foetale [19]

1. Fœtus -2.Occiput -3. Sacrum -4. Pubis -5. Promontoire

❖ Dégagement

Le sous-occiput prend point d'appui sous la symphyse. La tête se fléchit progressivement ; la face, le front, le crâne se dégagent successivement de la commissure postérieure.

V.2. Accouchement dystocique

Au cours de l'évolution du travail et de l'accouchement en présentation du siège, différents types de dystocies peuvent survenir.

V.2.1. Dystocies communes

➤ Dystocies mécaniques [88]

• Défaut d'engagement

Dans le siège complet, il arrive que l'engagement ne se produise pas, l'amoindrissement des diamètres étant insuffisant. Ce défaut d'engagement peut aussi témoigner d'une disproportion foetopelvienne par macrosomie fœtale ou par rétrécissement du bassin.

• Défaut de progression

La progression peut être ralentie ou interrompue dans l'excavation surtout en cas de siège décomplété à cause des membres inférieurs relevés en attelle le long du tronc empêchant l'incurvation latérale.

➤ Dystocie dynamique [88]

C'est la plus fréquente et la plus facile à résoudre pour un praticien expérimenté, car sa persistance est une indication impérative de voie haute.

Cette dystocie dynamique peut être d'origine utérine (contractions utérines inefficaces, de mauvaise qualité) et/ou d'origine cervicale (anomalies de la dilatation : stagnation ou lenteur). Ces deux causes sont interdépendantes. Ceci est corroboré par la thèse de Misson: "la qualité de la contraction utérine qui assure le tassement, la cohésion du mobile fœtal, le pousse dans le segment inférieur, efface et dilate le col" [88].

➤ **Procidence du cordon**

Elle est beaucoup plus fréquente dans les sièges complets, et chez la primipare en cas d'accouchement prématuré. Elle serait d'un meilleur pronostic que dans les présentations céphaliques. Cette notion classique de moindre nocivité, du fait de la rareté de la compression funiculaire est actuellement contestée par deux remarques

- le siège décomplété mode de fesse est aussi dangereux que le sommet ;
- et même dans le siège complet la bénignité n'est que relative puisque le pronostic est inversement proportionnel au temps écoulé entre sa survenue et la fin du travail. Quoiqu'il en soit, la procidence du cordon exige une solution rapide et le fait qu'elle soit un peu mieux tolérée permet au praticien d'apporter un traitement adéquat [12].

V.2.2. Dystocies propres

Ce sont essentiellement des dystocies d'expulsion, pouvant être le résultat d'une dystocie dynamique ou d'une erreur thérapeutique. Les principales sont les suivantes :

- **Relèvement des bras [93, 107]**

Il est souvent dû à une erreur technique telle qu'une traction intempestive sur les membres inférieurs, ou expression abdominale ou à des efforts expulsifs prématurés à travers un col insuffisamment dilaté (figure 11). Cette dystocie peut survenir spontanément et de nombreux auteurs proposent de la prévenir par des manœuvres dites "préventives du relèvement des bras » [93,107].

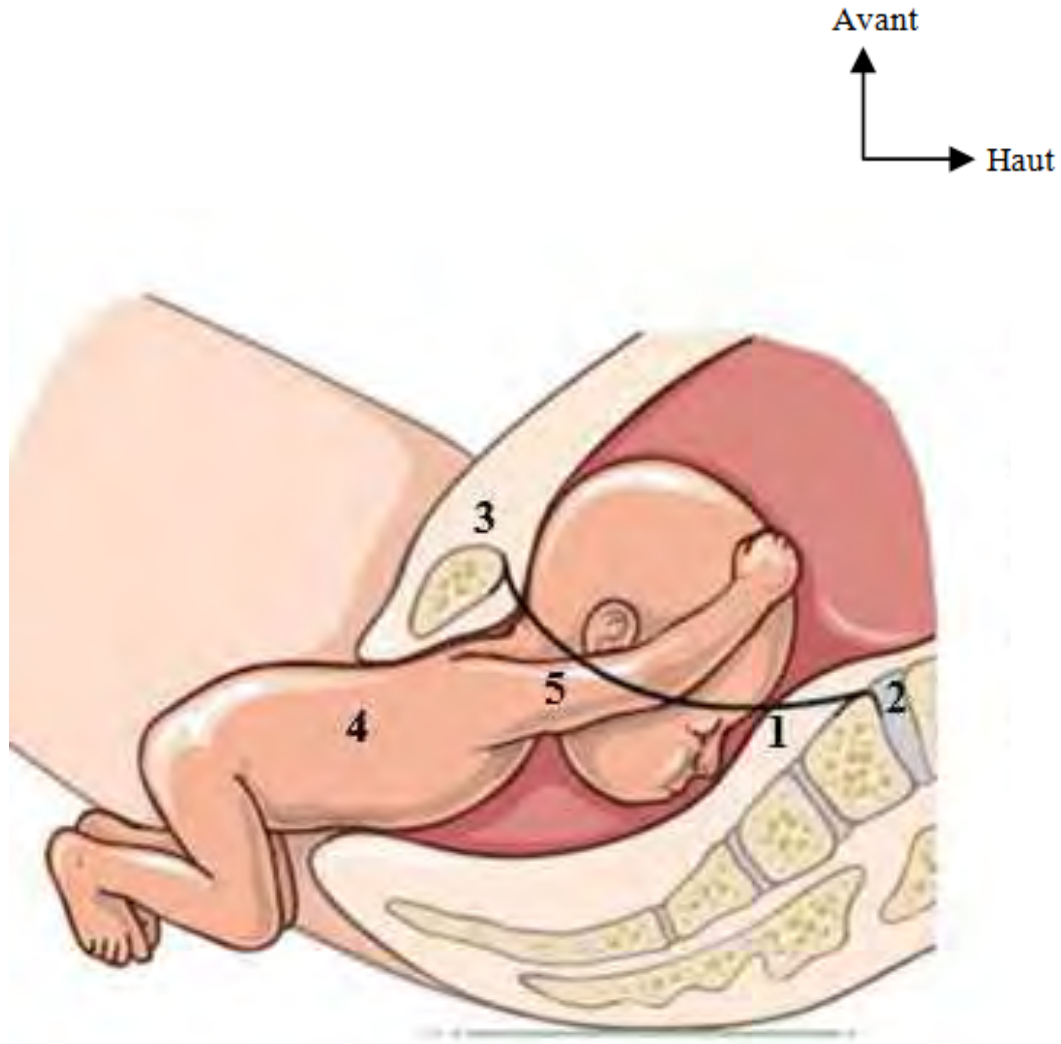


Figure 11 : Relèvement des bras du fœtus [19]

1. Détroit supérieur -2.Promontoire -3. Pubis -4. Fœtus -5. Bras droit relevé

- **Rétention de tête dernière**

Elle crée une situation dramatique survenant après l'expulsion du siège et du tronc.

La rétention peut se situer à plusieurs niveaux :

- ✚ **au-dessus du détroit supérieur** : signant une disproportion foetopelvienne, une rotation en arrière du dos avec un accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse, ou la déflexion de la tête ;

✚ **au niveau du détroit moyen ou du détroit inférieur.** Au-dessus du col elle est le résultat de l'expulsion du corps fœtal à travers un col insuffisamment dilaté, d'autant plus fréquente que la tête est anormalement volumineuse par rapport au corps ; la rétention dans un vagin atrésique ou au niveau d'un périnée résistant ou trop court est possible (figure 12). Elle est la plus facile à vaincre par une large épisiotomie et la moins dramatique de ces situations.

Les conséquences traumatiques fœtales sont évidemment bien différentes selon le niveau et la cause de la rétention. Toute disproportion céphalo-pelvienne peut entraîner des lésions du crâne et la lenteur de l'extraction conditionnera le degré d'anoxie.

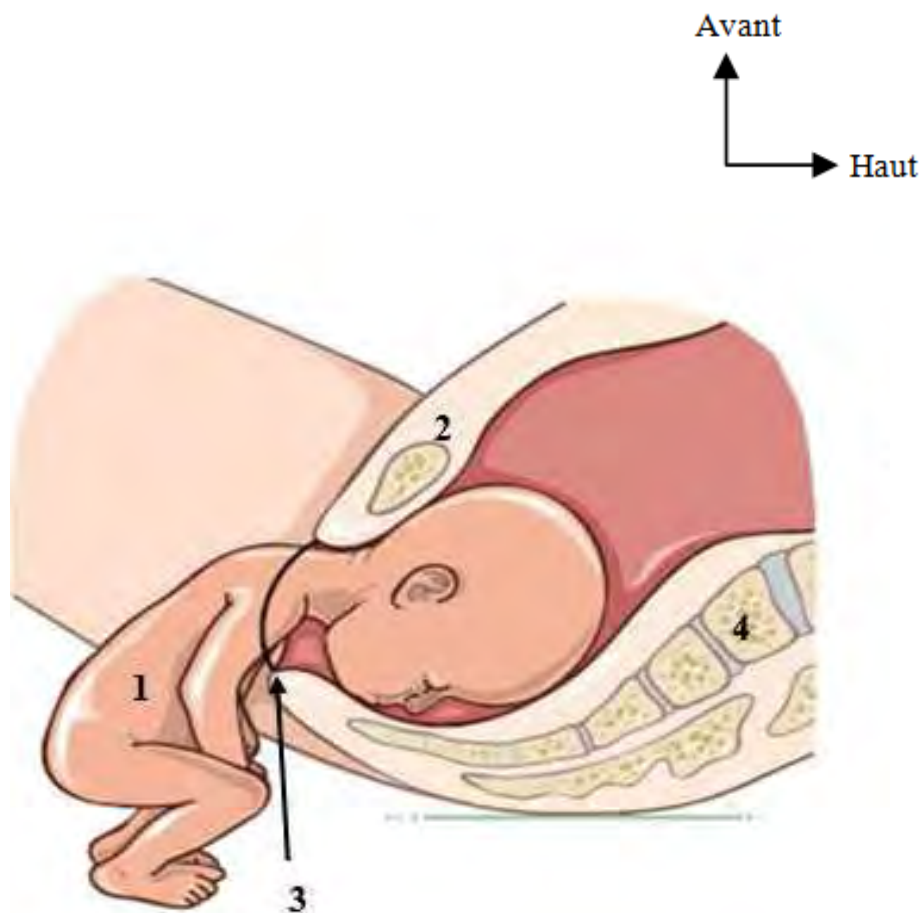


Figure 12 : Rétention de la tête dernière dans l'excavation pelvienne [19].

1. Fœtus -2. Pubis -3. Périnée maternel -4. Sacrum

- **Rotation du dos du fœtus en arrière ou rotation paradoxale**

Il s'agit également d'un phénomène mécanique incompatible avec un accouchement spontané. En effet, le menton va se bloquer au-dessus de la symphyse pubienne, et l'accouchement ne pourra se terminer (figure 13).

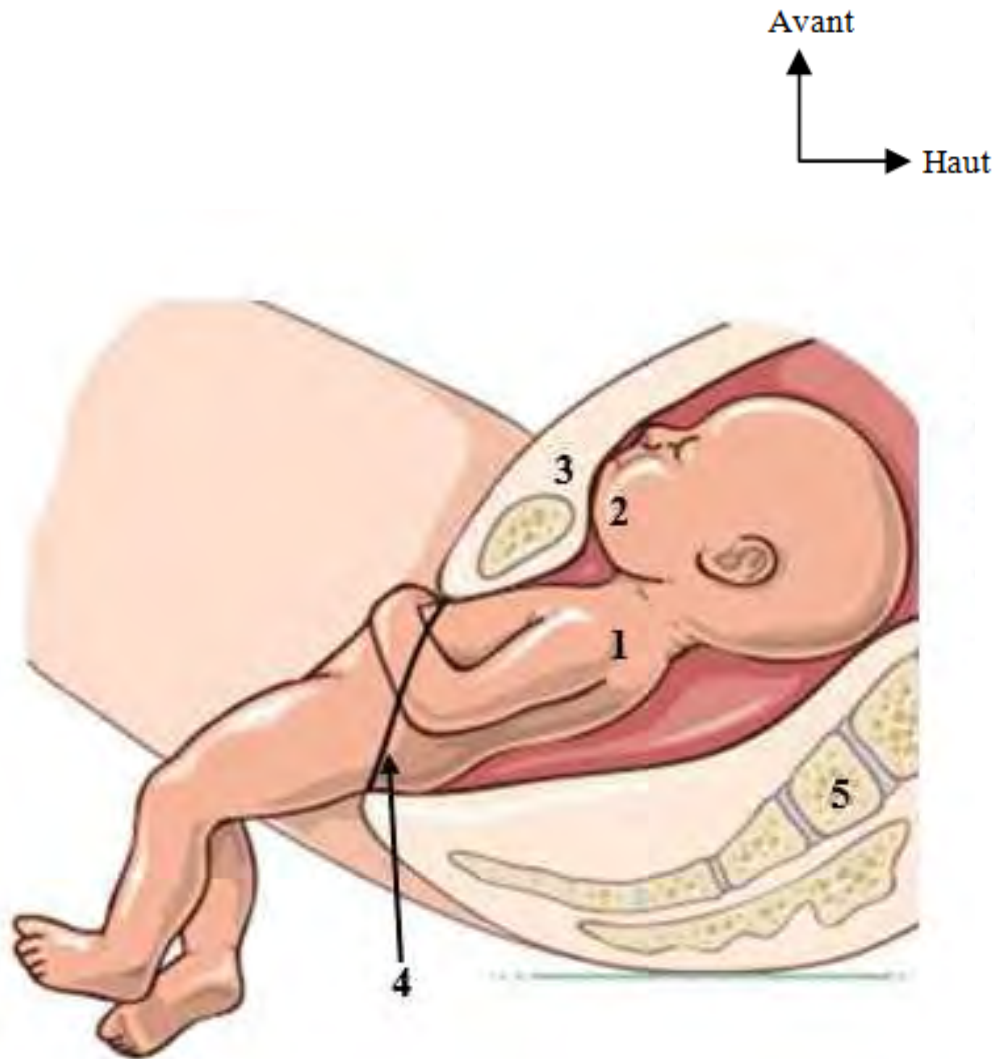


Figure 13 : Rotation paradoxale du dos du fœtus dans la présentation du siège [19]
 1. Fœtus -2.Menton -3. Pubis -4. Périnée maternel -5. Sacrum

VI. PRONOSTIC

La présentation par le siège comporte un risque plus élevé de difficulté pour la mère et pour l'enfant, de risque de morbidité et de mortalité. La plupart des auteurs tels que Merger et Levy [98], s'appuyant sur des statistiques de morbidité et de mortalité, considèrent la présentation du siège comme une présentation dystocique, ne présentant pas de différence significative du point de vue pronostique tant chez la primipare que chez la multipare.

D'autres au contraire trouvent que, bien qu'elle soit moins favorable que le sommet, la présentation du siège bien surveillée et bien conduite peut rester eutocique [56, 69].

Pour ces derniers, c'est un abus de tomber dans l'excès de césarienne, tendance qui va jusqu'à la césarienne de principe.

VI.1 Pronostic maternel

VI.1.1 Morbidité

Elle est marquée essentiellement par les lésions des parties molles dont les plus fréquentes sont : la déchirure du col, du périnée avec parfois de graves atteintes vésicales et/ou ano-rectales surtout dans les accouchements mal conduits avec des extractions brutales du fœtus. Ces déchirures sont en général prévenues dans les cas bien surveillés et bien conduits par la pratique d'une large épisiotomie surtout chez la primipare.

Des complications infectieuses peuvent être favorisées par la rupture prématurée des membranes fréquente dans ce type de présentation.

VI.1.2 Mortalité

Elle est quasiment nulle dans les accouchements naturels et sans rapport avec la présentation.

Par contre la césarienne serait associée à une augmentation du risque de décès en post-partum par rapport à l'accouchement par voie vaginale. En effet, dans une

étude réalisée en France entre 1996 à 2000, le risque de décès en post partum était 3,6 fois supérieur après césarienne par rapport à un accouchement par voie basse [. L'augmentation du risque de décès était liée aux complications anesthésiques, aux infections puerpérales telles que les infections pariétales, iléus paralytiques, péritonites, plaies vésicales et d'autres encore plus lointaines comme les occlusions sur brides et aux accidents veineux thromboemboliques. En revanche, le risque de décès par hémorragie n'était pas significativement augmenté dans cette étude.

Le débat sur le risque augmenté de décès pour les césariennes reste néanmoins vif. Selon certains auteurs, cette augmentation de mortalité liée à la césarienne est plus ou moins importante et le chiffre réel reste difficile à apprécier.

Toutes ces complications maternelles paraissent maintenant si peu acceptables qu'on multiplie les études pour voir s'il n'est pas possible, sans risque accru pour le fœtus, de réduire le taux de césarienne notamment dans les présentations vicieuses [17].

VI.2. Pronostic Fœtal

Si aucun accouchement ne se présente « mathématiquement sans risque », l'accouchement en présentation du siège est particulièrement exposé.

Afin d'améliorer le pronostic fœtal, la naissance par césarienne a paru un moment une solution incontournable [120].

Toutefois, au-delà d'un certain seuil, il semble que le bénéfice néonatal soit inexistant alors qu'augmentent parallèlement la morbidité et la mortalité maternelles [120].

VI.2.1 Mortalité

Elle est très variable suivant les statistiques et de la façon dont elle est évaluée. La mortalité périnatale globale dans la présentation du siège est estimée à 4,2% [118]. Elle est due à trois sortes d'accident :

- ❖ des morts fœtales in utero, sans cause évidente, dix fois plus fréquentes que dans la présentation du sommet, surtout avant la 36ème semaine [17]. Cette fréquence conforte la notion de fœtus de « moindre qualité » dans certains cas de présentation du siège ;

- ❖ des malformations et anomalies congénitales dont les fréquences sont multipliées par deux dans le siège, et qui entraînent plutôt des morts néonatales ;

- ❖ une mortalité perpartum directement liée au déroulement et à la conduite de l'accouchement, dont l'importance est difficile à préciser.

VI.2.2 Morbidité

Elle doit être évaluée d'une manière plus large qu'on ne le faisait classiquement. En effet, si la mortalité et la morbidité immédiates diminuent, le pronostic à long terme revêt plus d'importance. Ce qui fait que certains auteurs pensent qu'il est difficile de mettre toutes les chances de son côté quand on entre dans la vie en reculant [2].

VI.2.2.1. Accidents immédiats

✓ Lésions vasculaires

Elles sont dominées par les hémorragies cérébro-méningées avec déchirure de la tente du cerveau, résultant d'une hypertension intracrânienne au cours de l'accouchement à rebrousse-poil responsable d'une accumulation de sang dans la partie céphalique. Ce risque est majoré par les manœuvres obstétricales.

✓ **Asphyxie néonatale sévère**

Elle se manifeste par une détresse respiratoire et une acidose, 10% versus 1% par rapport aux autres présentations et nécessitant une réanimation [42].

Suivant leur importance, ces états peuvent entraîner une mort néonatale, guérir totalement, ou laisser des séquelles (convulsions, retards psychomoteurs, infirmités motrices d'origine cérébrale).

✓ **Lésions nerveuses périphériques**

La complication nerveuse la plus fréquente est l'atteinte du plexus brachial, ou plutôt, de ses racines supérieures, C5 et C6, avec paralysie du membre supérieur de type Duchenne Erb. En général, il s'agit d'une élongation des nerfs mais il peut y avoir une rupture et, dans ce cas, la paralysie persiste et nécessite un traitement orthopédique.

Les paralysies du plexus brachial font suite à des manœuvres d'extraction intempestives ou encore à l'accouchement de la tête dernière.

Des lésions bulbaires et médullaires cervicales sont parfois observées, et sont souvent liées à une déflexion primitive de la tête fœtale et parfois à des tractions au niveau du cou.

✓ **Fractures variées**

Des fractures de la clavicule au cours de la manœuvre de Mauriceau, de l'humérus ou du fémur, ou encore un décollement épiphysaire lors de l'abaissement d'un membre quand on le saisit par le milieu de la diaphyse au lieu de son extrémité distale, peuvent être observés.

✓ **Lésions musculaires diverses**

Il s'agit d'hématomes, spécialement du muscle sterno-cléido-mastoïdien, d'écrasements, de contusions intéressant surtout le siège et les membres inférieurs ; ils s'observent surtout chez les prématurés [42].

✓ **Lésions viscérales**

Exceptionnelles, elles concernent le foie, les reins, ou les surrénales.

Elles surviennent par pression intempestive sur l'abdomen lors des manœuvres d'abaissement du corps. Une infiltration hématique du testicule peut être observée, favorisant la torsion du testicule chez le nouveau-né de sexe masculin.

VI.2.2.2. Devenir à long terme des enfants

La présentation du siège pourrait être associée à certains cas de déficit en hormone de croissance retentissant sur le développement anté et postnatal, et à un plus grand risque de mort subite inexpliquée du nourrisson [43].

Pour les néonatalogistes, cette présentation reste une cause fréquente d'asphyxie périnatale avec toutes ses conséquences en période néonatale et à long terme.

Il apparaît ainsi que le pronostic vital et, plus encore, le pronostic fonctionnel du fœtus, se trouve particulièrement exposé par rapport aux accouchements du sommet, et bien que cette présentation soit loin de la dystocie du front ou de l'épaule, son accouchement se présente comme un accouchement à risque.

Peu d'études ont été publiées sur l'évolution à long terme des enfants nés en présentation du siège [25]. Mais il semble que les anomalies les plus fréquentes chez ces enfants surtout d'âge scolaire soient essentiellement d'ordre orthopédique et cardiovasculaire. Certains auteurs pensent d'ailleurs que la présentation podalique est peut-être dans ces cas plus une conséquence d'une maladie fœtale qu'une cause [33]. L'avenir neurologique et l'encéphalopathie ischémique

anoxique sont corrélés à la gravité de la souffrance néonatale. Les grandes lignes sont très schématiquement les suivantes :

- En cas d'état de mal convulsif, les séquelles sévères seront observées dans 40% des cas sous des formes cliniques variées avec des handicaps sévères à type d'infirmité motrice cérébrale, de débilité mentale, de comitialité, de déficit sensoriel et de troubles du comportement [118];

- dans la forme moyenne, les anomalies motrices marqueront souvent la première année. Le coefficient de développement évalué sera médiocre à deux ans, tandis qu'un handicap moteur léger et des difficultés d'apprentissage marqueront la période scolaire. L'incidence de ces séquelles se situe entre 20 et 30% des cas mais la normalisation complète est très fréquente [118] ;

- dans la forme mineure, les mêmes séquelles se rencontreront dans un faible pourcentage de cas et sous une forme plus atténuée [118].

La fréquence de ces séquelles justifie-t-elle la césarienne systématique ?

A cette question, les études sont très contradictoires. Quoiqu'il en soit, la lecture de la littérature montre en évidence que la mortalité et la morbidité maternelles sont majorées par la voie haute.

Pour l'enfant il semble bien que l'augmentation des césariennes au-delà d'un seuil n'apporte pas d'amélioration pronostique. En d'autres termes, si les sièges acceptés par voie basse sont bien choisis, les risques ne seront pas majorés [118].

VII. CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRESENTATION DU SIEGE

VII.1. Pendant la grossesse

VII.1.1. Bilan pronostique

Le diagnostic de présentation de siège étant évoqué cliniquement et souvent confirmé par échographie, ou une radiographie du contenu utérin pour certains, trois (3) options se présentent alors au praticien :

- ❖ tenter une version par manœuvres externes (VME) ;
- ❖ réaliser une césarienne ou ;
- ❖ tenter un accouchement par voie basse.

Le choix se fera selon plusieurs critères d'évaluation pronostique qui sont pour la plupart des auteurs, de deux ordres :

- maternel : âge et parité ; poids, taille, bassin, grossesse et antécédents,
- fœtal : mode de présentation, estimation pondérale, attitude de la tête dernière, malformations éventuelles, maturité (prématurité, post maturité).

Ce bilan impose la pratique de certains examens :

- l'échographie ;
- la radiopelvimétrie, et ou la scannopelvimétrie ;
- la radiographie du contenu utérin (devenue obsolète).

Il existe de nombreux scores établis pour évaluer les chances de succès d'un accouchement par voie basse même si actuellement ils ne sont plus tellement utilisés. Ces scores ne peuvent remplacer l'épreuve dynamique du travail, qui est habituellement réalisée après élimination des contre-indications majeures.

➤ **Le score de Zatuchni et Andros [18]**

Le « Prognostic index for vaginal delivery » est fait à l'entrée en salle de travail. Il a été évalué prospectivement et a permis de maintenir un taux de césarienne aux alentours de 20%

Tableau II : Score de Zatuchni et Andros [18]

	0	1	2
Parité	Primipare	Multipare	
Age gestationnel(SA)	≥39	38	35-37
Poids foetal (g)	≥ 3600	3200-3600	2500-3200
Antécédents de siège (nbre)	0	1	2
Dilatation	2 cm	3 cm	≥ 4cm
Position siège	-3 (mobile)	-2 (amorcée)	-1 (fixée)

Si le score est inférieur ou égal à 3, la césarienne est conseillée et s'il est supérieur à 4, la voie basse est autorisée.

➤ **Le score de Denis [34].**

Il définit un coefficient de risque d'accouchement par le siège (CRAS) fondé sur 7 critères pour les grossesses monofoetales dont le terme est supérieur à 37 SA avec un poids foetal estimé supérieur à 2500g. A noter qu'il n'y a pas de score qui impose la réalisation d'une césarienne.

Tableau III : Score de Denis [34]

	0	1	2	3	4	5	10
Parité	3	2		1			
Taille (cm)	160		160		<150		
Bassin(Magnin)		23,5				22,5-23,5	<22.5
Flexion tête fœtale		0	0			3	4
Poids fœtal (kg)	<3		3-3,6			3,6- 4	>4
Utérus	normal						cicatriciel/ malformé
Parties molles	normales			hypoplasiques			
Bipariétal (mm)	<95					95-100	>100

➤ **Coefficient du risque d'accouchement par le siège selon Rosenau**

Tableau IV : Coefficient du risque d'accouchement du siège selon Rosenau [120]

CRITERES		COTATIONS		
Parité	Primipare âgée	1-2	3-4	≥ 4
	C = 4	C = 1		C = 0
Taille	≤1.50	1.50 -1.60		≥ 1.60
	C = 4	C = 2		C = 0
Bassin	vicié	limite		normal
	C = 10	C = 5		C = 0
Tête	Stade IV	Stade III		Stade II
	C = 10	C = 1		C = 0
Poids	>4000	3000-4000		< 3000
	C = 10	C = 2		C = 0
Utérus	Cicatriciel	Malformé		Normal
	C = 8	C = 2		C = 0
Parties molles	Hypoplasiques			Normales
	C = 3			C = 0

Les stades de flexion de la tête fœtale sont déterminés par l'échographie ou la radiographie du contenu utérin. La tête pouvant être bien fléchie, en position intermédiaire correspondant à un prolongement de l'axe des cervicales et l'axe dorsal. La déflexion primitive constitue une indication de césarienne prophylactique.

Cette déflexion devient pathologique lorsqu'elle correspond au stade IV, c'est-à-dire lorsque l'axe entre la colonne cervicale et la colonne dorsale est supérieure à

90⁰. Et souvent dans ce cas, l'échographie est susceptible de préciser l'obstacle cervical.

Lorsque le score atteint 10 points, une césarienne est décidée avant tout début du travail.

VII.I.2. Recommandations internationales sur la conduite à tenir devant une présentation de siège à 36 SA

Plusieurs recommandations existent sur l'accouchement en présentation du siège.

❖ Recommandations de la FIGO [69]

En 1994, les recommandations de la FIGO autorisaient l'accouchement du siège à terme par voie vaginale, sous réserve que les impératifs d'acceptation de la voie basse soient respectés.

Pour les accouchements prématurés, elles suggéraient la césarienne systématique car celle-ci améliorerait le pronostic néonatal.

Ces recommandations conseillaient :

- la VME, pour diminuer le nombre de sièges ;
- la césarienne d'indication large dans les pays développés ;
- des conditions draconiennes d'acceptation de la voie basse ;
- l'information de la patiente sur les risques de la voie basse, le recueil de son consentement et l'acceptation de la césarienne si celle-ci est demandeuse ;
- l'absence de facteurs de risques : Hypertension Artérielle (HTA), RCIU, RPM, macrosomie (Estimation du poids fœtal (EPF) supérieur à 3700–3800g), hyperextension de la tête (échographie), pied procident, bassin anormal, non progression du travail, souffrance fœtale aiguë (SFA) ;
- une surveillance étroite avec un opérateur confirmé sur place pendant tout le travail ;

- pas de grande extraction sur singleton.

❖ Recommandations Américaines de l'ACOG (1985)

La césarienne est conseillée dans les cas suivants :

- une disproportion foetopelvienne associant un poids fœtal estimé supérieur à 3500 g (échographie et pelvimétrie) et un bipariétal (BIP) supérieur à 98mm (scanner) ;
- une prématurité : Âge gestationnel entre 32-35 S
- une souffrance fœtale chronique : RCIU, diabète, pré-éclampsie, terme dépassé (42 SA) ;
- une déflexion de la tête fœtale diagnostiquée par une échographie et une radiographie du contenu utérin ;
- les antécédents obstétricaux chargés comme la mort fœtale *in utero* ou néonatale, un accouchement difficile ;
- une souffrance fœtale aiguë même si voie basse possible (monitoring, pH, SpO2) ;
- une dystocie dynamique : Rupture Prématurée des Membranes (RPM), travail prolongé, ocytociques nécessaire avant 9 cm de dilatation ;
- une raison obstétricale en dehors de tout travail (placenta *prævia*, fibrome, ...) ;
- un risque de procidence du cordon (siège complet) ;
- une anomalie du vagin ou du périnée ;
- une absence de compliance de la patiente.

❖ Recommandations Françaises

Le CNGOF a indiqué qu'il n'y avait pas de données actuelles suffisantes pour réaliser systématiquement une césarienne (NP5) [29]. Des critères optimaux pour accepter la voie basse ont été définis par des comités d'experts (NP5). Il s'agit d'une :

- radiopelvimétrie normale ;
- absence de déflexion de la tête fœtale ;
- estimation pondérale entre 2500g et 3800g ;
- présentation du siège décomplété mode des fesses,
- acceptation et coopération de la patiente.

❖ **Recommandations de la SOGC**

Les directives cliniques du SOGC (Société des Obstétriciens et Gynécologues Canadien), en juin 2009, rejoignait celle du Collège National des Obstétriciens et Gynécologue Français [125].

La version par manœuvre externe doit être encouragée, car elle permet d'augmenter le pourcentage de fœtus en présentation céphalique au moment de l'accouchement, et de diminuer le pourcentage de césariennes (NP1).

Il est utile de préciser qu'il n'y a pas de recommandations africaines.

VII.1.3. Critères d'exclusion de la voie basse

Au terme du bilan pronostique, la voie basse peut être acceptée pour certaines parturientes ou pour d'autres, la césarienne systématique s'impose. Elle sera alors pratiquée soit au voisinage du terme, soit en début de travail ; le segment inférieur étant alors mieux formé

Pour certains auteurs (surtout anglo-saxons), le siège est dans tous les cas, une indication d'une césarienne prophylactique.

❖ **Contre-indications formelles à la voie basse**

La voie basse est formellement contre indiquée en cas :

- d'anomalie du bassin (clinique ou radiologique) ;

- de macrosomie fœtale documentée (poids supérieur à 3500, 3800 ou 4000g en fonction des auteurs) ;
- de déflexion primitive de la tête fœtale ;
- d'utérus multi cicatriciel ;
- de placenta *prævia* (et tout autre élément *prævia*) ;
- de brièveté congénitale ou cicatricielle d'un périnée ;
- certaines malformations utérines ;
- de refus de la patiente.

❖ Contre-indications relatives à la voie basse

Les contre-indications relatives de la voie basse sont :

- la grande prématurité (âge gestationnel < à 32 SA) ou un poids fœtal estimé < 1500g ;
- la souffrance fœtale chronique (RCIU par exemple), hypotrophie ;
- la primipare âgée ;
- l'antécédent de stérilité ;
- l'antécédent de dystocie ;
- le siège décomplété mode des genoux ou des pieds ou un ou deux cuisses du fœtus sont en extension ;
- l'utérus unicatriciel.

En ce qui concerne la contre-indication de l'utérus unicatriciel, cela dépend des auteurs : pour certains, c'est une contre-indication formelle et pour d'autres, elle n'est que relative.

Au total, la césarienne systématique pour les présentations du siège ne constitue pas une réponse en soi. Quand bien même l'évaluation de chaque patiente en vue d'estimer les risques d'un accouchement par voie basse ne s'avère pas non plus très facile.

VII.1.4. La version par manœuvre externe (VME)

La version par manœuvre externe est une technique obstétricale qui consiste à transformer une présentation en siège ou transverse du fœtus en une présentation céphalique position habituelle pour l'accouchement [29].

VII.1.4.1. But

Cette technique permettrait de réduire le taux de césarienne pour siège, ce qui explique, étant donné le contexte de césarienne quasi-systématique pour présentation du siège dans certains pays, l'intérêt renouvelé de cette pratique [136]. La VME est recommandée entre 37 et 42 SA par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [29].

La majorité des auteurs s'accordent sur le fait que « La version par manœuvre externe doit être encouragée car elle permet d'augmenter le pourcentage de fœtus en présentation céphalique au moment de l'accouchement et de diminuer le pourcentage de césarienne » (NP1) et par le Royal Collège of Obstetricians and Gynecologist (RCOG) [23, 26, 69, 70 ,73]. Contrairement à ces derniers, d'autres études sont venues contredire ces conclusions [27, 71].

VII.1.4.2. Indications

Elle sera tentée au début du 9ème mois ou à la fin du 8ème mois, l'idéal à 37 SA car offre plusieurs avantages potentiels sur la version précoce.

Concernant le terme de réalisation de la VME, Hutton et coll. [71], ont conclu que, réalisée entre 34 – 35 SA, la VME augmenterait le taux de présentations céphaliques à l'accouchement, mais que cela ne diminuait pas le taux de césariennes.

Il est important d'informer la patiente du geste et de recueillir son consentement. Les complications sont exceptionnelles, mais graves à type d'altération du Rythme

Cardiaque Fœtal (RCF), de décollement prématuré du placenta ou d'hématome rétro-placentaire (HRP), de rupture utérine, de rupture prématurée des membranes. Elles imposent le respect strict des contre-indications ci-dessous

L'interrogatoire recherchera :

- une notion de césarienne antérieure ;
- une grande multiparité ;

Ces (2) deux notions évoquent donc une fragilité de l'utérus, contre-indication qui serait remise en cause par certains auteurs sous réserve qu'elle soit réalisée par un opérateur expérimenté.

L'examen physique quant à lui mettra en évidence :

➤ **chez la parturiente**

- une anomalie du bassin incompatible avec la voie basse ;
- une menace d'accouchement prématuré ;
- des métrorragies du troisième trimestre ;
- une rupture prématurée des membranes ;

➤ **chez le fœtus et les annexes**

- un rythme cardiaque fœtal suspect ;
- une grossesse gémellaire ;
- un fœtus fragile (retard de croissance intra-utérin, hypertension gravidique) ;
- une mort fœtale in utéro ;

l'échographie va mettre en exergue :

- une malformation utérine ;
- une déflexion de la tête fœtale ;
- une malformation fœtale ;
- un oligoamnios sévère ;
- un placenta bas inséré ou tout obstacle prævia ;

- une localisation antérieure du placenta (relatif) ;
- un circulaire de cordon ;
- ou encore confirmer une mort fœtale ;

Après avoir recherché et écarter toutes ces contre-indications, le praticien pourra alors tenter une manœuvre par version externe.

VII.1.4.3. Technique

La procédure est d'abord expliquée à la gestante, et son consentement informé est obtenu. Le protocole comprend les étapes suivantes :

- mise en place d'une tocolyse par β -mimétiques par voie intraveineuse environ 20 minutes avant le geste, et si besoin une sédation pour certaines patientes ;
- contrôle du rythme cardiaque fœtal pendant environ 30 minutes ;
- contrôle échographique pour apprécier le degré de déflexion de la tête, la localisation placentaire et le cordon si possible ;
- réalisation de la VME en salle de travail, à proximité d'un bloc opératoire. La patiente est placée en décubitus dorsal, vessie vide et cuisses demi fléchies pour favoriser le relâchement abdominal. Si elle présente un risque d'hypotension, une inclinaison latérale doit être utilisée.

L'opérateur se place latéralement par rapport à la patiente. Il faut faire faire le gros dos au fœtus et, tandis qu'une main effectue un mouvement de refoulement du siège vers le haut, la tête est fléchie, puis abaissée avec l'autre main (figure 14). Le fœtus se retrouve en position transverse. Souvent la fin de la version se fait spontanément et amène la tête au niveau du détroit supérieur. Un enregistrement du RCF d'environ 30 minutes doit être réalisé après la manœuvre.

L'absence d'écoulement vulvaire est également vérifiée et la prévention de l'allo immunisation Rhésus ne doit pas être oubliée chez les femmes Rhésus négatif.

La manœuvre doit être effectuée en douceur. Il vaut mieux, en cas de difficultés recommencer plus tard que persévérer [43].

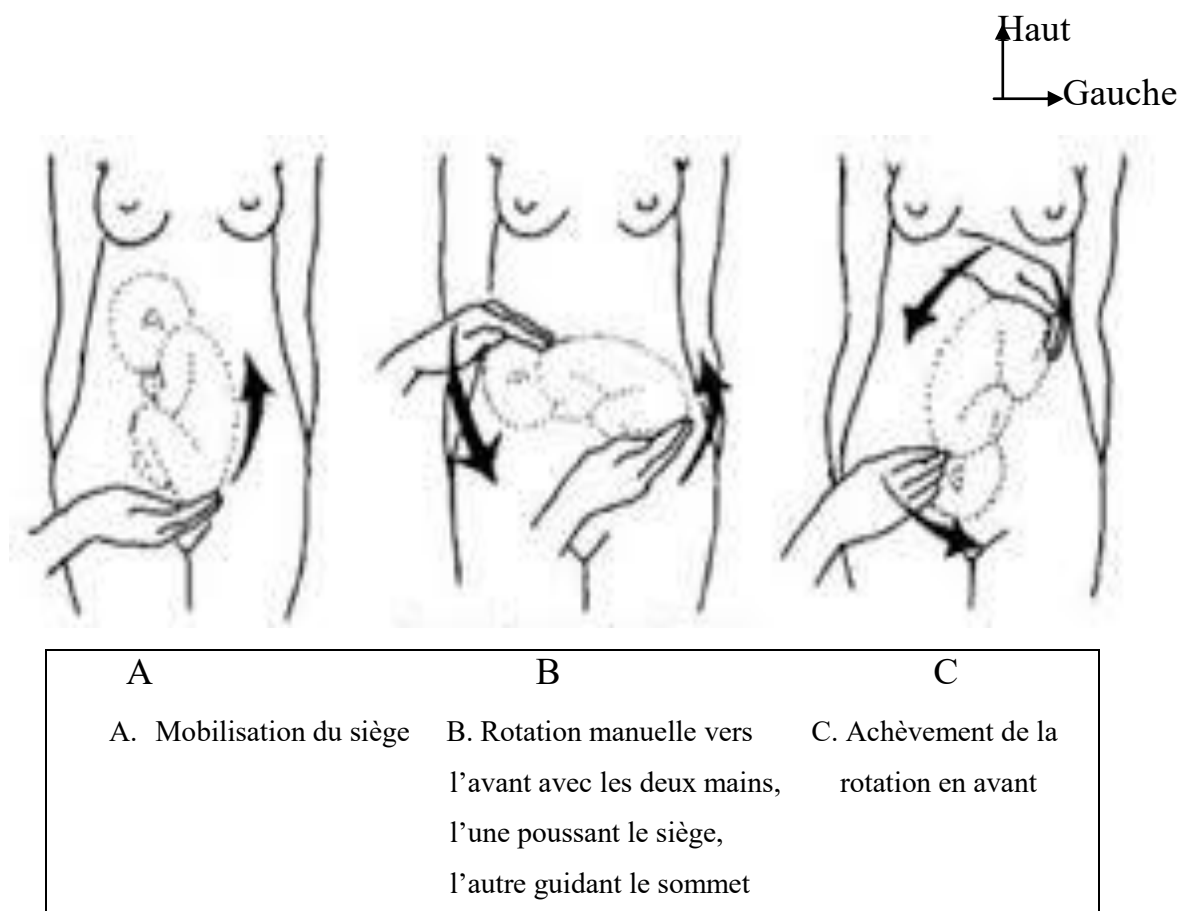


Figure 14: Etapes de la version par manœuvre externe

Plusieurs études ont été réalisées dans différents services afin d'évaluer leur pratique concernant la VME. Les résultats concernant le taux de réussite est variable en fonction des équipes, et dans leur majorité, les auteurs s'accordent sur l'intérêt de cette manœuvre pour diminuer le taux de césarienne et la morbidité maternelle [121, 127, 136].

Les taux de réussite rapportés dans la littérature, varient entre 16 et 67% (tableau V).

Tableau V: Taux de succès de la VME selon la littérature

Auteurs	Année	Taux (%)
HEALEY [54]	1997	39
LE BRET [90]	2004	50.6
ROUX CHEVALIER [121]	2011	24.4
COPPOLA [27]	2013	21.8
HOFMEYR [70]	2015	65

VII.1.4.4. Facteurs prédictifs du succès de la VME

Plusieurs facteurs sont associés au succès de la VME.

Newman et coll [108], ont tenté d'identifier les variables maternelles ou fœtales qui avaient une influence sur le succès ou l'échec de la VME, et ont proposé un système de score simple permettant de prévoir le succès de la VME. Cinq facteurs expliquaient les fluctuations principales dans l'issue : la parité, la position placentaire, la dilatation, le niveau de la présentation et le poids fœtal estimé. Certains auteurs ont inclus également le type de siège, le volume du liquide amniotique, l'âge gestationnel et les variantes ethniques [69, 108].

- **Parité** : il s'agit du facteur prédictif de réussite le plus important et constant dans la littérature [131]. Le taux de succès est plus élevé chez les multipares, parce que l'abdomen est plus lâche et la procédure donc plus facile [10].
- **Volume du liquide amniotique** : la majorité des auteurs ont noté un taux de succès significativement élevé chez les femmes ayant un volume de LA normal ou supérieur à la normale [110].

- **Poids fœtal estimé** : pour la majorité des auteurs, l'augmentation du poids fœtal est associée à un plus grand nombre de réussite, probablement du fait d'une capacité améliorée de manipulation des fœtus [10 ,108].
- **Type de siège** : Donald et Barton ont trouvé que la présentation du siège décomplété était associée à un taux d'échec plus important [43].
- **Age gestationnel** : plus la VME est effectuée tôt une fois le terme atteint, plus il est probable qu'elle soit efficace.
- **Position du placenta** : une placentation latérale ou dans la corne utérine a été associée à un moindre taux de succès qu'une localisation postérieure ou fundique [136].

VII.1.5. Facteurs prédictifs de césarienne

L'analyse des données du réseau AUDIPOG retrouve actuellement un taux moyen de césarienne en France, pour une présentation du siège, d'environ 80%. Et ce taux a augmenté sur la dernière décennie de pratiquement 20 points [132].

Une étude réalisée au CHU de Besançon [20] a tenté de mettre en évidence des facteurs prédictifs de césarienne en cours de travail, afin de mieux sélectionner les patientes pour une tentative d'accouchement par voie basse. Il a été établi au décours de cette étude que les césariennes réalisées en cours de travail sont pourvoyeuses d'une morbidité fœto-maternelle plus importante que les accouchements par voie basse ou que les césariennes avant début de travail. Cinq facteurs de risque significatif ont été mis en évidence : la nulliparité, la taille de la mère, l'estimation échographique pondérale fœtale, la hauteur utérine et une dystocie dynamique pendant le travail.

Kishor et *al.* [79] ont rapporté une série de 685 patientes avec utérus unicatriciel pour lesquelles une voie basse était acceptée. Certaines des patientes avaient un fœtus en présentation du siège. Il y a eu 69% de réussite, dont 14 présentations du

siège, sans effet délétère sur l'état néonatal ni la morbi-mortalité maternelle. A noter que parmi les 685 patientes, il y a eu 12 cas de rupture utérine (1,7%) mais qui ne concernaient pas les présentations du siège [79].

La Cochrane data base en 2004 en étudiant le Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials register (24 Juin 2004), le Cochrane Central Register of Controlled Trials and PubMed (de 1966 au 24 juin 2004) indiquait qu'il n'y a pas d'étude suffisamment pertinente pour conclure de façon définitive sur le sujet de la voie d'accouchement en cas d'utérus unicatriciel [37].

Il existe donc bien des scores d'évaluation pronostique et des facteurs prédictifs d'un accouchement par voie basse pour une présentation du siège, mais cela ne reste qu'un calcul de probabilité. Ainsi, devant la difficulté d'évaluer le risque pour une patiente, et la facilité de réalisation d'une césarienne, on peut se poser la question : faut-il recourir systématiquement à la césarienne ?

VII.2. Conduite à tenir pendant l'accouchement

VII.2.1. Conduite pendant la phase de dilatation

Lorsqu'on a accepté l'éventualité d'un accouchement par voie basse, on se doit d'être très exigeant sur la qualité du travail :

- celui-ci doit se dérouler sous contrôle d'un enregistrement permanent du rythme cardiaque fœtal, sans aucune anomalie ;
- la dilatation doit être régulière ;
- il faut éviter de rompre trop tôt les membranes : elles le seront au-delà de 6 cm de dilatation ;

- il ne faut pas hésiter à utiliser des ocytociques pour corriger une hypokinésie en cas de stagnation, sous réserve d'un RCF parfait, et ce après avoir éliminé une cause mécanique (selon l'école Bordelaise).

Certaines écoles adoptent des attitudes de traitement « cas par cas » de l'accouchement en présentation du siège, telle l'école Bordelaise. Le principe de l'école Bordelaise est que « l'accouchement constitue une entité à déroulement harmonieux dont l'étude du déroulement laisse présager de la fin ». Ainsi l'école Bordelaise tente une épreuve du travail sur le col « dans tous les cas où on l'aurait tentée avec un sommet », après radiopelvimétrie et échographie. Si une anomalie quelconque (de la dilatation, de l'engagement ou de la descente) survient, on réalise alors une césarienne en cours de travail.

L'instauration d'une analgésie péridurale durant le travail a souvent la mauvaise réputation de freiner la dynamique des contractions utérines et de diminuer les efforts expulsifs. Cependant elle a surtout l'intérêt de bien reposer la parturiente pour qu'elle puisse économiser toutes ses ressources au moment des efforts expulsifs. Dans ces conditions, il faut éviter de réinjecter à dilatation complète.

L'apparition d'un liquide teinté en cours de travail possède la même signification pronostique que s'il s'agissait d'une présentation céphalique. En revanche, l'extériorisation du méconium pendant la phase d'expulsion est banale, et ne comporte aucune signification péjorative.

En cas de procidence du cordon, la césarienne est la seule alternative possible, surtout si cette complication survient avant la dilatation complète. A dilatation complète, chez une grande multipare, l'indication de la grande extraction du siège (GES) peut parfois se justifier de la part d'un opérateur entraîné. Le manque d'expérience impose la césarienne secondaire.

VII.2 2. Conduite à tenir au cours de la phase d'expulsive

Lors d'un accouchement par siège, la conduite à tenir, lorsque les phénomènes dynamiques se déroulent normalement, doit se réduire au minimum. Aussi l'eutocie est la règle, mais l'expectative n'est pas toujours suffisante.

Certaines présentations du siège sont justifiables d'une autre thérapeutique. Des difficultés imprévisibles peuvent se rencontrer.

L'accouchement doit se faire au sein d'un service d'obstétrique bien organisé ; la présence d'un obstétricien est nécessaire lors de la période d'expulsion. Un anesthésiste doit être lui aussi présent, de même qu'un auxiliaire pour exécuter correctement les manœuvres d'expression abdominale, seulement pendant les contractions, plus utiles ici qu'en toute autre circonstance.

L'expulsion est un moment capital, elle représente la période la plus dangereuse pour le fœtus, elle doit être entreprise dans les meilleures conditions : poche des eaux rompues, dilatation complète, siège franchement engagé, perfusion d'ocytociques, recours à l'épisiotomie systématique chez la primipare, voire chez la multipare.

Même si la présentation du siège est engagée, il est toujours temps de renoncer à la voie basse, y compris si le siège est dégagé du périnée, devant l'apparition d'une quelconque anomalie. Selon Lacomme [88], le dégagement d'un siège requiert trois impératifs : rapidité, douceur, et progression spontanée.

Deux écoles s'affrontent dans la manière d'expulser un siège.

VII.2.2.1. Attitude abstentionniste

Définie par Vermelin et Ribon [133] depuis 1947, elle reproduit au maximum la physiologie : l'expulsion du mobile fœtal résulte des seules forces des contractions

utérines renforcées par les efforts expulsifs de la parturiente (figure 15). Lorsque l'expulsion est progressive, il ne faut en aucun cas toucher au siège.

Le siège descend, fait bomber le périnée : c'est le moment où l'on réalise l'épisiotomie. Après le dégagement du siège, le dos tourne de façon spontanée vers l'avant, et les pieds fœtaux doivent reposer sur une table placée à l'aplomb de la vulve de la femme. Les bras du fœtus se dégagent ensuite successivement dans le diamètre transversal, et le fœtus est à genou sur la table. Un dernier effort de poussée permet le dégagement de la tête en occipito-pubien.

Le dégagement jusqu'à l'ombilic fœtal représente le temps le plus long : 20 à 30 minutes.

La deuxième phase du dégagement (épaule et tête dernière) doit être rapide et ne doit pas excéder 5 à 7 minutes, moment où le fœtus effectue généralement quelques inspirations.

Il existe cependant quatre situations qui doivent faire renoncer à cette attitude abstentionniste :

- lorsque la phase d'expulsion jusqu'à l'ombilic se poursuit au-delà de 20 à 30 minutes ;
- lorsque l'expulsion s'arrête à l'ombilic du fait d'un relèvement des bras (d'ailleurs exceptionnel), qu'il faut reconnaître et traiter ;
- lorsque la tête dernière est retenue ;
- enfin, lorsque le fœtus respire alors même que la tête est encore dans les voies génitales. Il faut alors intervenir et terminer l'extraction.

Avant
Gauche

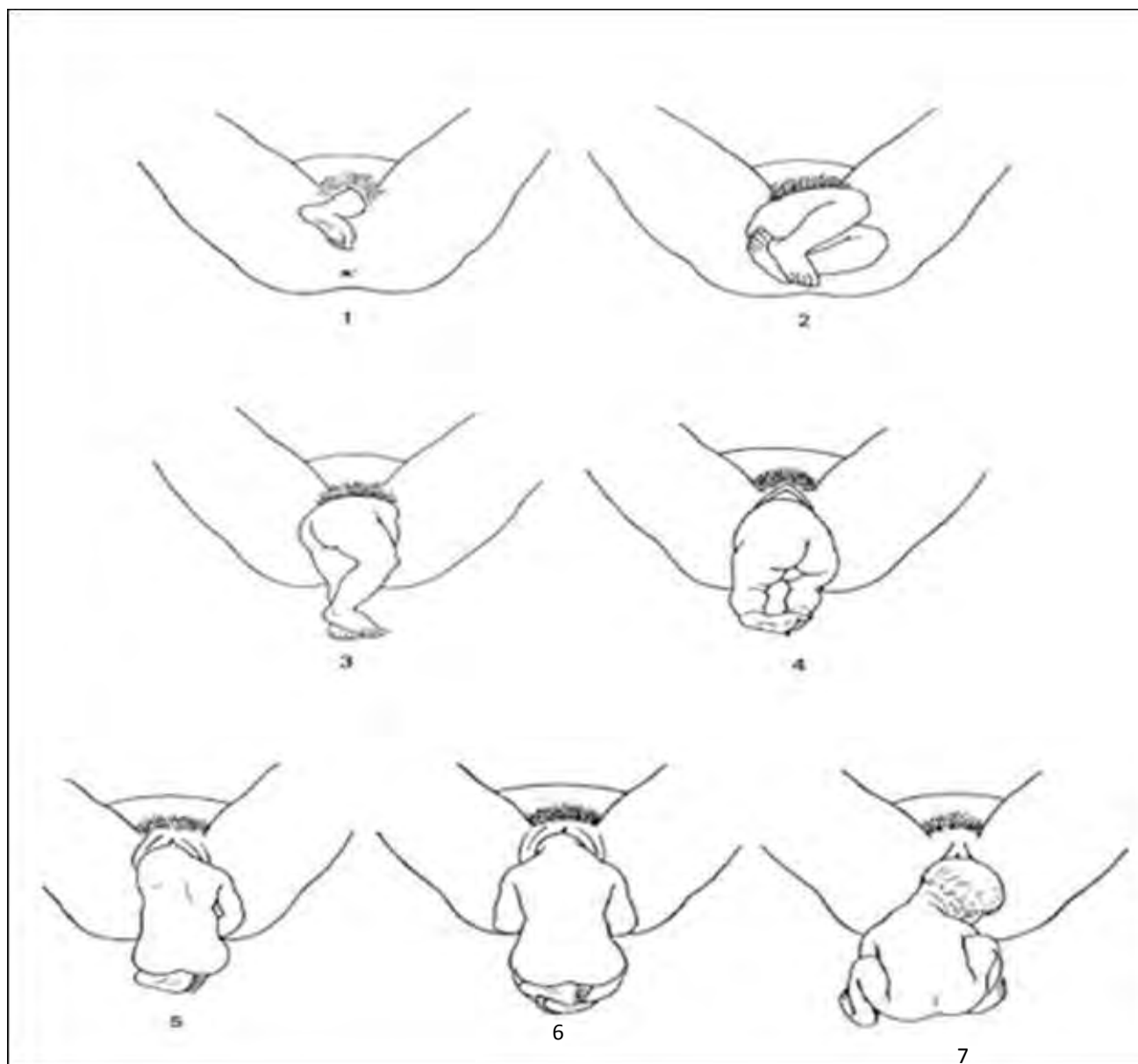


Figure 15: Accouchement spontané d'un siège décomplété d'après BENIFLA et PONS (12).

1 et 2 : Dégagement des pieds et du siège

3, 4, 5 et 6 : Dégagement des épaules

7 : Dégagement de la tête dernière

VII.2.2.2. Attitude interventionniste ou aide à l'expulsion

Plusieurs manœuvres ont été décrites, et chacune possède des avantages et des inconvénients. Toutes ces manœuvres sauf une, la GES, ne s'effectuent que lorsque le siège est dégagé jusqu'à la pointe des omoplates fœtales, donc après le dégagement de l'ombilic.

➤ Manœuvre de Lovset (1937)

Cette manœuvre permet le dégagement des épaules du fœtus. Celui-ci est saisi par le bassin, entouré d'un champ, les deux pouces de l'opérateur sur le sacrum, les 2ème et 3ème doigts sur l'aile iliaque.

On effectue une traction du fœtus vers le bas et une première rotation du dos vers l'avant pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse, puis une rotation de 180° amène l'épaule postérieure en antérieur, qui se dégage et l'autre épaule (ex-épaule antérieure) descend alors sous le promontoire (figures 16, 17, 18).

Au total, c'est une double rotation qui a été effectuée et il n'y a donc pas d'introduction de la main dans les voies génitales .



Figure 16 : Préhension du fœtus par le bassin au cours de la manœuvre de Lovset
[19]

1. Main de l'accoucheur - 2. Fesses du fœtus

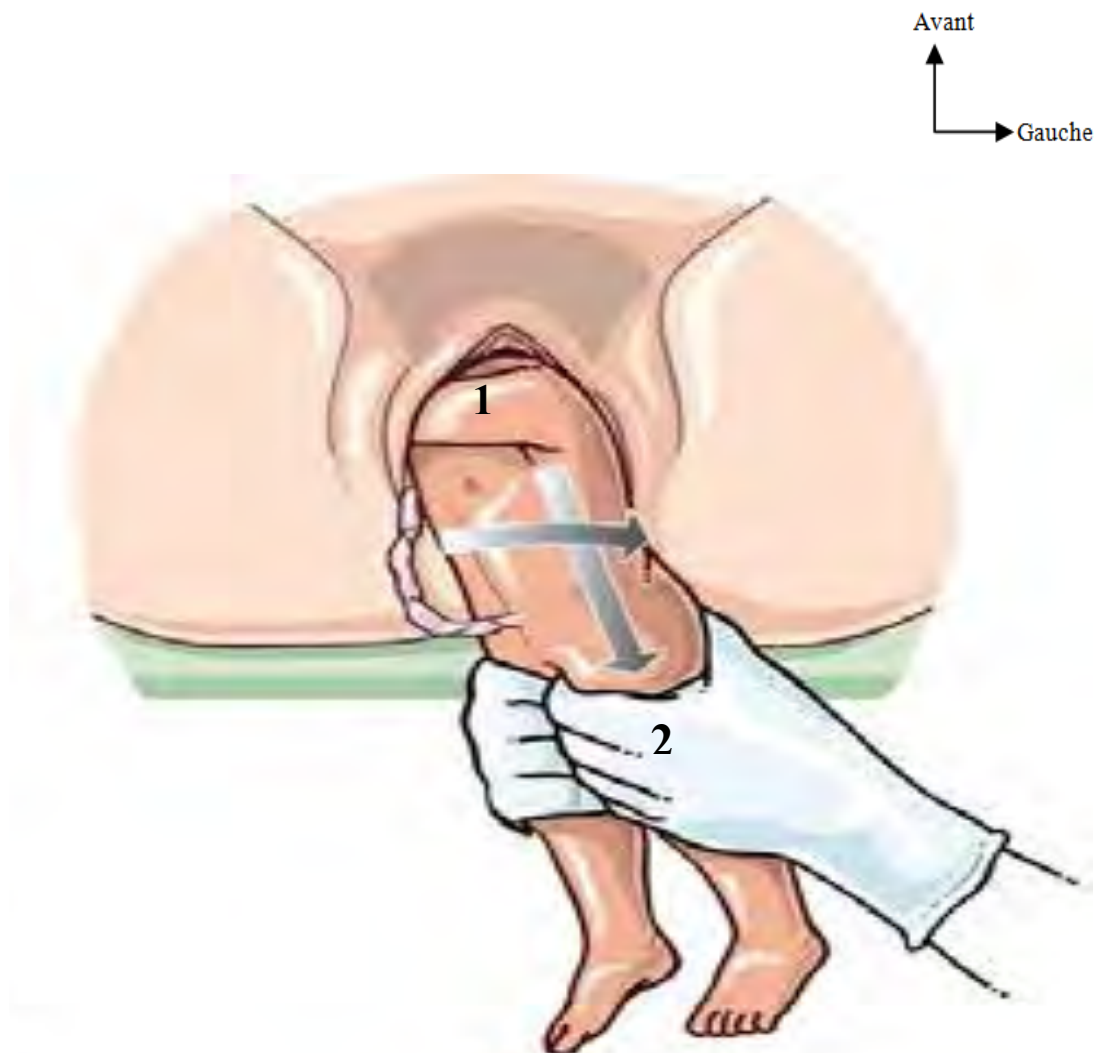


Figure 17 : Traction vers le bas et première rotation du dos fœtal au cours de la manoeuvre de Lovset [19]

1. Bras du fœtus - 2. Main de l'accoucheur

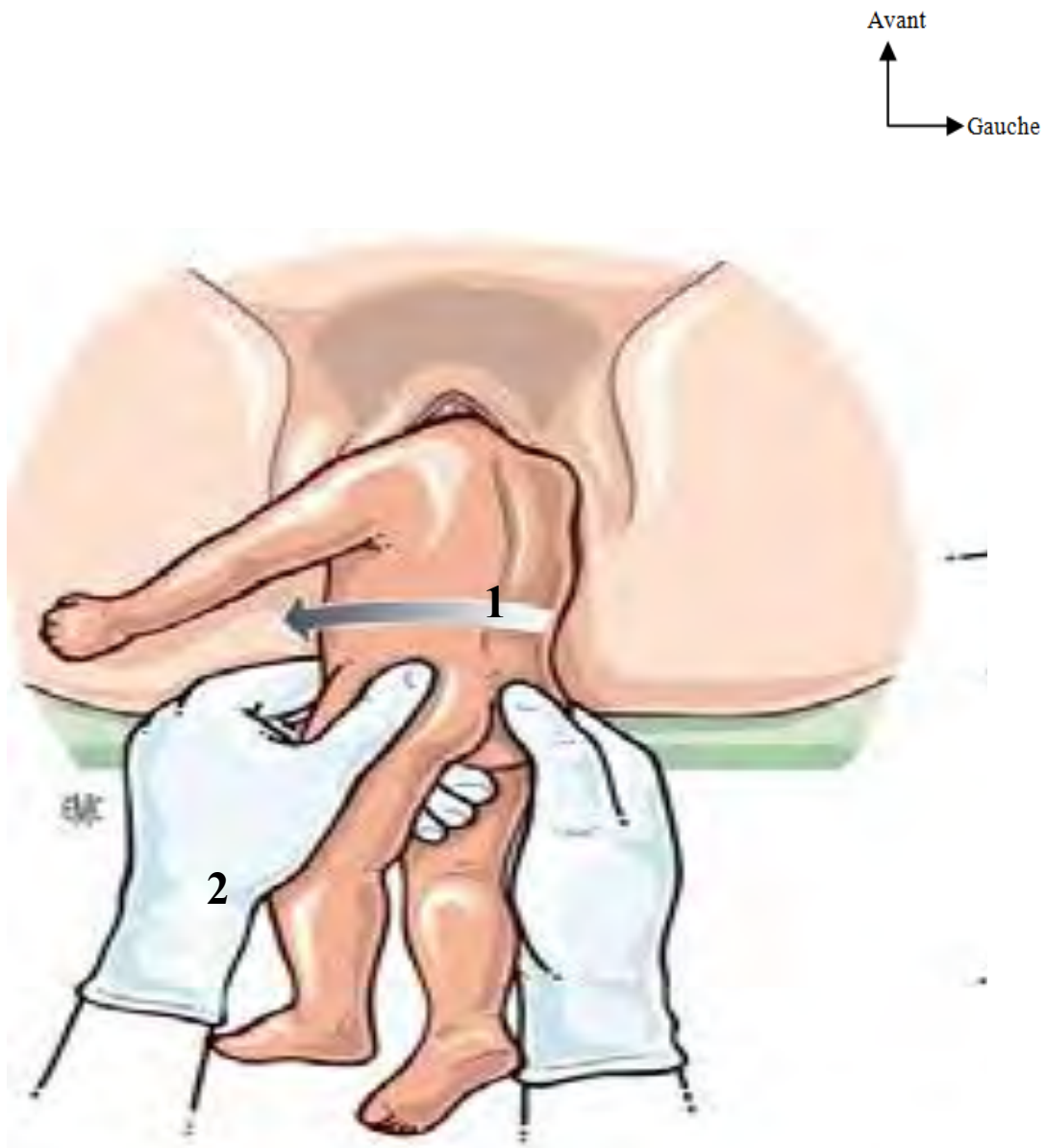


Figure 18 : Double rotation et dégagement des épaules au cours de la manœuvre de Lovset [19]

1. Fœtus - 2. Main de l'accoucheur

➤ **Manœuvre de Mauriceau**

Cette manœuvre permet le dégagement de la tête fœtale. Elle ne se conçoit que sur une tête dite engagée. L'enfant est à califourchon sur l'avant-bras de l'opérateur qui introduit deux doigts dans la bouche jusqu'à la base de la langue (figure 19). Par un mouvement de flexion des doigts, on fléchit le pôle céphalique fœtal en amenant, sans violence, le menton sur l'appendice xiphoïde.

L'autre main exerce une traction synchrone sur les épaules fœtales en plaçant de part et d'autre du cou, sur les acromions, l'index et le majeur à la manière de bretelles. Cette traction effectuée sur les épaules se doit d'être orientée en bas, dans l'axe ombilico-coccygien.

Lorsque l'occiput est calé sous la symphyse maternelle, le fœtus est progressivement relevé vers le ventre de sa mère, et le dégagement laisse apparaître successivement la bouche, le nez, les yeux et enfin le front du nouveau-né. Les doigts intra buccaux n'ont donc pas de rôle dans la traction, mais comme nous venons de le décrire, uniquement dans la flexion de la tête permettant par-là un amoindrissement des diamètres céphaliques et une solidarisation céphalothoracique (figure 20).

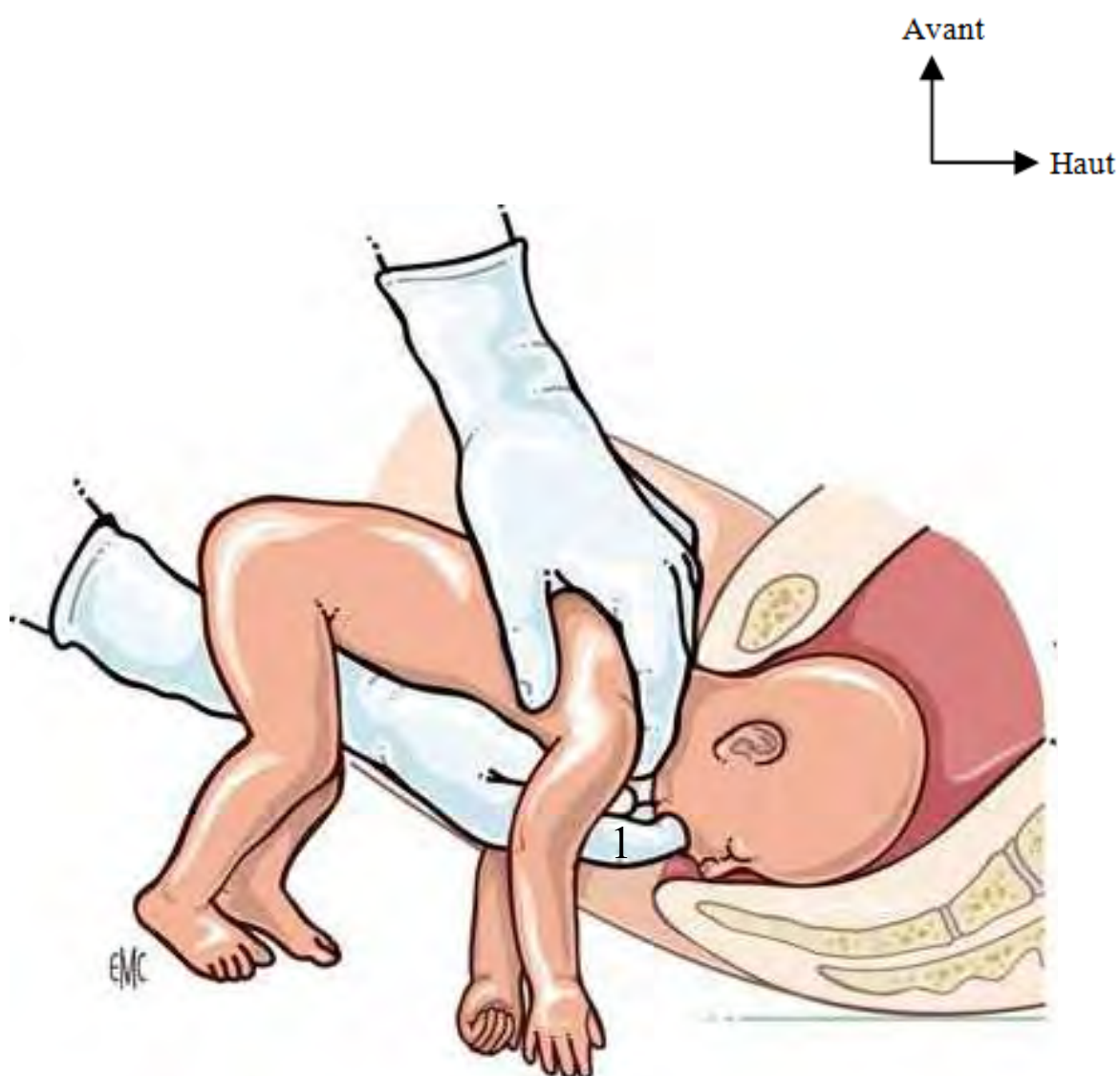


Figure 19 : Préhension et traction selon l'axe ombilico-coccygien au cours de la manœuvre de Mauriceau [19]

1. Index et médius de l'accoucheur

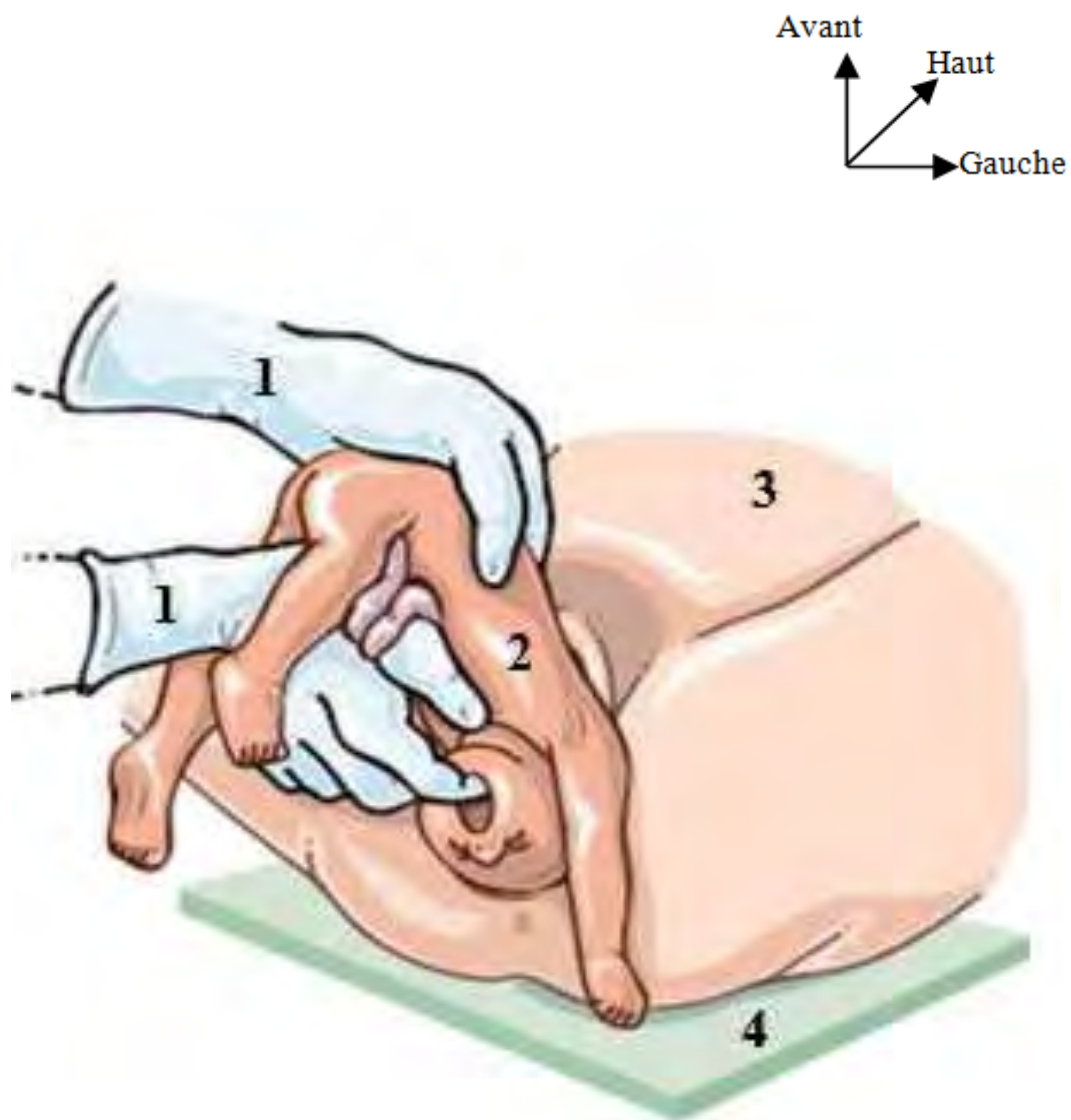


Figure 20 : Dégagement de la tête fœtale au cours de la manœuvre de Mauriceau:[19]

1. Mains de l'opérateur - 2. Fœtus - 3. Abdomen de la mère - 4. Plan de la table d'accouchement

➤ **Manœuvre de Bracht**

Ferme partisan de l'abstentionnisme dans la présentation du siège, Bracht [19] aide à l'expulsion de la tête dernière une fois que la pointe des omoplates du fœtus apparaît au niveau de la vulve. Le siège est saisi avec les deux mains en appliquant les pouces à la face postérieure des cuisses, qu'elles soient fléchies sur l'abdomen ou non.

Les autres doigts de l'opérateur s'appliquent sur les fesses et la région lombosacrée du fœtus (figure 21). Le siège est alors relevé doucement sans aucune traction sur le ventre de sa mère, en faisant pivoter le fœtus autour de la symphyse pubienne.

Dès que les bras sont dégagés, un aide exerce une légère pression abdominale pour aider au dégagement de la tête. Pour Bracht, une fois la bouche fœtale dégagée, il n'existe plus aucun risque pour le fœtus.

Il conseille alors de terminer plus lentement l'accouchement afin de laisser le périnée se distendre correctement.

Dans cette manœuvre, l'accoucheur ne fait que guider l'expulsion qui doit rester spontanée. Aucune traction sur le fœtus ne doit être exercée y compris pour l'extraction de la tête dernière.

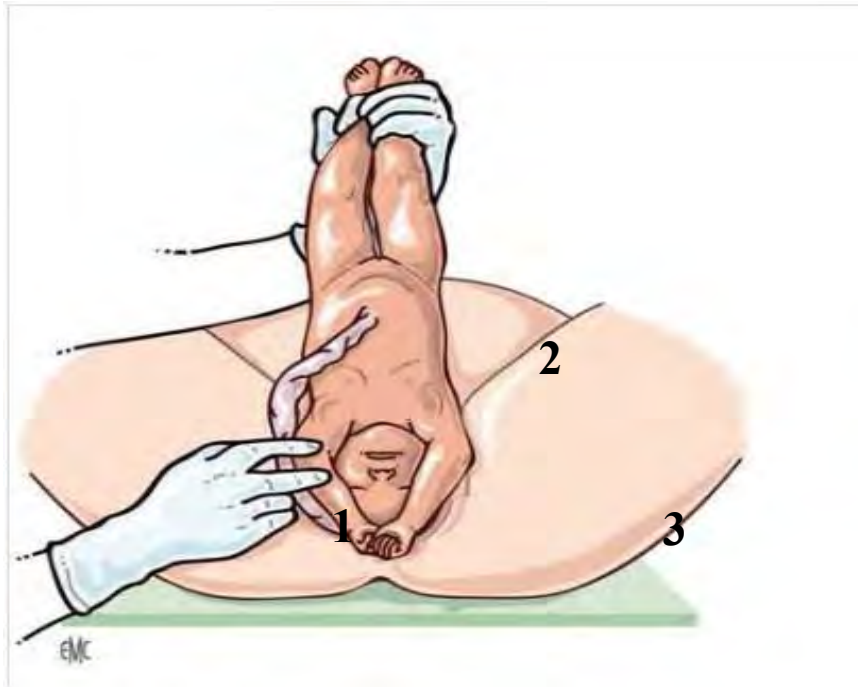


Figure 21 : Manœuvre de Bracht [19]

1. Main de l'opérateur -2. Fœtus -3. Périnée maternel

➤ Grande Extraction du siège

1^{er} temps : les difficultés varient avec le mode de présentation. Une main est introduite dans le vagin, les doigts étendus et réunis en cône.

- **Siège complet** : La main introduite dans les voies génitales saisit idéalement le pied antérieur (figure 22) ou à défaut les deux pieds entre l'index et le médus croisés sur le dos du pied. Le pied est reconnu à la brièveté des orteils et à la saillie à angle droit du talon. Par traction douce (figure 23), on amène le pied à la vulve, puis la jambe, puis le genou (figure 24).

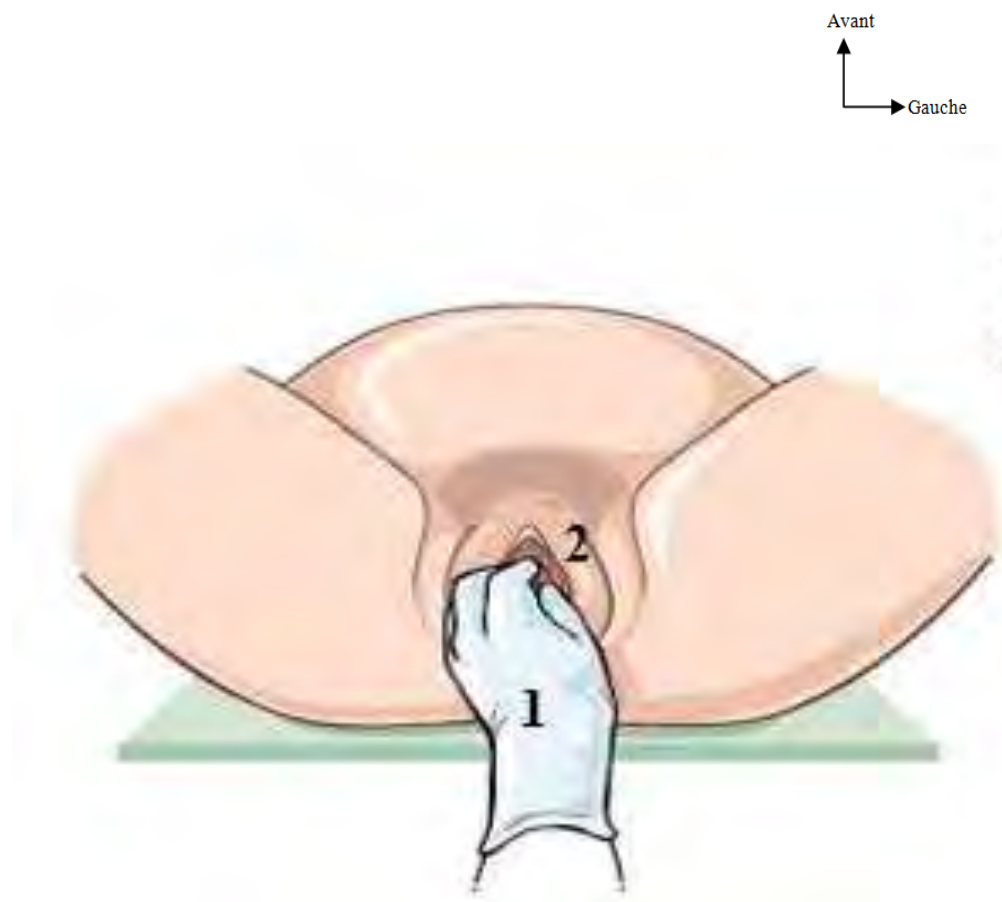


Figure 22 : Introduction de la main et saisie du pied antérieur au cours de la GES [19]

1. Main de l'opérateur - 2. Vulve

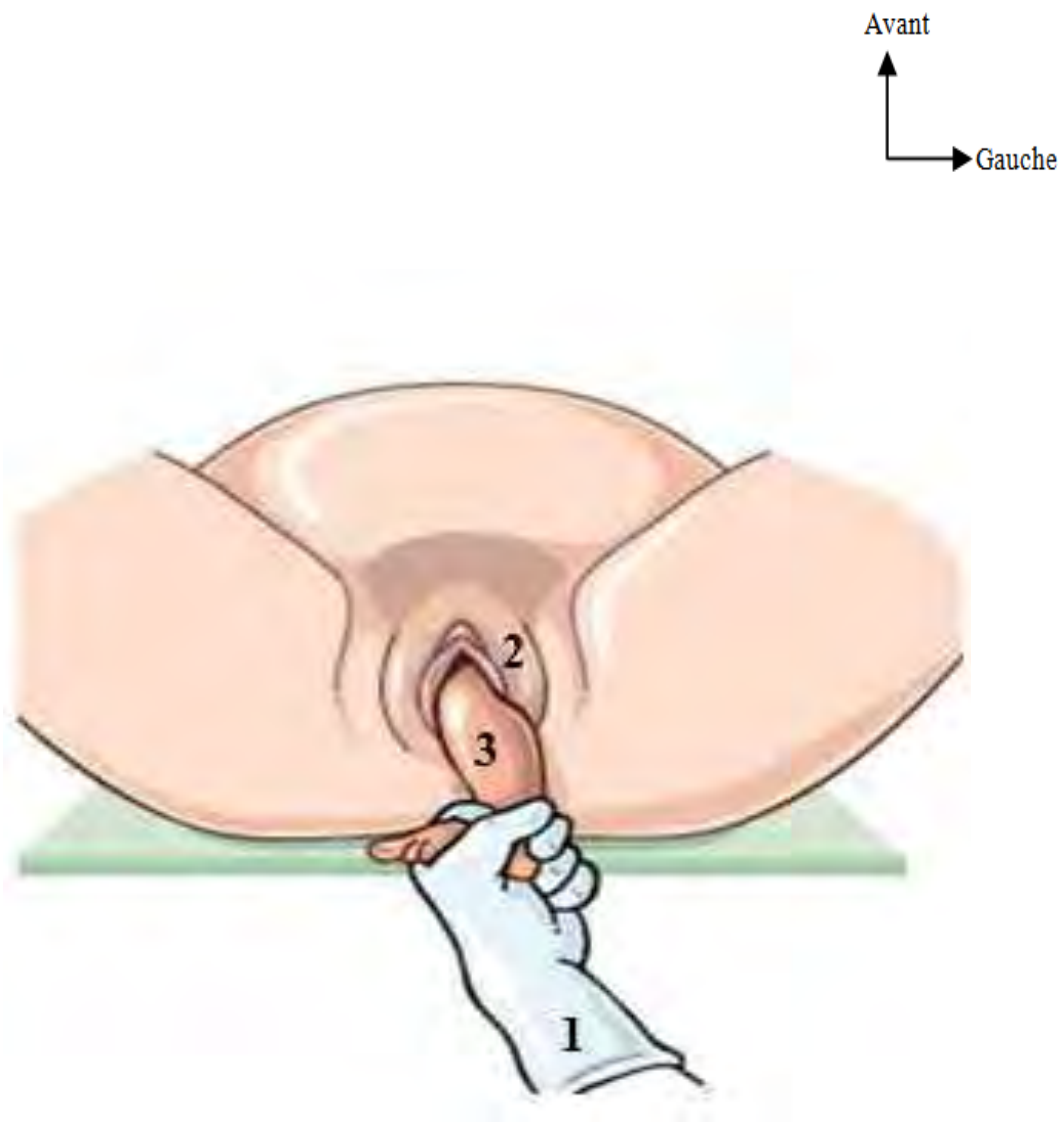


Figure 23 : Traction sur le pied antérieur au cours de la GES [19]

1. Main de l'opérateur -2.Vulve -3.Pied foetal abaissé



Figure 24 : Dégagement pied antérieur au cours de la GES [19]

1. Main de l'accoucheur empoignant le pied fœtal – 2. Fœtus

- **Siège décomplété** : La manœuvre de Mantel-Pinard (Figure 25), permet d'abaisser le pied en fléchissant le genou du siège décomplété. Pour l'effectuer, il faut introduire la main droite dans le vagin, en refoulant le siège, repérer le creux poplité du membre inférieur antérieur, appuyer avec le doigt dans le creux poplité pour entraîner la flexion de la jambe sur la cuisse, ce qui permet de saisir le pied. Ce type de manœuvre est quasi-impossible chez une primipare à utérus cylindrique.

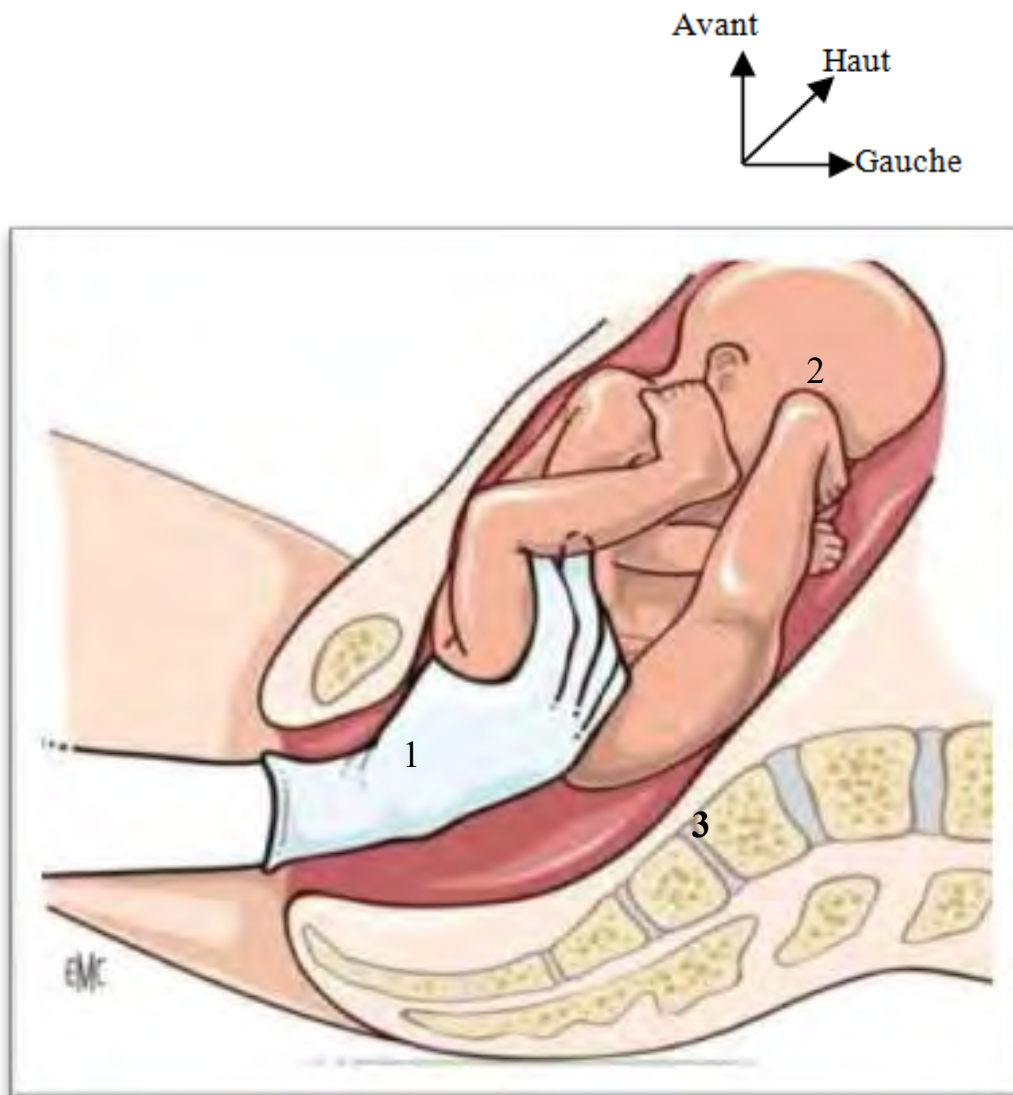


Figure 25 : Manœuvre de Mantel-Pinard au cours de la grande extraction du siège (GES) [19]

1. Main de l'opérateur -2. Fœtus en siège décomplété -3. Sacrum

2^{ème} temps : Le genou étant à la vulve, saisir la cuisse, orienter le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin en imprimant au membre inférieur un mouvement de rotation. Puis tirer très en bas, dans l'axe ombilico-coccygien ; le fœtus tourne le dos en avant, accompagner ce mouvement sans le contrarier. Au moment du dégagement, orienter le diamètre bitrochantérien dans le



diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. Le périnée est distendu, c'est le moment de pratiquer une épisiotomie (si elle est nécessaire). Tirer vers le bas pour dégager la hanche antérieure (figure 26), puis horizontalement et enfin vers le haut pour dégager la hanche postérieure (figure 27), le membre postérieur se dégage alors.

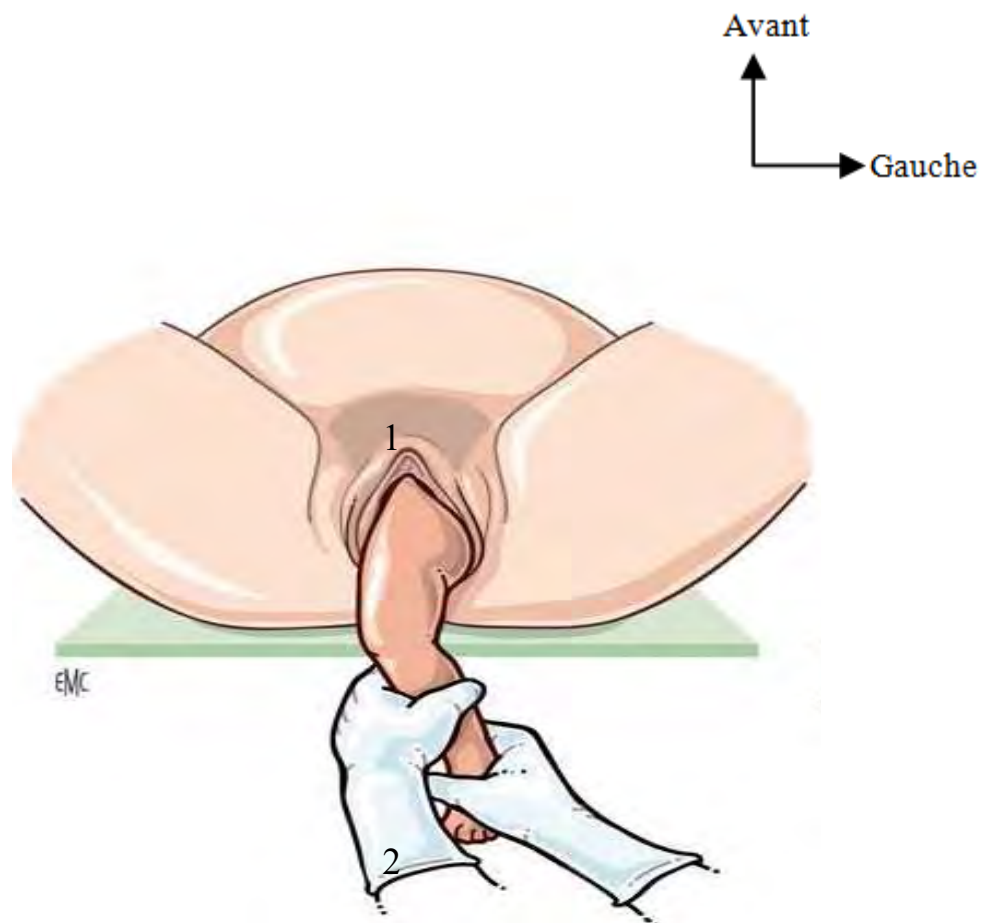


Figure 26 : Abaissement et dégagement du pied antérieur au cours de la grande extraction du siège (GES) [19]

1. Périnée – 2. Mains de l'accoucheur

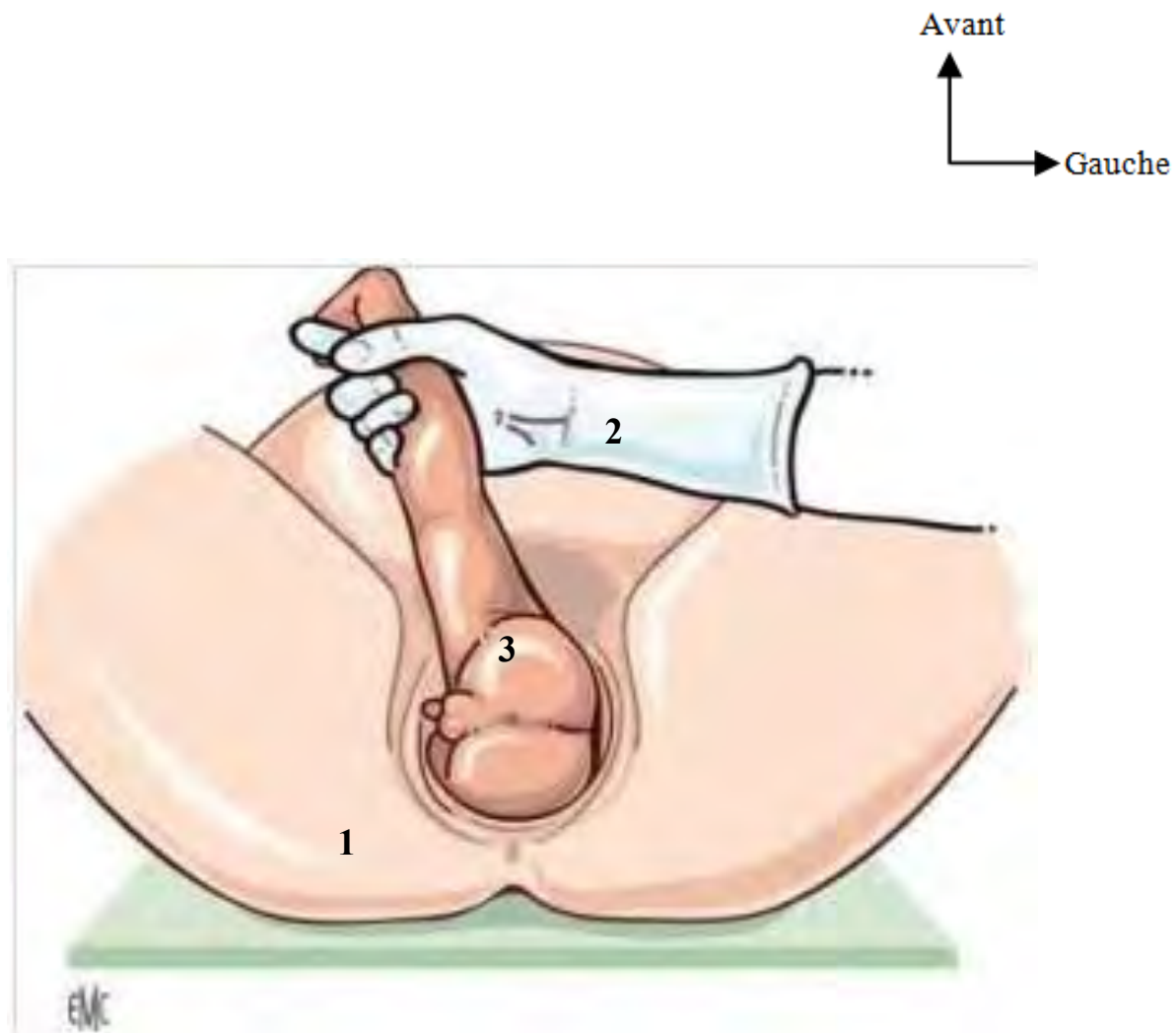


Figure 27 : Dégagement de la hanche postérieure au cours de la GES [19]

1. Périnée maternel - 2. Main de l'opérateur - 3. Hanche postérieure

3^{ème} temps : Accouchement des épaules

Il faut différencier le relèvement des membres supérieurs au-dessus du détroit supérieur souvent dû à une faute technique (tractions inopportunes en dehors des contractions utérines) et les difficultés d'extraction des membres supérieurs dans l'excavation pelvienne facilement traitées par les manœuvres de Lovset ou de

Suzor (figure). Dans le vrai relèvement des bras, les techniques sont difficiles et l'abaissement du bras postérieur par la Manœuvre de Démelin (figure) paraît plus facile que l'abaissement du bras antérieur avec la Manœuvre de Lantuejoul (figure).

La petite extraction comporte deux temps : le dégagement des bras (manœuvre de Lovset) et l'extraction de la tête dernière (manœuvres de Bracht et ou de Mauriceau). La traction se fait sur le bassin du fœtus entouré d'un champ stérile chaud, les deux pouces de l'opérateur sur le sacrum, les index et les médus sur les ailes iliaques (figure 28). Orienter le diamètre biacromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager et de descendre les épaules. Quand l'ombilic apparaît, faire une anse au cordon. Même si celui-ci ne bat pas, on se garde de précipiter l'opération. Le dégagement des épaules dans la petite extraction se fait dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. La rotation a été faite pendant la descente. Il faut tirer vers le bas pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse (figure 28).

Pour dégager le bras antérieur, la technique décrite par Lantuejoul sera effectuée : placer le pouce sous l'aisselle, l'index et le médus le long du bras, parallèles à celui-ci. Le bras est ensuite abaissé en lui faisant garder le contact avec la face antérieure du thorax du fœtus : « on fait se moucher le fœtus » (figure 29). L'erreur serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer.

Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit une main dans le vagin et, comme précédemment, le pouce placé dans l'aisselle, les deuxième et troisième doigts le long du bras postérieur, parallèles à lui, on abaisse progressivement le bras postérieur en le portant vers la face antérieure du fœtus (figure 30)

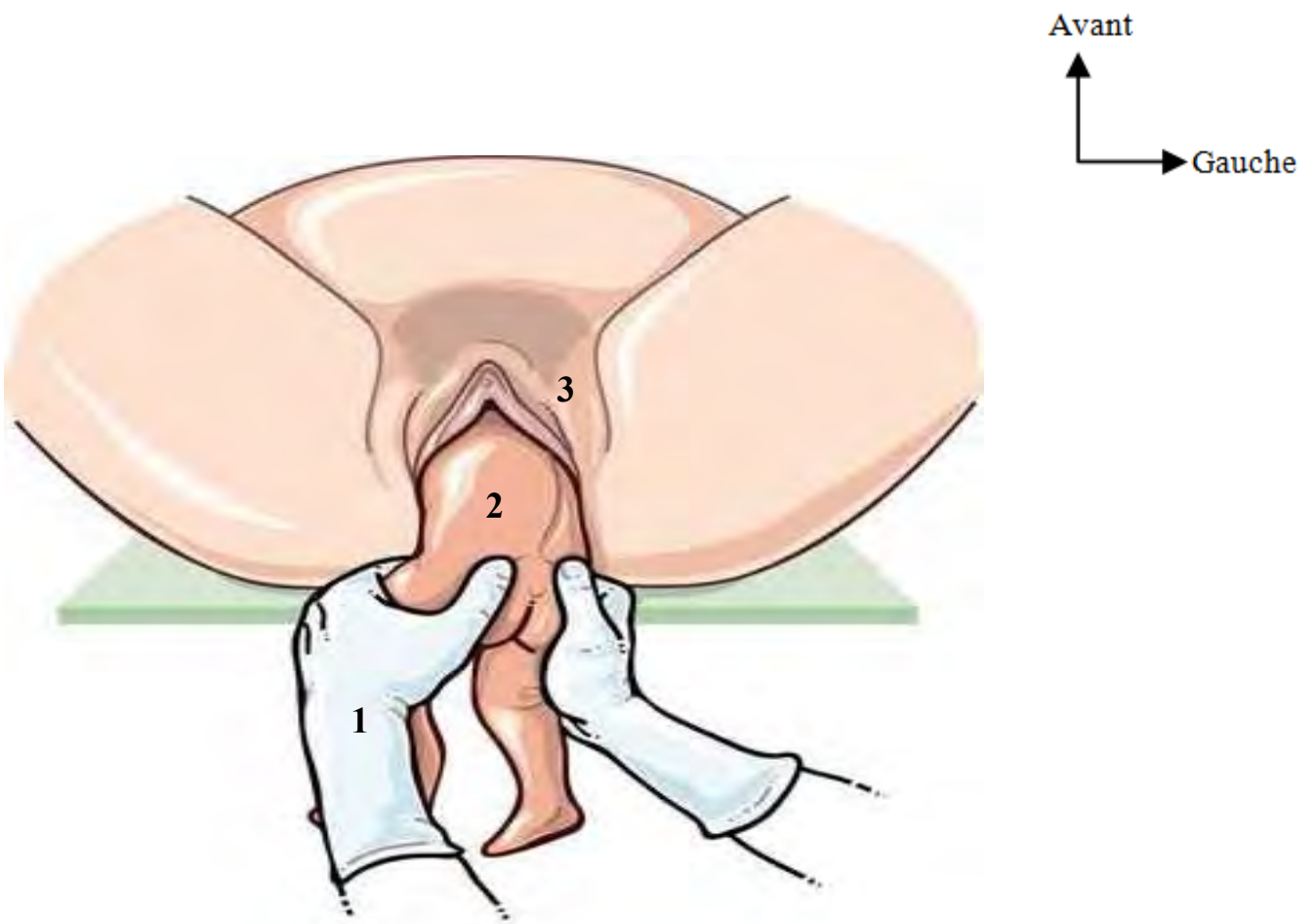


Figure 28 : Préhension du fœtus au cours de la petite extraction aidée du siège [19]

1-Mains de l'opérateur -2. Fœtus -3. Pelvis maternel

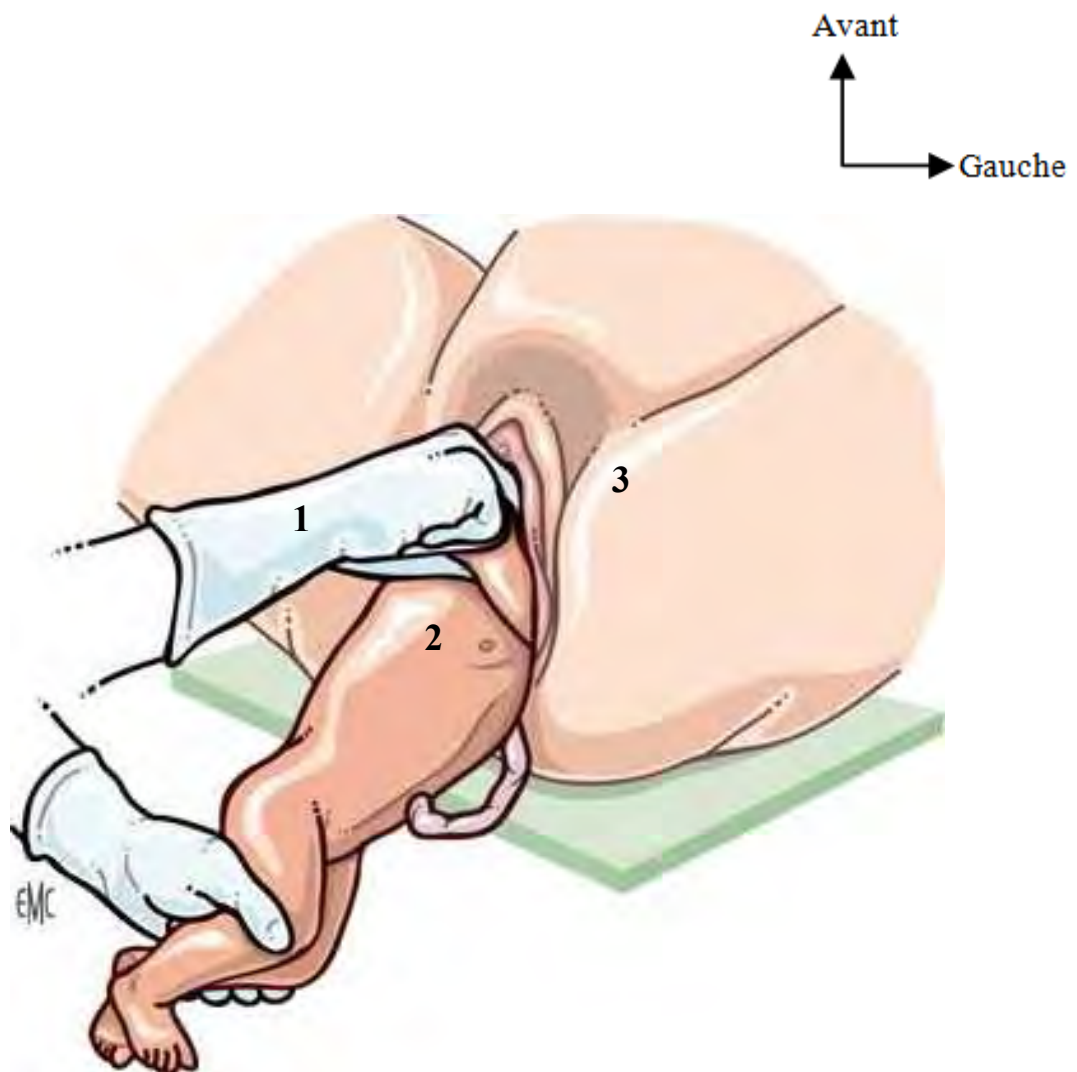


Figure 29 : Dégagement du bras antérieur au cours de la (PES) [19]

1-Mains de l'opérateur - 2. Fœtus – 3. Pelvis maternel

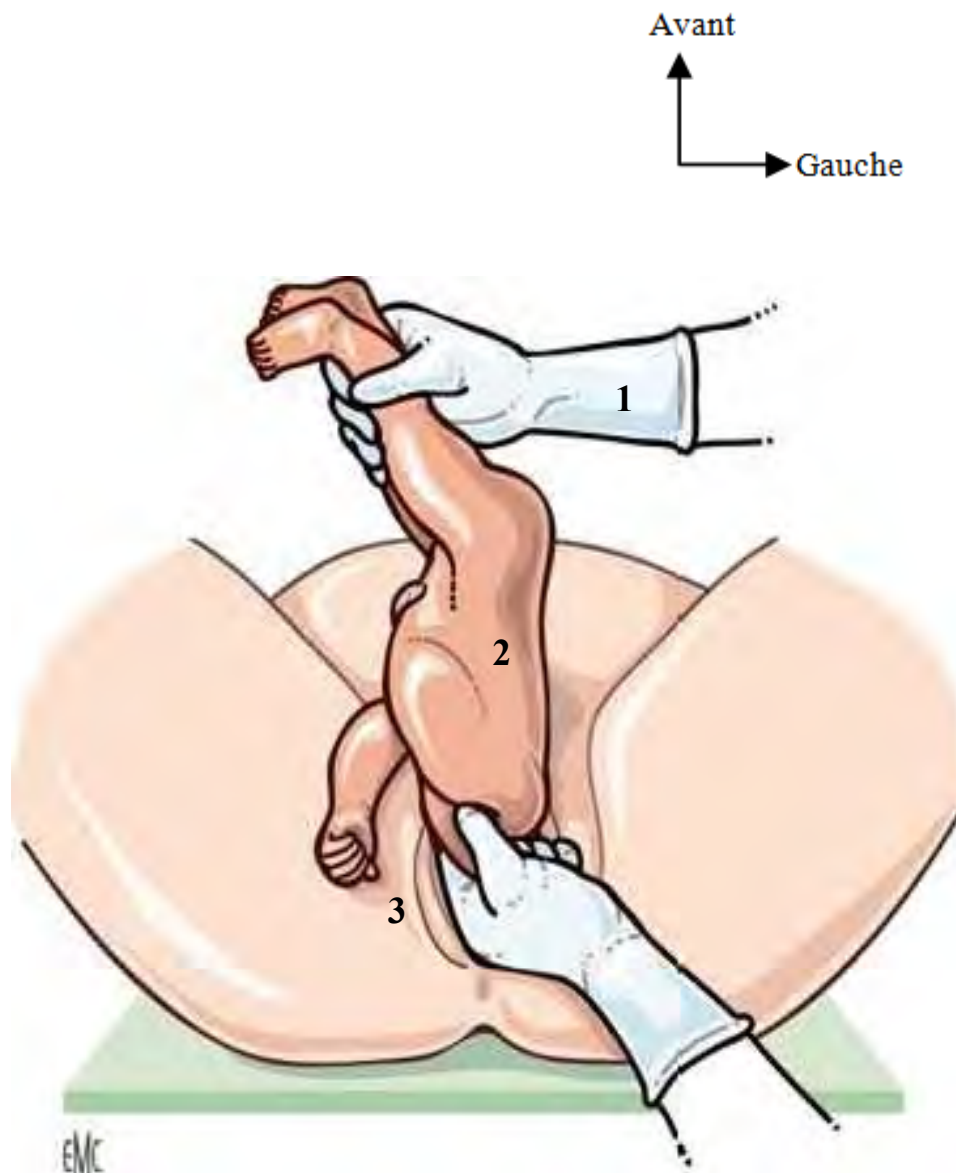


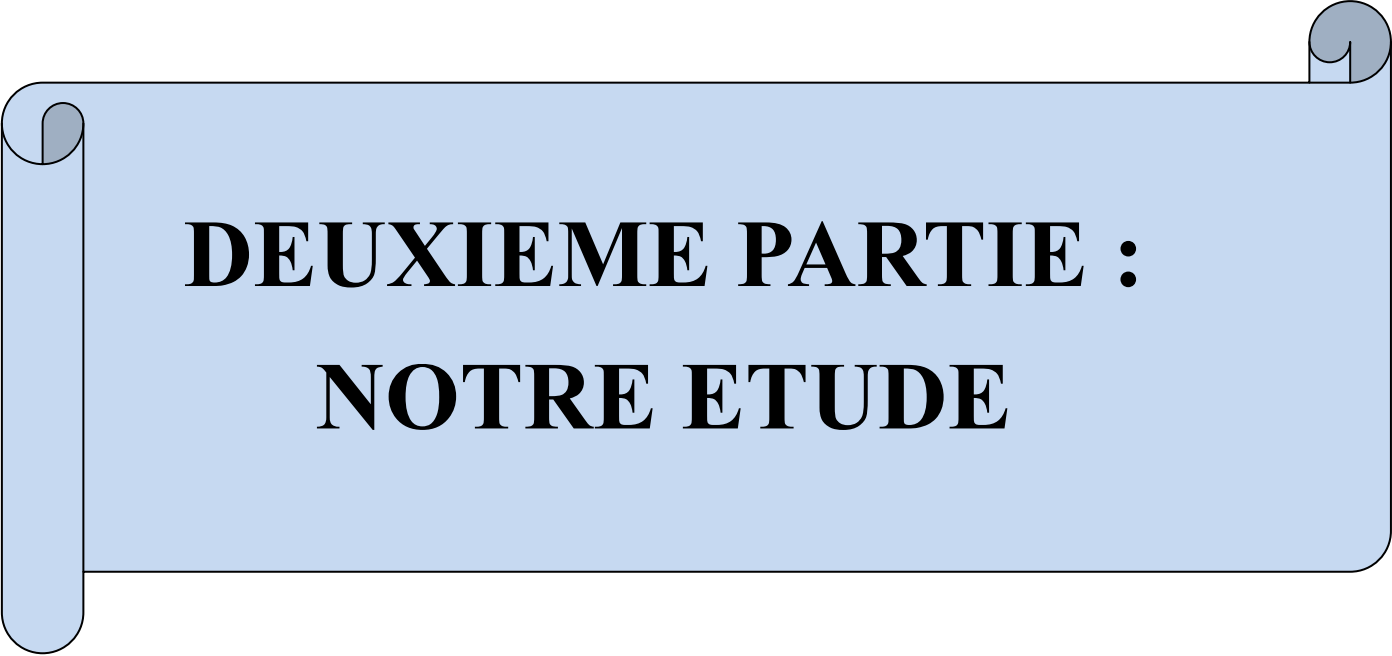
Figure 30 : Dégagement du bras postérieur au cours de la PES [19]

1-Mains de l'opérateur - 2. Fœtus – 3. Pelvis maternel

VII.2.3. Conduite pendant la phase de délivrance

La délivrance est souvent pourvoyeuse d'hémorragies du post partum et sa direction précoce peut considérablement les réduire. Ainsi la tendance actuelle est la direction de la délivrance avec l'utilisation des dérivés ocytotiques dès que les épaules sont dégagées. C'est la délivrance dirigée.

Une révision utérine est le plus souvent associée de même que qu'un examen sous valves. Une délivrance artificielle est indiquée en cas d'hémorragie.



DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. CADRE D'ETUDE

I.1. Situation géographique du CSNC

Le Centre de Santé Nabil Choucair de la Patte d'Oie a servi de cadre d'étude (figure31).

Il s'agit d'un Centre de Santé de type II, c'est à-dire doté d'un bloc chirurgical, dispensant des soins obstétricaux d'urgence complets (SONUC) 24H/24. Il a été créé en 1992.

Le CSNC dépend du District Nord limité :

- au Nord par le District de Pikine;
- à l'Est par le District de Guédiawaye;
- à l'Ouest par le District Ouest;
- au Sud par le District Centre.

Le district Nord s'étend sur une superficie d'environ 30 km², et compte quatre communes d'arrondissement :

- Cambérène ;
- Parcelles Assainies ;
- Patte d'oie (qui abrite le CSNC) ;
- Grand Yoff.

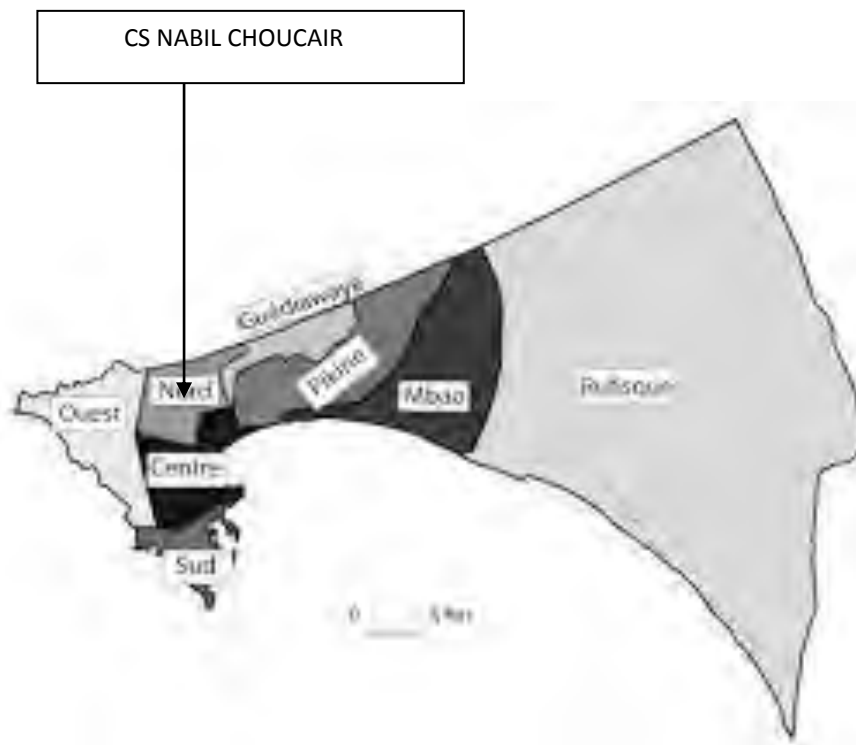


Figure 31 : Situation géographique du Centre de Santé Nabil Choucair

I.2 Organisation du CSNC

Le centre de santé de référence du District Nord comprend plusieurs services qui sont :

- les services administratifs;
- la maternité qui est constituée :
 - d'une salle de travail de 4 lits et d'une salle d'accouchement dotée de 5 tables d'accouchement
 - d'une unité d'hospitalisation avec :
 - une salle de suites de couches de 8 lits;
 - une salle de grossesses pathologiques de 2 lits;
 - une salle de suivi post opératoire de 10 lits.

- de 2 salles d'opération;
- une salle de réveil avec 2 lits ;
- une salle d'AMIU ;
- d'une unité de consultation où sont offertes les prestations de :
 - consultation pré natale (CPN);
 - consultation post natale;
 - planification familiale;
 - consultation gynécologique.
- l'unité de PEV (Programme Elargi de Vaccination);
- le service de Médecine générale avec une unité d'hospitalisation de 11 lits;
- le cabinet dentaire ;
- l'unité Imagerie Médicale (Radiographie, Échographie);
- le laboratoire ;
- la pharmacie ;
- l'unité de Consultations Externes et de Soins;
- l'unité de consultation primaire curative offerte par les infirmiers et les sages-femmes d'état;
- la morgue.

I.3. Personnel du CSNC

Le Centre de Santé Nabil Choucair est dirigé par un Médecin-chef et compte des agents qui sont soit de l'État ou de la municipalité, soit des contractuels.

Le CSNC dispose également d'un comité de santé qui est une organisation sociale créée en liaison avec les structures de soins en place. Le comité de santé a pour but :

- de promouvoir la santé des individus, des familles et des communautés ;
- de mobiliser les collectivités locales pour le développement sanitaire ;

- d'améliorer les prestations de service de santé pour mieux répondre aux besoins des populations

Le service de Gynécologie-obstétrique du CSNC compte :

- deux Professeurs agrégés ;
- un Assistant chef de clinique ;
- deux Gynécologues-obstétriciens ;
- des étudiants en spécialisation ;
- une maitresse Sage-Femme ;
- 18 Sages-Femmes ;
- 2 infirmières d'état ;
- 4 infirmières brevetées ;
- 3 assistantes-infirmières ;
- 8 aides-infirmières ;
- 9 filles de salle ;
- 16 agents de service ;
- 2 techniciens anesthésistes.

Les gardes à la maternité se font par équipe composée de 2 sages-femmes, d'une aide infirmière, d'un médecin en cours de spécialisation en Gynécologie-Obstétrique ou d'un interne titulaire des hôpitaux, d'un technicien supérieur en anesthésie, d'un instrumentiste, d'un aide opérateur et d'un brancardier. La garde dure 24h.

I.4. Activités

Le CSNC participe à la formation des médecins en cours de spécialisation dans le cadre du Diplôme d'études spécialisées (DES) et internes en Gynécologie-Obstétrique qui ont été déployés dans cette structure depuis la fermeture, pour réhabilitation, de la maternité du CHU Le Dantec.

Il s'active également dans la formation des Sages-Femmes assurée par l'équipe cadre du district, la maitresse Sage-Femme et les gynécologues-obstétriciens.

En sa qualité de Centre de référence du District Nord, et disposant d'un bloc opératoire fonctionnel, le CSNC assure la prise en charge d'un certain nombre d'urgences obstétricales.

Le centre est impliqué également dans la communication par rapport aux programmes essentiels comme la prévention de la transmission par le VIH /SIDA, y compris de la transmission mère-enfant du VIH, la prise en charge de la tuberculose et du diabète.

Le Centre de Santé Nabil Choucair dispose d'un centre de dépistage du cancer du col de l'utérus.

II. PATIENTES ET METHODES

Pour rappel, notre étude avait pour objectifs :

- de déterminer la fréquence de la présentation du siège ;
- d'en décrire les particularités diagnostiques ;
- d'apprécier le pronostic de la présentation du siège ;
- et de préciser les modalités de prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.

II.1. Type et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur une période allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2015 soit une durée de onze années (132 mois).

II.2. Population d'étude

La population cible était constituée par l'ensemble des parturientes admises à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair pour accouchement en présentation du siège.

II.3. Critères d'inclusion

Étaient incluses dans cette étude, les parturientes porteuses d'une grossesse mono fœtale dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée (SA), et ayant accouché d'un fœtus en présentation du siège.

II.4. Critères de non inclusion

Nous avons exclu de cette étude toutes les grossesses arrêtées avec rétention d'œuf mort (ROM), ainsi que les grossesses gémellaires et les parturientes ayant eu une césarienne antérieure (utérus cicatriciel).

II.5. Paramètres étudiés

Pour chaque parturiente, les paramètres suivants ont été étudiés :

- les paramètres sociodémographiques:
 - âge,
 - gestité :
 - primigeste : première grossesse
 - paucigeste : 2 à 3 grossesses
 - multigeste : à partir de 4 grossesses
 - grande multigeste : à partir de 6 à 7 grossesses
 - parité :
 - primipare : femme qui accouche pour la première fois ;
 - paucipare : 2 à 3 accouchements
 - multipares : entre 4 et 6 accouchements
 - grande multipare : à partir de 7 accouchements

- l'histoire de la grossesse : type de grossesse, suivi prénatal ;
- les données à l'admission : mode et motifs d'admission, données cliniques;
- les données du travail et de l'accouchement ;
- les données néonatales : Score d'APGAR, poids de naissance, pronostic néonatal.

II.6. Collecte et analyse des données

L'information a été recueillie par étude des dossiers d'accouchement, des registres d'accouchement, des cahiers de comptes rendus opératoires et des fiches d'anesthésie.

Une analyse univariée suivie d'une analyse bivariée des paramètres fœtaux et maternels étaient réalisées.

L'analyse des données était faite grâce au logiciel EPI Info. Pour les variables qualitatives, nous avons établi des pourcentages. Nous avons calculé les moyennes et médianes des variables en échelle. Les variables étaient comparées à l'aide du test exact de Chi 2. La différence était jugée significative lorsque le p -value était inférieur à 0,05.

III. RESULTATS

III.1. Résultats descriptifs

III.1.1. Effectif

Du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2015, 55557 accouchements ont été effectués à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair, dont 768 avec un fœtus en présentation du siège, soit une fréquence de 1,38 %.

III.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des parturientes

III.1.2.1. Age

L'âge moyen des patientes était de 26,5 ans avec des extrêmes de 15 et 48 ans.

Plus de la moitié des patientes (55%) appartenait à la tranche d'âge de 20 à 29 ans (figure 32).

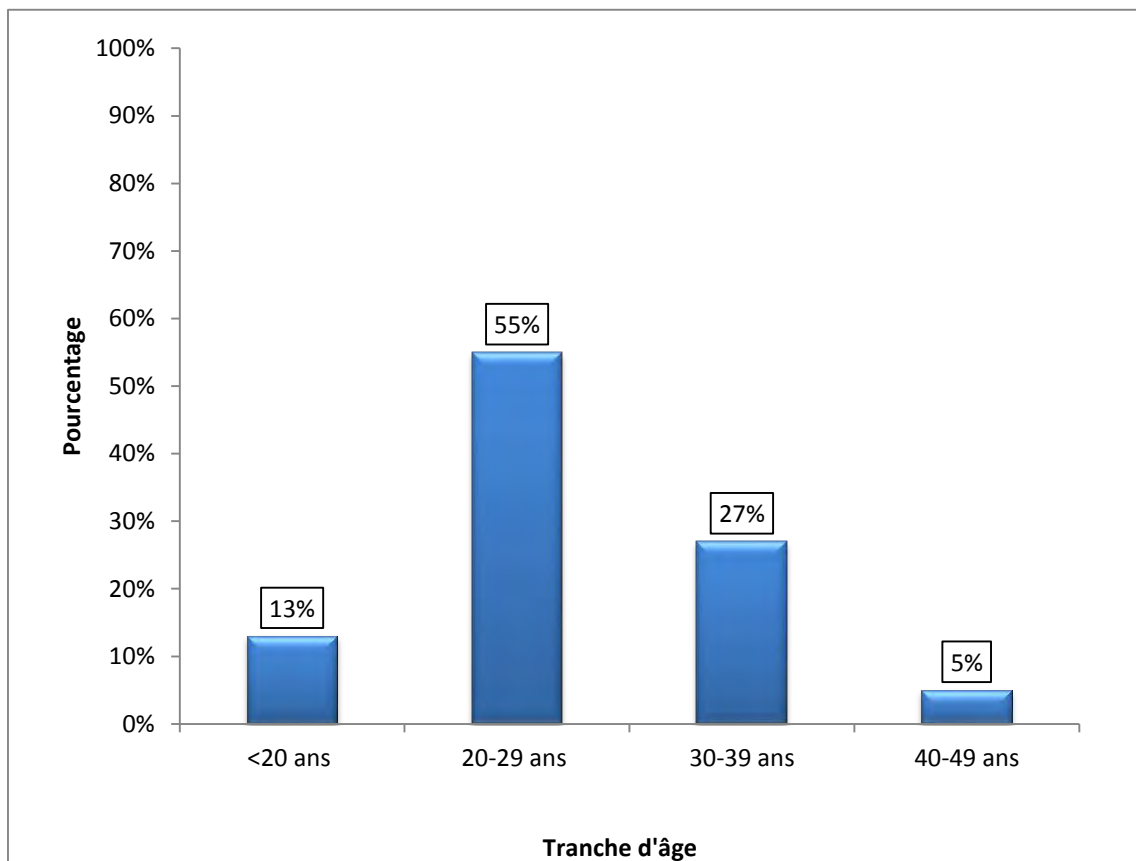


Figure 32 : Répartition des parturientes selon l'âge (effectif n = 768)

III.1.2.2. Gestité

La moyenne de la gestité était de 3 avec des extrêmes de 1 et 11 gestes.

Les primigestes prédominaient et représentaient 43% de notre échantillon (figure 33).

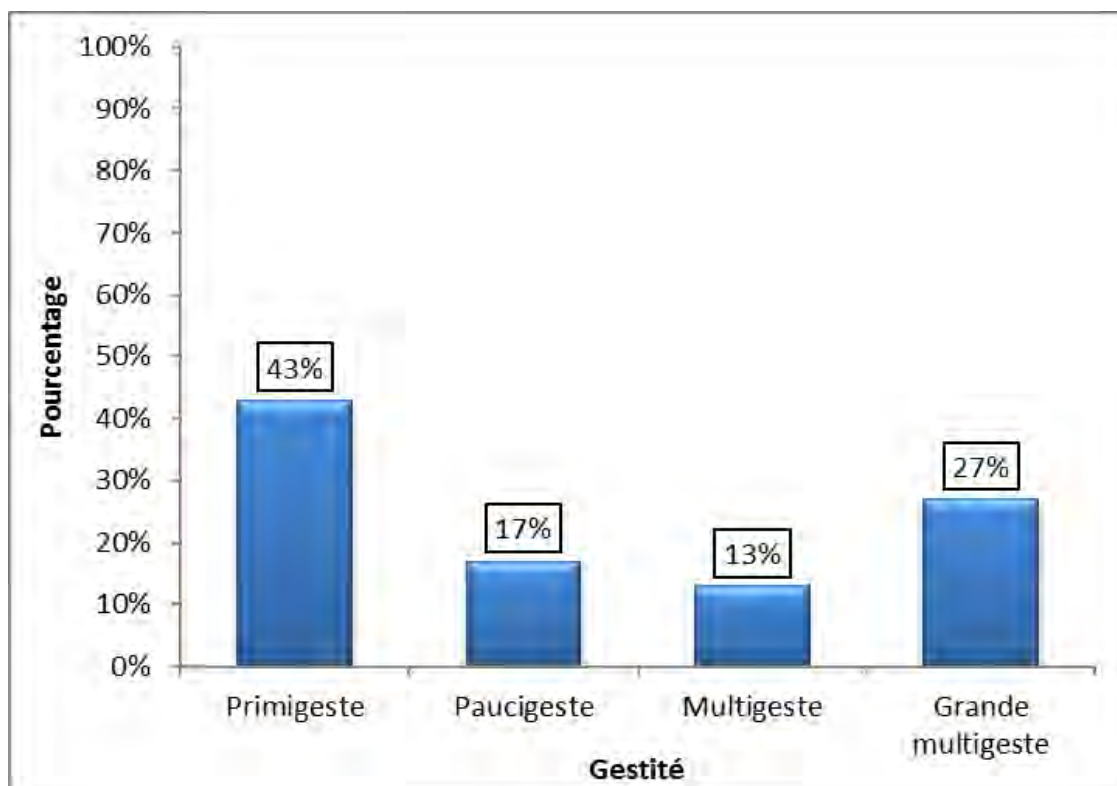


Figure 33 : Répartition des parturientes selon la parité (effectif n = 768)

III.1.2.3. Parité

La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 1 et 11. Les patientes étaient majoritairement des primipares et représentaient 60% (figure 34).

Plus de la moitié des patientes (57,5%) avaient déjà accouché par voie basse. La moyenne de ces accouchements était de 2,8 avec des extrêmes de 1 et 10.

Trois (03) patientes soit 0,4% avaient des antécédents de siège

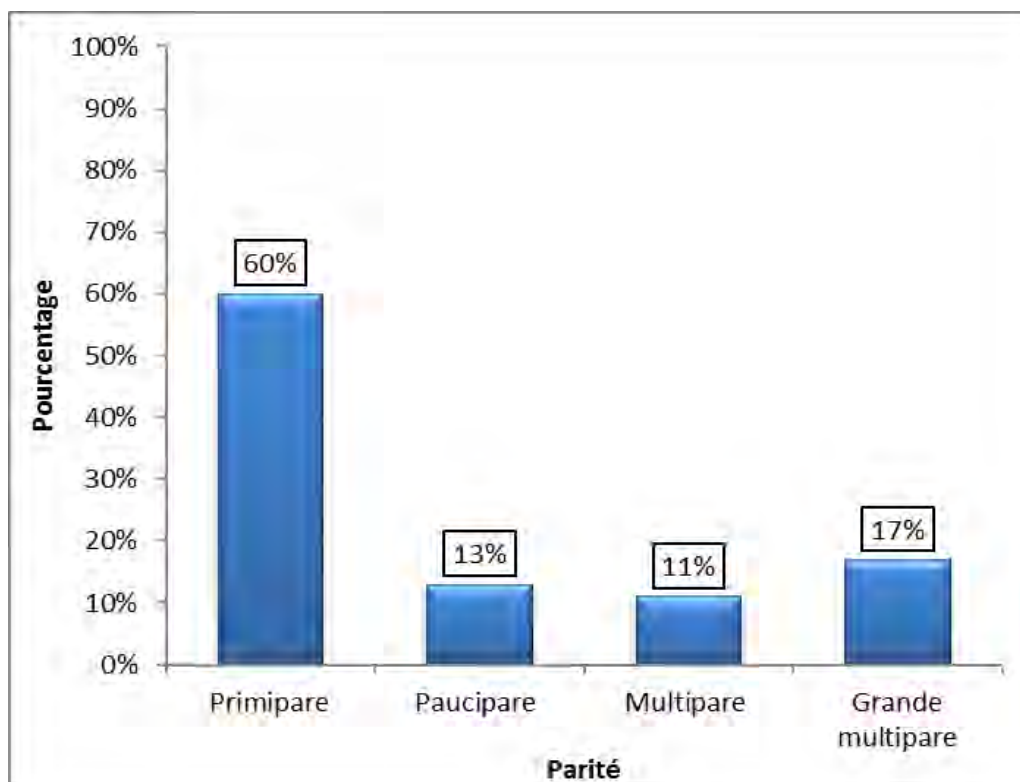


Figure 34 : Répartition des parturientes selon la parité (effectif n = 768)

III.1.3. Antécédents médico- chirurgicaux

Aucune patiente n'avait un antécédent de malformation utérine. Par ailleurs 04 parturientes présentaient un utérus myomateux.

Dans notre étude, 56 patientes (7,3%) présentaient une HTA, 03 patientes (0,4%) avaient un diabète et 03 patientes (0,4%) étaient drépanocytaires.

Dans notre population d'étude, 04 patientes (0,4%) avaient des antécédents chirurgicaux dont 3 cas (75%) de kystectomie et 1 cas (25%) de GEU.

III.1.4. Histoire de la grossesse

➤ Suivi prénatal

Plus de la moitié des patientes (57%) avait effectué au moins 04 CPN. Le nombre moyen de CPN était de 3,5 avec des extrêmes de 0 et 7.

➤ Diagnostic de la présentation du siège

Avant le travail, le diagnostic de siège a été posé chez seulement 77 patientes soit 10,1% des cas.

Dans la majorité des cas (89,9%), le diagnostic avait été posé au cours du travail.

➤ Pratique de l'échographie

Dans notre série, seulement 64 (8,3%) patientes avaient bénéficié d'une échographie obstétricale.

➤ Pratique de la radiopelvimétrie/ scannopelvimétrie

Aucune des patientes n'avait bénéficié d'une exploration radiologique du bassin.

➤ Pathologies observées au cours de la grossesse

Elles ont été dominées par les syndromes vasculorénaux (pré-éclampsie sévère) 9 cas soit 1,2%, suivies des hémorragies du troisième trimestre avec 8 cas (1,0%) d'HRP

III.1.5. Données cliniques à l'admission

➤ Mode d'admission

Dans la majorité des cas, (552 soit 72%), les parturientes étaient venues d'elles-mêmes. Les patientes référées étaient au nombre de 199 (26,0%)

➤ **Hauteur utérine**

La moyenne de la hauteur utérine était de 32 cm avec des limites de 29 et 44 cm. Chez 91% des parturientes, cette hauteur était inférieure à 36 cm (tableau VI).

Tableau VI: Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Nombre (n)	taux (%)
< 28	31	4
] 28-36 [	689	89,7
>36	35	4,6
NP	13	1,7
Total	768	100

Chez 13 parturientes (1,69%), la hauteur utérine n'a pas été précisée.

➤ **Vitalité fœtale**

Chez 97,1% des parturientes, les bruits du cœur fœtal (BDCF) étaient perçus.

➤ **Etat du col et des membranes**

La dilatation moyenne du col était de 5 cm avec des extrêmes de 0 et 10 cm. Dans notre étude, 153 (19,9%) parturientes étaient à dilatation complète à l'admission.

Chez la majorité des parturientes (522, soit 68%), les membranes étaient rompues à l'admission (figure 35). Le liquide amniotique était clair chez 261 parturientes (50%), méconial chez 125 (24%) et teinté chez 136 (26%) des cas.

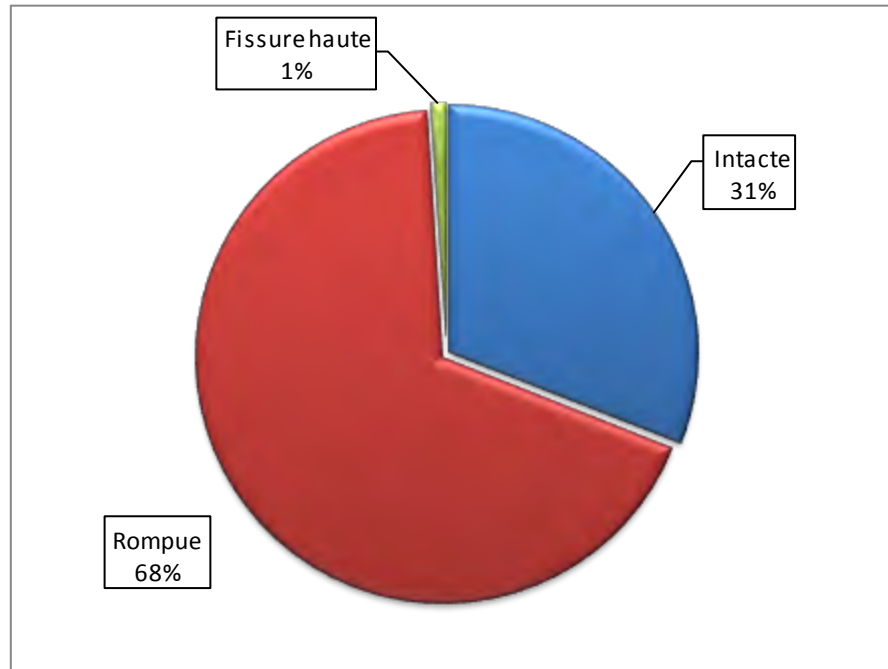


Figure 35: Répartition selon l'état des membranes à l'admission (effectif n = 768)

➤ **Mode de siège**

Parmi les 768 présentations de siège observées, nous avons dénombré :

- 307 en mode complet (40%) ;
- 461 en mode décomplété (60%).

➤ **Niveau de la présentation**

Dans la majorité des cas (54,1%), la présentation était déjà engagée ou fixée à l'admission (tableau VII)

Tableau VII : Répartition selon le niveau de la présentation

Niveau de la présentation	Nombre (n)	Pourcentages (%)
Mobile	185	24,1
Fixée	193	25,1
Appliquée	139	18,1
Engagée	227	29,6
Non précisé	24	3,1
Total	768	100

➤ **Résultats de la pelvimétrie clinique**

Concernant les bassins, 698 (91%) d'entre eux ont été jugés cliniquement normaux (figure 36), 46 (6%) étaient rétrécis parmi lesquels 31 (68,9%) étaient transversalement rétrécis et 15 (31,1%) généralement rétrécis, 39 (3%) des bassins ont été jugés limites.

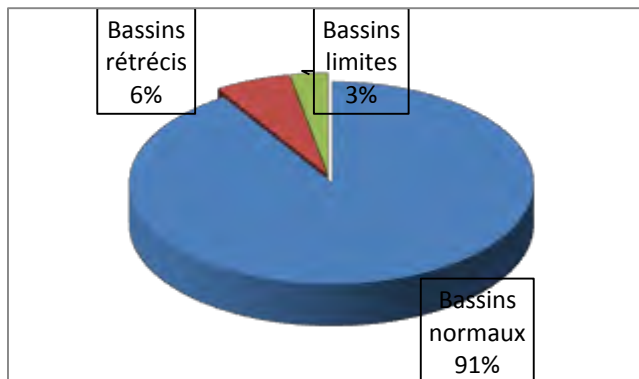


Figure 36 : Répartition des parturientes selon le type de bassin

III.1.6. Données de l'accouchement

Dans notre série, l'accouchement par voie basse était spontané dans 468 cas (61%) (figure 37). Chez seulement 47% des parturientes, la surveillance du travail a été codifiée sur un partogramme.

Une épisiotomie était réalisée chez 119 parturientes (25,5%) pour aider à l'expulsion et une déchirure périnéale simple était notée chez 25 parturientes (5,4%).

Le caractère rétrospectif de notre étude et le fait que les dossiers d'accouchement soient incomplètement remplis, font que l'utilisation des ocytociques n'a pu être évaluée dans la survenue de la dystocie dynamique.

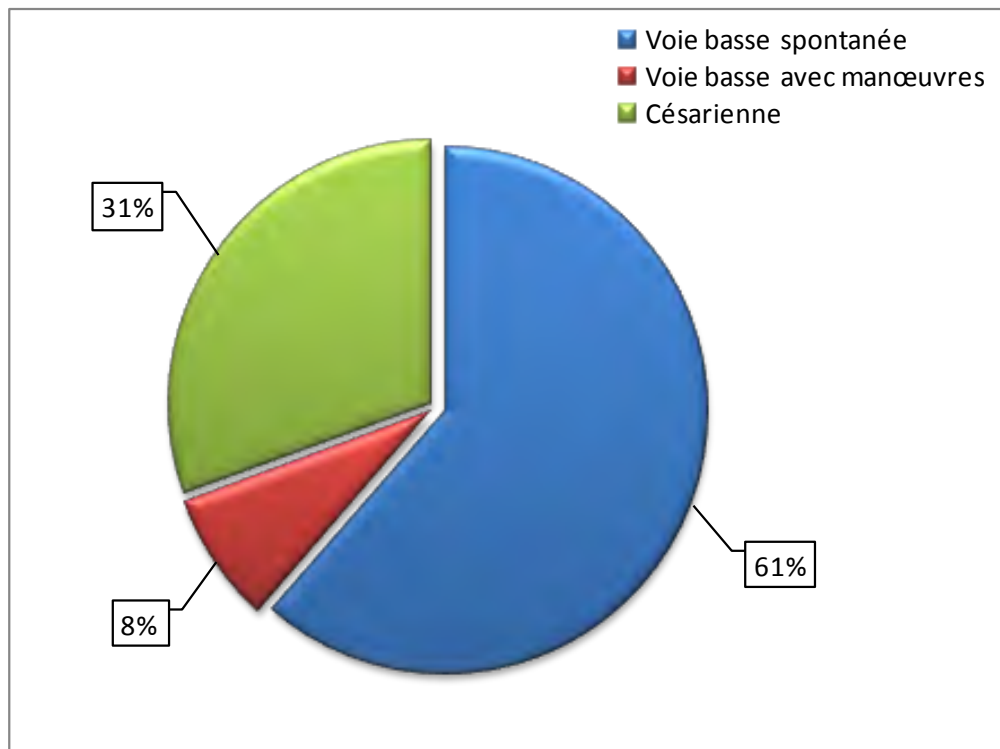


Figure 37 : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement

Dans notre série, 61 parturientes (8%) avaient bénéficié de manœuvres d'extraction fœtale avec une prédominance de la manœuvre de Mauriceau (26%) (Tableau VIII).

La GATPA était réalisée chez plus de la moitié des patientes (58%) (figure 38), la révision utérine chez 41,5% et l'examen sous valves chez seulement 1,5% des patientes.

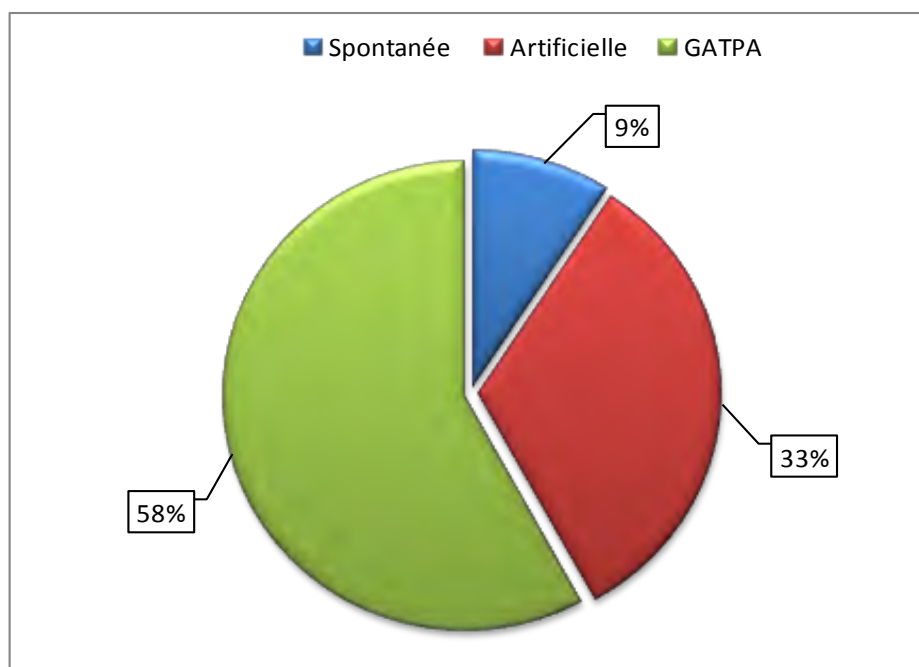


Figure 38 : Répartition des patientes selon le mode de délivrance

Tableau VIII: Répartition des modes d'expulsion dans le groupe des accouchements par voie basse.

Manœuvre et/ou intervention	Nombre (n)	Pourcentages
Attitude de Vermelin	468	84,8
Manœuvre de Bracht	19	3,4
Manœuvre de Mauriceau	22	4
Manœuvre de Lovset	14	2,5
Petite extraction aidée	17	3,1
Grande extraction du siège	12	2,2
Total	552	100

Dans notre étude, 238 parturientes ont bénéficié d'une césarienne, soit 31%. Parmi ces parturientes, 13 ont été programmées (4.5%), et les 225 autres césariennes (95.5%) réalisées au cours du travail.

L'indication de césarienne était majoritairement mixte dans 133 cas (56%) (tableau IX). La souffrance fœtale aigue et la RPM étaient les indications les plus fréquentes en cas de césarienne pendant le travail (15,2%).

Tableau IX : Indications de la césarienne

Indications	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Maternelles		
BTR	25	3,3
Bassin limite	24	3,1
BGR	12	1,6
Pré-éclampsie	9	1,2
Myomatose utérine	4	0,5
Foeto-annexielles		
RPM	81	10,5
SFA	36	4,7
Procidence du cordon	11	1,4
Circulaire du cordon	6	0,8
Défaut d'engagement	7	0,9
RCIU	3	0,4
Chorioamniotite	2	0,3
Arrêt de la progression	8	1,0
Dépassement de terme	4	0,5
HRP	3	0,4
HU excessive	3	0,4
Rétention tête dernière	2	0,3
Total	238	31

III.1.6. Données néonatales

III.1.6.1. Score d'APGAR

Afin de juger de l'état des nouveaux nés à la naissance, nous avons choisi comme critère le score d'Apgar à la cinquième minute (M5). En prenant comme critère de morbidité fœtale le score d'Apgar inférieur à 7, l'étude de ce graphique révèle que la fréquence d'un tel score était de 20 % à 5 minutes. A la naissance, la majorité des nouveaux nés, 614 (80 %) avaient un bon score d'Apgar contre 30 (4 %) mort-nés (APGAR à 0) (figure 39).

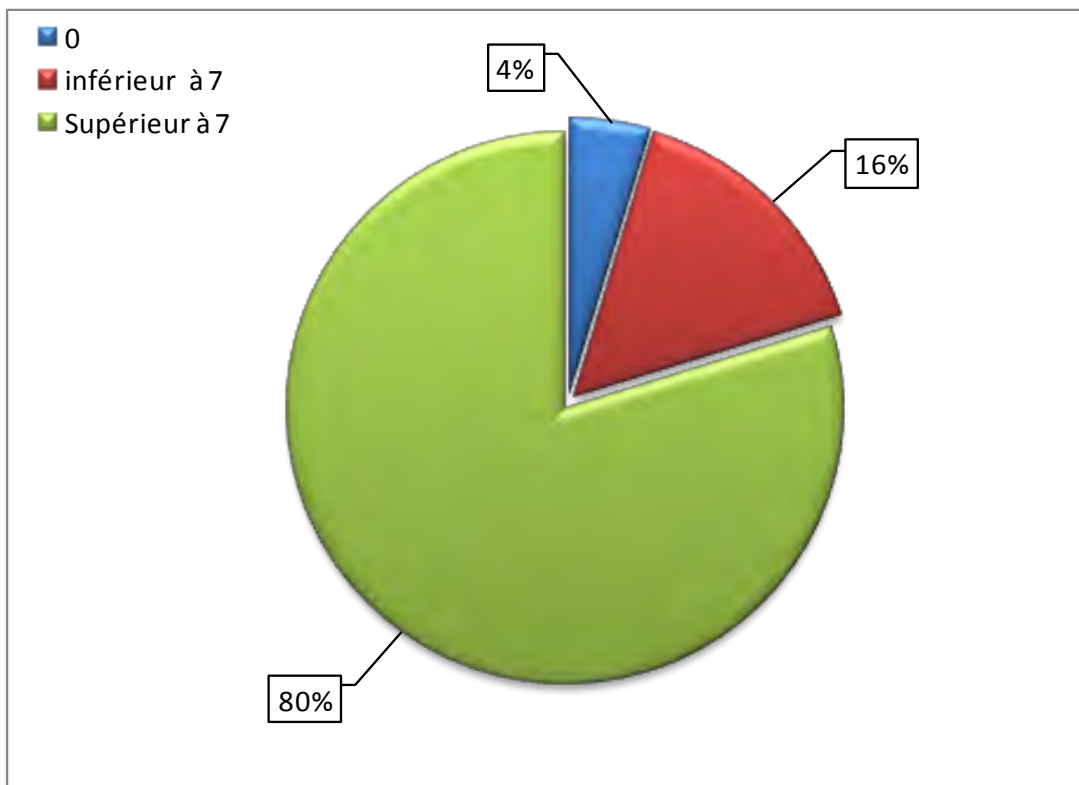


Figure 39 : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à 5 minutes

III.1.6.2. Poids de naissance

Dans notre série, le poids moyen des nouveaux nés était de 2932,3 grammes, avec des extrêmes de 850 et 6100 g. Nous avons dénombré 28 cas de macrosomie fœtale (3,7%). Le poids de naissance n'était pas précisé chez 15 nouveau-nés (1,95%) (tableau X). Le petit poids de naissance se définit par un poids du fœtus à terme inférieur à kg.

Tableau X : Répartition des nouveau-nés selon le poids fœtal

Poids nouveau-nés (grammes)	Nombre (n)	Pourcentage %
<2000	23	3,1
2000-4000	702	93,2
≥4000	28	3,7
Total	753	100

III.1.6.3. Sexe

Les 768 naissances en présentation du siège de notre série se répartissaient comme suit :

- sexe féminin : 422 cas, (55%) ;
- sexe masculin : 346 cas, (45%).

Dans notre étude, l'examen du cordon ombilical en particulier sa longueur, n'a pas été uniformément notifié sur les dossiers d'accouchement.

III.1.7. Pronostic

III.1.7.1. Pronostic maternel

Dans notre série, nous avons enregistré un décès maternel en post partum. Il s'agissait d'une parturiente de 28 ans reçue pour une RPM de 96 heures, chez qui une chorioamniotite et un collapsus cardiovasculaire ont été diagnostiqués. Le bilan biologique avait mis en évidence une anémie sévère.

La parturiente est décédée à J1 post opératoire dans un tableau de décompensation cardiaque de son anémie.

Des complications ont été retrouvées chez 39 parturientes (5,1%), dominée par :

- les hémorragies du péripartum avec 20 cas (51%) dont 8 cas de coagulopathie par HRP
- 6 cas de déchirure périnéale simple (15,4%) ;
- 6 cas de pré éclampsie sévère (15,4%) ;
- 2 cas d'HTA du post partum (5,1%) ;

III.1.7.2. Pronostic néonatal

Chez 3 nouveaux nés, (0,4 %), une réanimation a été effectuée ; les suites ont été simples. Aucun cas de traumatisme n'a été rapporté dans notre série lors de l'examen des nouveaux nés à la sortie. Dans le suivi **post** natal par contre, nous ne pouvons être formels quant à l'absence de traumatisme qui aurait pu passer inaperçu lors du premier examen.

Nous avons dénombré 34 cas de décès néonatal répartis comme suit :

- 33 cas de mort néonatale précoces dont 5 après HRP, 1 par rupture utérine sur macrosomie, 1 cas de rétention tête dernière ; 3 cas de syndromes vasculorénaux ;

-1 cas dont la cause n'a pas pu être déterminée.

Dix-neuf (19) cas (2,47%) malformations ont été rapportés. Elles étaient dominées par les syndromes poly malformatifs avec 5 cas (26,3%), les hydrocéphalies 3 cas soit 15%, 2 cas de Spina bifida (10%), et 1 cas d'anencéphalie (5,26%)

III.2. Résultats analytiques

III.2.1. Mode de siège

III.2.1.1. Lien entre la parité et le mode de siège

Tableau XI : Parité et mode de siège

Parité	Mode de siège		Total	P value
	Complet	Décomplété		
	N(%)	N(%)		
Primipares	141(37,9)	231(61,1)	372	0,260
Paucipares	26(31,3)	57(68,7)	83	1
Multipares	28(44,4)	35(55,6)	63	0,103
Grandes multipares	42(39,3)	65(60,7)	107	0,258

Nous avons constaté que quelle que soit la parité, le mode décomplété était le plus fréquent. La différence n'était pas significative (tableau XI).

III.2.1.2. Lien entre le mode d'accouchement et le mode de siège

Le recours aux manœuvres obstétricales et à la césarienne était plus fréquemment constaté dans l'accouchement du siège en mode décomplété. Cependant la différence n'était pas significative (tableau XII).

Tableau XII : Mode d'accouchement selon le mode de siège.

Mode accouchement	Mode de siège		Total	P value
	Complet	Décomplété		
	N(%)	N(%)		
Voie basse spontanée	193 (40,5)	284 (59,5)	477	1
Manœuvres obstétricales	17 (27,8)	44 (72,2)	61	0,057
Césarienne	87 (39,7)	132 (60,3)	219	0,854

III.2.1.3. Lien entre dystocies et le mode de siège

Le taux d'arrêt de progression dans l'excavation était le même (50%) dans les 2 modes. Nous avons noté un taux plus important de défaut d'engagement en cas de siège décomplété (85,8 % versus 14,2%) et la différence était statistiquement significative ($p = 0,023$).

Tableau XIII : Répartition des dystocies selon le mode de siège.

Dystocies	Mode de siège		Total	P value
	Complet	Décomplété		
	N(%)	N(%)		
Arrêt de progression	4 (50,0)	4 (50,0)	8	0,196
Défaut d'engagement	1 (14,2)	6 (85,8)	7	0,023
Rétention tête dernière	2 (100,0)	0 (0,0)	2	1

III.2.2. Mode d'accouchement

III.2.2.1. Lien entre le mode d'accouchement et les paramètres maternels

➤ Age maternel

L'accouchement par voie basse spontanée était plus fréquent chez les patientes âgées entre 30 et 39 ans avec 71,6% et la différence était significative ($p=0,000$). Concernant les manœuvres obstétricales et la césarienne, elles étaient plus fréquentes chez les patientes entre 20 et 29 ans.

Tableau XIV : Mode d'accouchement selon l'âge maternel

Tranche âge	Mode d'accouchement		Total	P value	Ods [Ic à 95%]
	AVBS N(%)	Autres N(%)			
< 20 ans	56(60,2)	37(37,8)	93	0,375	-
20-29 ans	219(55,2)	178(44,8)	397	-	1
30-39 ans	139(71,6)	55(28,4)	194	0,000	2,05[1,41-2,97]
≥40	21(63,6)	12(36,4)	33	0,346	-

➤ **Parité**

Dans notre série, nous avons constaté que le taux d'accouchement par voie basse spontanée augmentait avec la parité : il était de 53% chez les primipares et de 76,4% chez les grandes multipares et ce avec une différence significative ($p=0,005$) Pour les manœuvres obstétricales et la césarienne, on notait une prédominance des primipares avec 47% (tableau XV).

Tableau XV : Mode d'accouchement selon la parité.

Tranche âge	Mode d'accouchement		Total	P value	Ods [Ic à 95%]
	AVBS N(%)	Autres N(%)			
Primipare	237(53,0)	210(47,0)	447	-	1
Paucipare	73(73,7)	26(26,3)	99	0,006	2,45[1,53-4,03]
Multipares	59(69,4)	26(30,6)	85	0,005	2,01[1,22-3,30]
Grande multipare	97(76,4)	30(23,6)	127	0,000	2,86[1,82-4,49]

III.2.2.2. Lien entre le mode d'accouchement et les paramètres foeto-annexiels

➤ Age gestationnel

L'accouchement des nouveau-nés prématurés était spontané par voie basse dans tous les cas (100%). La césarienne et les manœuvres d'extraction n'étaient utilisées que chez les nouveaux nés à terme (tableau XVI).

Tableau XVI : Mode d'accouchement en fonction de l'âge gestationnel

Age gestationnel	Mode d'accouchement			Total	P value
	Voie basse spontanée	Manœuvres	Césariennes		
	N(%)	N(%)	N(%)		
≤ 36 SA	8(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	8	0,07
>37 SA	459(61,0)	61(8,1)	232(30,9)	752	

➤ Rupture prématurée des membranes

L'accouchement par césarienne avait concerné tous les cas qui avaient présenté une RPM.

Tableau XVII : Modes d'accouchement en fonction de l'état des membranes

Etat des membranes	Mode d'accouchement			Total	P value
	Voie basse spontanée	Manœuvres	Césariennes		
	N(%)	N(%)	N(%)		
Intactes	467(66)	61(8,6)	80(25,4)	708	0,000
Rompues	0(0,0)	0(0,0)	52(100,0)	52	

III.2.2.3. Lien entre le mode d'accouchement et le poids de naissance

Tableau XVIII : Poids de naissance et mode d'accouchement.

Poids en grammes	Mode d'accouchement		Total	P value	Ods [IC à 95%]
	AVBS	Autres			
	N(%)	N(%)			
< 2000	18(78,3)	5(21,7)	23	0,000	21,6[5,06-92,7]
] 2000-4000[	435(62,7)	259(37,3)	694	0,000	10,0[3,46-29,3]
≥ 4000	4(14,3)	24(85,7)	28	-	1

Le tableau ci-dessus montre que le mode d'accouchement avait un lien significatif avec le poids de naissance. En effet, l'accouchement par voie basse spontanée était majoritairement obtenu pour les poids de naissance inférieurs à 2000 g avec 78,3%.

Pour la césarienne et les manœuvres d'extraction, leurs taux augmentaient avec le poids de naissance avec 85,8% pour les macrosomes avec une différence statistiquement significative.

III.2.3. Pronostic néonatal

L'état fœtal à la naissance a été apprécié par rapport à différents paramètres.

III.2.3.1. Lien entre le pronostic néonatal et les paramètres maternels

➤ Age maternel

Les taux les plus élevés de score d'APGAR bas (< 7) étaient constatés chez les patientes de moins de 20 ans (31,2%) mais la différence n'était pas significative.

Tableau XIX : Relation entre âge maternel et score d'APGAR à M5.

Tranche d'âge	APGAR		Total	P value
	<7 N(%)	≥ 7 N(%)		
< 20 ans	29(31,2)	64(68,8)	93	0,074
20-29 ans	70(18,1)	317(81,9)	387	0,672
30-39 ans	34(17,9)	156(82,1)	190	0,701
≥ 40	5(15,2)	28(84,8)	33	1

➤ Parité

Les faibles scores d'APGAR étaient le plus souvent retrouvés chez les grandes multipares mais la différence n'était pas significative (tableau XX).

Tableau XX : Relation entre parité et score d'APGAR à M5.

Parité	APGAR		Total	P value
	<7	≥7		
	N(%)	N(%)		
Primipare	82(18,7)	356(81,7)	438	1
Paucipare	21(21,6)	76(74,8)	97	0,508
Multipares	14(17,1)	68(82,9)	82	0,724
Grandes multipares	33(26,2)	93(73,8)	126	0,066

III.2.3.2. Lien entre les paramètres fœto-annexiels et le pronostic fœtal

➤ Poids du nouveau-né

Tableau XXI : Poids de naissance et score D'APGAR

Poids de naissance	APGAR		Total	P value	Ods [IC à 95%]
	<7	≥7			
	N(%)	N(%)			
< 2000	15(71,4)	6(28,6)	21	1	-
] 2000-4000[	125(18,2)	561(81,8)	686	0,000	0,08[0,03-0,23]
≥ 4000	6(21,4)	22(78,6)	28	0,000	0,10[0,02-0,40]

La proportion de nouveau-nés avec des scores D'APGAR ≥ 7 était plus élevée pour des poids entre 2000 et 4000 g tandis que la plus grande proportion de scores d'APGAR < 7 s'observait pour des poids fœtaux inférieurs à 2000 g. La différence était significative (tableau XXI).

➤ Mode de siège

En cas de siège décomplété, le score d'APGAR à M5 était meilleur par rapport au siège complet et la différence était significative (tableau XXII).

Tableau XXII : Score d'APGAR et mode de siège.

Mode de siège	APGAR		Total	P value	Ods [Ic à 95%]
	<7 N(%)	≥ 7 N(%)			
Complet	54(23,6)	175(76,4)	229	0,048	1,54[1,00-2,25]
Décomplété	64(17,0)	312(83,0)	7376	-	1

➤ Age gestationnel

Un terme supérieur à 36SA était significativement associé à un meilleur score d'APGAR ($p = 0,002$) (tableau XXIII)

Tableau XXIII : Relation entre l'âge gestationnel et le score d'APGAR

Age gestationnel	APGAR		Total	P value	Ods [Ic à 95]
	<7	≥7			
	N(%)	N(%)			
≤ 36 SA	5(62,5)	3(37,5)	8	0,002	6,80[1,60-28 ,80]
>36 SA	145(19,7)	592(80,3)	737		1

➤ **Rupture prématurée des membranes**

Le score d'APGAR n'a pas été modifié par l'existence ou non d'une rupture prématurée des membranes ; nous avons noté des proportions équivalentes de bons et mauvais scores qu'il y ait ou non rupture prématurée des membranes.

Tableau XXIV : Score d'APGAR Et rupture prématurée des membranes

Rupture prématurée des membranes	APGAR		Total	P value	Ods [Ic à 95%]
	<7	≥7			
	N(%)	N(%)			
<6 Heures	1(5,9)	16(94,1)	17	0,109	
≥6 heures	8(24,2)	25(75,8)	33		

III.2.3.3. Facteurs liés à la parturition

Le taux de score d'APGAR supérieur ou égal à 7 était plus fréquent chez les patientes qui avaient accouché par césarienne et ce avec une différence statistiquement significative (tableau XXV).

Tableau XXV : Mode d'accouchement et score d'APGAR

APGAR	Mode d'accouchement			Total	p value
	VBS	Manœuvres	Césarienne		
	N(%)	N(%)	N(%)		
< 7	98(21,6)	19(33,3)	32(14,2)	149	0,021
≥7	356(78,4)	38(66,7)	193(85,8)	587	0,000

IV. DISCUSSION

IV.1. Limites de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et certains dossiers étaient incomplets.

IV.2 Fréquence

La fréquence de la présentation du siège dans la plupart des séries oscille entre 2 et 6 % [7, 42].

Dans notre série, cette fréquence est de 1,38 %, inférieure aux taux rapportés de manière générale dans la littérature. D'autres études réalisées au Sénégal rapportent des taux plus élevés. Bentahir [13] rapportait en 2009 une fréquence de 3,95%, tandis que Mouhamed [104] retrouvait 7 ans après 3,65% (tableau XXVI). Ce faible taux s'explique par le fait que le Centre Hospitalier Roi Baudouin et le CSPMS dans lesquels ont été menées les études précédentes reçoivent plus de références de grossesses pathologiques et d'évacuations que le CSNC.

Tableau XXVI : Fréquence globale de la présentation du siège.

Auteurs	Pays	Année	Fréquence (%)
HERBEST [67]	Suède	2000	3,4
ABASSI [1]	Maroc	2002	3,36
KONE [81]	Mali	2005	2,74
BENTAHIR [13]	Sénégal	2009	3,95
MAYI-TSONGA [97]	Gabon	2012	1,74
THERA-T [130]	Mali	2012	3,6
GANNARD [50]	France	2013	1,8
MOUHAMED [104]	Sénégal	2015	3,
Notre série	Sénégal	2015	1,38

IV.3.Aspects sociodémographiques

➤ Age maternel

Dans notre série, l'âge moyen des patientes était de 26,5 ans avec des extrêmes de 15 et 48 ans. Les tranches d'âge les plus représentées se situent entre 20 et 30 ans. Nos résultats sont similaires à ceux de Rosenau [120] qui rapportait un âge moyen de 27 ans, avec des extrêmes de 17 et 43 ans.

Mouhamed [104] retrouvait un âge moyen de 27,6 avec des extrêmes de 15 et 43.

A la question de savoir si l'âge maternel a une quelconque influence sur la survenue de la présentation du siège, les avis sont divergents. La plupart des auteurs considèrent l'âge maternel comme un facteur indirect de survenue de la présentation du siège. Koné [81] ne partage pas cet avis et pour lui l'âge ne détermine pas la fréquence des présentations du siège.

Tableau XXVII : Age maternel selon les auteurs

Auteurs	Année / Pays	Age moyen	Limite d'âge
ROSENAU [120]	1990 / France	27	17- 43
KONE [81]	2005/ Mali	26	15- 45
BENTAHIR [13]	2009/Sénégal	26.7	14 - 44
MOUHAMED [104]	2015 /Sénégal	27.6	15 -43
Notre série	2015/Sénégal	26.5	15- 48

➤ Parité

Dans notre série, 60% des patientes étaient des primipares, largement supérieur au taux retrouvé par Farid (25,6%) dans son étude au CHU Le Dantec de Dakar en

1992 [48]. Notre taux reste également supérieur aux données de la littérature internationale [59,120]. Bentahir [13], dans une étude similaire retrouvait 41,8% plus proche des données internationales. Mouhamed [104] dans une étude réalisée en 2015 au CSPMS avait au contraire noté une prédominance des multipares soit 54,2%.

La fréquence de la présentation du siège varie avec la parité, elle est nettement plus élevée aux parités extrêmes et ceci est confirmé dans notre série.

Il est classiquement admis que la présentation du siège chez la primipare est favorisée par l'hypotrophie utérine et par le relâchement des parois utérines chez la multipare [98].

Pour ces mêmes raisons, le mode décomplété serait plus fréquent chez la primipare. Dans notre série, nous n'avons pas retrouvé de différence significative du mode de siège en fonction de la parité

Tableau XXVIII : Fréquence du siège selon la parité

Auteurs	Pays / Année	Parité	
		Primipares	Grandes multipares
ROSENAU [120]	France / 1990	50,1	3,60
GREEN [59]	USA / 1992	56,57	2,90
FARID [48]	Sénégal 1992	25,6	30,9
BENTAHIR [13]	Sénégal / 2009	41,8	14,2
MOUHAMED [104]	Sénégal/ 2015	45,8	54,2
Notre série	Sénégal/ 2005-2015	60	17

IV.4. Aspects diagnostiques

➤ Moment du diagnostic

Dans notre étude, le diagnostic de siège était posé avant le travail chez seulement 10,1% des patientes et la majorité (89,9%) au cours du travail. Nos résultats rejoignent ceux de Farid [48] avec 92% des sièges diagnostiqués au cours du travail à des stades plus ou moins avancés et seuls 2% des sièges dont le diagnostic était posé pendant la grossesse.

➤ Mode de siège

Nous avons retrouvé 60% de sièges en mode décomplété contre 40% en mode complet. La prédominance classique, en termes de fréquence du mode décomplété sur le mode complet dans la littérature a été ainsi retrouvée dans notre série.

Nos chiffres rejoignent ceux de la littérature avec des taux de mode décomplétés plus élevés allant même jusqu'à doubler ceux du mode complet. C'est le cas de

Dubois [40], Descargues [35] et de Ben Aissia [11]. Ces chiffres sont différents de ceux retrouvés par Koné [81] qui notait dans sa série une légère prédominance du mode complet, 55% contre 45% pour le mode décomplété (tableau XXIX).

Tableau XXIX : Fréquence selon le mode de siège.

Auteurs	Pays	Année	Mode de siège (%)	
			Complet	Décomplété
FARID [48]	Sénégal	1992	43,3	56,6
DUBOIS [40]	France	1995	29	71
DESCARGUE [35]	France	2000	27,4	72,6
BEN AISSIA [11]	Tunisie	2001	27,08	72,9
MOUNCHIT [105]	Maroc	2002	45,61	54,35
KONE [81]	Mali	2005	55	45
BENTAHI [13]	Sénégal	2009	31	68
MONCOLLIN [103]	France	2011	27,8	59,3
MOUHAMED [104]	Sénégal	2015	34,8	57,6
Notre série	Sénégal	2005-2015	40	60

➤ **Pratique des examens complémentaires**

Concernant la pratique des examens complémentaires, dans notre série, seulement 8% des parturientes avaient bénéficié d'au moins une échographie obstétricale. Aucune des patientes n'avait bénéficié ni d'une radiopelvimétrie ou d'une scannopelvimétrie. Farid [48] retrouvait un taux plus élevé avec 20,6% de patientes ayant eu au moins une échographie.

Ces faibles taux pourraient s'expliquer par le fait que la pratique des examens complémentaires est souvent limitée par soit la hausse du niveau de la pauvreté, soit une hausse des mauvaises pratiques et la faible disponibilité de ces derniers.

En effet, la gratuité des soins obstétricaux instaurés depuis quelques années dans notre pays, ne prend pas en compte les examens complémentaires indispensables pour un suivi prénatal de qualité.

IV.5. Facteurs étiologiques

IV.5.1. Facteurs maternels

➤ Age et parité

Dans notre série, 60% des parturientes étaient des primipares, mais seulement 17% étaient de grandes multipares.

La primiparité est connue pour être un facteur favorisant la présentation du siège, ceci pouvant être expliqué par le fait qu'il s'agit d'un utérus le plus souvent tonique. Certains utérus sont étroits et cylindriques et leur paroi manque de souplesse [118]. Par ailleurs, chez les grandes multipares, ce sont les troubles de l'accommodation dus au relâchement des parois utérines qui expliquent la survenue des présentations du siège chez celles-ci. Dans une cavité très vaste et complaisante, toutes les positions sont possibles, ce qui explique le taux relativement élevé des présentations du siège chez ces multipares [43].

➤ Les malformations utérines

Les malformations utérines qui peuvent être congénitales ou acquises, constituent classiquement des facteurs favorisant de la présentation du siège.

Dumont [44] estime leur fréquence à 3,06%, alors que Dubois [42], l'estime à 5%. D'après Michalas [100], la présentation du siège était notée chez 46% des femmes ayant une malformation utérine (utérus unicorne, utérus cloisonné).

Dans notre série, aucune malformation utérine n'a été rapportée. Ceci est à prendre avec circonspection du fait de là sous notification de ces antécédents dans les

dossiers et ceci pose la problématique de la révision utérine qui doit être systématique après l'accouchement surtout par césarienne.

➤ **Fibrome utérin**

Ce facteur a été retrouvé chez 04 de nos parturientes (0,5%).

Le fibrome utérin déforme la cavité utérine et altère la valeur fonctionnelle du myomètre empêchant ainsi la culbute physiologique

➤ **Anomalies du bassin**

Dans notre population, 699 bassins (91%) ont été jugés normaux. Nous avons relevé 6% de bassins rétrécis dans le lot duquel 68,9% étaient transversalement rétrécis ; cette fréquence était de 2,7% pour Farid [48] ; de 3,08% pour Rosenau [120] ; de 3,82% pour Kabous [75] ; de 1,81% pour Abassi [1] ; et de 19,08% pour Dumont [44]. Bentahir [13] avait retrouvé 3%. Mouhamed [104] quant à lui rapportait un taux de 1,7%

Cette évaluation s'étant basée uniquement sur la clinique et donc qualitativement insuffisante pour apprécier à sa juste valeur l'influence du bassin pathologique sur le pronostic de l'accouchement dans notre série. L'idéal serait de pratiquer une radiopelvimétrie ou même une scannopelvimétrie chez toutes les femmes ayant accouché par le siège, permettant de confirmer les viciations pelviennes de constat clinique et de mettre en évidence certaines anomalies du bassin passées inaperçues à l'exploration clinique.

Pour ce qui est de l'accouchement par voie basse d'une présentation du siège avec un bassin rétréci, aucun accord n'a pu se faire sur les mesures limites proposées [120] ; l'indice de Magnin ne peut être utilisé ici qu'avec circonspection : chaque diamètre du bassin doit être pris en compte.

IV.5.2. Facteurs foeto-annexiels

➤ Prématurité

Il ressort de notre étude un taux d'accouchements prématurés de 1,04 %.

Nos résultats restent largement en deçà de ceux de Farid [48] qui avait retrouvé un taux de prématurité de 38,7%. Auzelle [5] notait un taux de prématurité de 20% et Dellenbach [28] a rapporté, sur une série de 1000 grossesses suivies échographiquement :

- 27,1% de sièges à 26 semaines d'aménorrhée ;
- 14,5% de sièges à 32 SA ;
- 1,4% de sièges au-delà de 37 SA.

Il émanait de cette étude un constat : plus on se rapproche du terme, plus le taux de présentation du siège diminue.

Tableau XXX : Fréquence de la prématurité dans la présentation du siège selon les auteurs.

Auteurs	Fréquence (%)
BUAMBO-BAMANG [21]	31,6
MEYE [99]	33,5
AUZELLE [5]	20
DOLO [38]	10,2
ABASSI [1]	20,18
AUDRA [3]	10,46
BENTAHIR [13]	17
Notre série	1,04

➤ **Malformations fœtales**

Dans notre série, 19 cas de malformation étaient rapportés soit 2,47% environ pour l'ensemble des naissances, inférieur aux taux rapportés dans la littérature [17, 22]. Des malformations diverses et variées peuvent survenir dans la présentation du siège, particulièrement celles qui affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs...), ou son activité (Spina bifida, myéloméningocèle, trisomie 13 et 18) gênant ainsi la culbute fœtale [42].

Tableau XXXI : Fréquence des malformations fœtales selon les auteurs

Auteurs	Années	Fréquence (%)
BRENNER [17]	1990	6.3
CABALLERO [22]	1996	3.3
MOUNCHIT [105]	2000	7.56
ABASSI [1]	2002	3.28
BENTAHIR [13]	2009	3.06
Notre série	2005-2015	2,47

➤ **Insertion basse du placenta et brièveté du cordon**

Dans notre série, nous n'avons relevé aucun cas de placenta prævia ni de brièveté du cordon, et ceci à prendre avec circonspection du fait de la nature rétrospective de notre travail.

Dans la littérature, on impute au placenta prævia et à la brièveté du cordon, de même qu'aux anomalies d'insertion placentaire, la responsabilité d'empêcher la bascule du fœtus, et d'entraîner une difficulté d'engagement [42].

Ainsi, la brièveté du cordon peut empêcher la mutation du septième mois, et une tumeur prævia, pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale [99].

➤ **Anomalies de volume du liquide amniotique**

Dans notre étude, nous avons 0,5% d'oligoamnios, taux inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature, avec 1,7% d'hydramnios pour Farid [48], 1,87% pour Abassi [1], et 5,5% pour Caballero [22] alors que Bentahir [13] rapportait un taux de 0,38% d'hydramnios, et de 0,76% d'oligoamnios.

L'insuffisance et l'excès de liquide amniotique peuvent intervenir directement dans la survenue de la présentation de siège. Toutefois il ne faudrait pas écarter l'existence d'une malformation fœtale telle que le syndrome de Potter [42].

IV.6. Mode d'accouchement

Le taux d'accouchement par voie basse était de 69% dans notre série. En comparant ce taux à ceux des maternités de la sous-région et de certains pays du Maghreb, nous constatons qu'il est inférieur à ceux de Buambo-Bamanga [21] Brazzaville (Congo), Abassi [1] à Meknès (Maroc), et Mouchit [105] à Settât (Maroc), qui rapportent des taux respectifs de 88,1% de 90,3% et de 94,3%. Il est superposable à celui enregistré par Kabous [75] au CHU de Casablanca (Maroc) avec 69,4%, mais reste cependant supérieur aux taux enregistrés par Meyé [199] au CHU de Libreville (Gabon), et Ben Aïssia [11] au CHU de Morsâ (Tunisie) qui sont respectivement de 48,8% et 41,1%.

Notre taux d'accouchements par voie basse reste également supérieur aux taux relevés dans la littérature occidentale où la fréquence des accouchements par voie basse dépasse rarement 50% [39].

Plusieurs facteurs peuvent influencer le mode d'accouchement qu'ils soient maternels ou foeto-annexiels.

Concernant les facteurs maternels, un âge supérieur à 30 ans est considéré comme défavorable [60]. Ce qui ne concorde pas avec nos résultats où la voie basse spontanée était plus fréquemment observée pour cette tranche d'âge. Ceci s'explique probablement par le fait que dans notre série, ces patientes étaient déjà paucipares ou multipares à cet âge.

Nos résultats ont en effet montré que le taux d'AVBS était significativement plus important chez les multipares.

Les principaux facteurs annexiels qui ont influencé le mode d'accouchement étaient l'âge gestationnel, l'état des membranes et le poids de naissance.

Tous les prématurés, qui étaient au nombre de 08 (1,04%), sont nés par voie basse spontanée. La césarienne et les manœuvres d'extraction fœtale ont été plus souvent réalisées pour des grossesses à terme (61%)

Pour Dubois [41], en cas de prématurité, l'accouchement par les voies naturelles est d'autant plus périlleux qu'il s'agit d'un fœtus fragile particulièrement exposé aux hémorragies cérébro-méningées et à la rétention de la tête au-dessus du col en raison de la diminution du rapport tronc sur tête.

La majorité des auteurs [41, 44, 59], préconisent la césarienne en cas de terme compris entre 28 et 33 semaines, et un poids estimé inférieur à 2000 g. La voie basse en revanche peut être acceptée si le terme est supérieur à 34 semaines, le poids estimé au-dessus de 2000 g et en l'absence d'anomalies fœtales. Ceci ne

concorde pas avec les résultats de notre étude. Ce fait pourrait être lié au retard diagnostique et thérapeutique de la présentation du siège constaté dans notre série.

Par contre, dans notre série, une césarienne était réalisée dans 82,1% des cas de macrosomie.

La macrosomie est un facteur de risque de rétention de la tête dernière, la césarienne est conseillée pour toute estimation du poids à plus de 4000 g pour Denis [4] et Erkkola [46], et à plus de 3800 g pour Audra [4]. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

La rupture prématurée des membranes dans notre série, était une indication de césarienne dans tous les cas (52 au total). Les accouchements spontanés s'observaient plus lorsque les membranes étaient intactes avec un taux à 66%. Nos résultats sont ainsi en phase avec les données de la littérature où Descargues [35], retrouvait des taux de césarienne élevés lorsque les membranes étaient rompues.

Pour Denis [34], plus la rupture est précoce, plus le taux de césariennes augmente.

Merger [98], en fait une indication de césarienne, si elle n'est pas suivie dans les 10 heures, d'une franche entrée en travail.

Quant à la prise en charge de l'accouchement proprement dit, l'abstention (technique de Vermelin) a été la méthode de choix (61%) dans notre série. Quand une intervention était requise, c'est la manœuvre de Mauriceau qui a été la plus utilisée (11,2%). Les autres manœuvres (petite extraction aidée et grande extraction de siège) furent rarement utilisées avec respectivement 3,7% et 4,3%. Plusieurs auteurs préconisent l'abstention complète, laissant l'expulsion se dérouler normalement [42]; l'expérience et l'habileté de l'accoucheur y jouant un rôle primordial. Pour Sanchez et al [124], un obstétricien non entraîné constitue lui-même une indication à la césarienne.

Sur les 768 accouchements du siège, 238 césariennes ont été réalisées soit 31%. Nos chiffres dépassent largement ceux de Farid [48] qui, au cours de son étude en 1992 au CHU Aristide Le Dantec, rapportait une fréquence à 16,7%.

Ils restent également supérieurs à ceux de certaines maternités africaines, Buamba Bamang [21] qui retrouvait 11,9%. Nos résultats sont comparables à ceux de Bentahir [13] qui retrouvait une fréquence de 39% alors que Mouhamed [104] rapportait un taux global de césarienne de 55,1%.

Par contre, notre taux est en deçà de ceux rapportés dans la littérature occidentale comme le montre le tableau XXXII.

Tableau XXXII : Fréquence de la césarienne dans la présentation du siège dans la littérature

Auteurs	Pays	Années	Fréquence (%)
ERKKOLA [46]	Finlande	1974 -1994	40
ROMAN [120]	Suède	1987-1993	43.7
BERGER [15]	France	1991	56.5
FARID [48]	Sénégal	1992	16.7
AUDRA [3]	France	1996	69.2
HANNAH [60]	Canada	2000	73.5
BENAISSIA [11]	Tunisie	2001	58.9
BUAMBA B.[21]	Congo	2002	11.9
KABOUS [75]	Maroc	2002	30.5
BENTAHIR [13]	Sénégal	2009	39
MOUHAMED [104]	Sénégal	2015	55,1
Notre série	Sénégal	2005-2015	31

La majorité des césariennes (95,5%), était réalisée au cours du travail. La fréquence des césariennes pendant le travail varie selon les auteurs : elle est de 26,5% pour Descargues [35], de 19% pour Roman et coll [119], de 41,93% pour Abassi [1] et de 10% pour Audra [3] et Dubois [39], pour Carayol et Goffinet [24] cette fréquence était de 18,4%. Ce constat reflète une fois de plus le retard apporté au diagnostic et à la prise en charge de la présentation du siège, le plus souvent découverte au cours du travail.

Pour Roman et coll. [119], la césarienne en urgence est beaucoup plus pourvoyeuse de morbidité maternelle.

IV.7. Aspects pronostiques

IV.7.1. Pronostic maternel

Dans notre étude, nous avons eu à enregistrer un cas de décès maternel, qui faut il le rappeler, n'était pas directement lié à la pratique de la césarienne mais à une décompensation aigue d'une anémie ; ceci se rapproche des résultats de certains auteurs [42, 46, 116]. Cependant, Moldin et coll. [102], à propos de 63075 césariennes, ont recensé 8 cas pour lesquels l'intervention a causé le décès maternel, et concluent qu'en Suède, ce risque est 12 fois plus élevé qu'après accouchement par voie basse.

Pour Tatum [129], la morbidité maternelle après césarienne serait 38 fois plus élevée qu'après accouchement par voie basse.

Nous avons constaté que, pour l'accouchement par voie basse, la mortalité maternelle était nulle, ce qui rejoint les données de la littérature [42, 108].

Pour Erkkola [46], outre la morbidité, la césarienne entraîne une réduction du taux ultérieur des grossesses chez ces femmes.

Pour Rachdi [116], la morbidité maternelle est dominée par les complications infectieuses et hémorragiques.

Dans notre travail, 06 cas de déchirures périnéales (15,4%) ont été enregistrés.

L'épisiotomie était réalisée dans 25,5% des cas dans notre série. Pour Dolo [38], la pratique systématique de l'épisiotomie améliore le pronostic maternel en évitant le traumatisme du périnée. Pour Berger [14] également, l'épisiotomie devrait être systématique quelle que soit la parité. Pour Caballero [22], elle devrait être systématique chez la primipare et réalisée en cas de nécessité chez la multipare.

IV.7.2. Pronostic fœtal

L'accouchement en présentation du siège expose à une mortalité et une morbidité périnatale accrues [120].

Dans notre étude, 34 cas de décès périnataux ont été répertoriés, soit une fréquence de 4,4%, taux proche de ceux de certaines maternités africaines au cours de cette dernière décennie (tableau XXXIII) ; mais élevé en comparaison avec ceux des pays industrialisés dits « pays à faible mortalité périnatale » où la mortalité néonatale globale oscille entre 5‰ et 19‰ [39]. Notre taux reste élevé par rapport à celui rapporté par Mouhamed [104] dans son étude réalisée au Centre de santé Philippe Maguilène Senghor en 2015.

Tableau XXXIII : Taux de mortalité périnatale globale selon les séries

Auteurs	Pays	Années	Taux de mortalité (%)
MEYE [99]	Gabon	2000	10.5
ABASSI [1]	Maroc	2001	14.56
BUAMBO-B [21]	Congo	2002	7.8
KABOUS [75]	Maroc	2002	13.82
BENTAHIR [13]	Sénégal	2009	12.64
MOUHAMED [104]	Sénégal	2015	1,6
Notre série	Sénégal	2005-2015	4.4

Plusieurs facteurs expliqueraient ce pronostic souvent réservé.

IV.7.2.1. Facteurs pronostiques maternels

➤ Age maternel

Dans notre étude, au-delà de 35 ans, les scores d'APGAR à la cinquième minute (M5), sans préjuger du mode d'accouchement, étaient majoritairement supérieurs à 7 (84,8 %). Les plus fortes proportions d'APGAR inférieur à 7 à la cinquième minute (M5) s'observaient pour des âges inférieurs à 20 ans (31,2%). Cependant la différence n'était pas significative.

Pour Dubois et Grall [42], un âge maternel inférieur à 18 ans et surtout supérieur à 35 ans est considéré comme défavorable.

Pour Caballero [22], l'âge de la parturiente, surtout primipare est un facteur déterminant quant à la qualité de la dilatation et au déroulement de l'accouchement.

Pour Venditelli [132], un âge supérieur à 35 ans est considéré comme défavorable pour un accouchement par voie basse en cas de siège.

➤ **Parité**

La primiparité est classiquement considérée comme un facteur de mauvais pronostic [120]. Selon Merger [98] « chez la multipare, le pronostic est à peine moins bon que celui du sommet. Chez la primipare, au contraire, le pronostic fœtal comporte toujours une réserve ».

Pour Suzanne [128], la primiparité s'accompagne d'un taux de mortalité périnatale accrue. Quant à la multiparité, même s'il était classique d'admettre que le pronostic est d'autant meilleur que la parité est élevée, beaucoup d'auteurs se montrent d'un avis contraire, surtout en ce qui concerne la grande multiparité [42].

Notre travail fait apparaître aussi les mêmes influences que l'on attribue à ces parités extrêmes : en effet, la proportion la plus importante de faible score d'APGAR (26,2%) était relevée chez les grandes multipares. Cependant la différence n'était pas significative ($p = 0,066$)

IV.7.2.2. Facteurs pronostiques liés au fœtus

➤ **Age gestationnel**

Dans notre étude, un terme > 36 SA était significativement associé à un meilleur score d'APGAR ($p = 0,002$).

Tous les auteurs sont unanimes sur le fait que le risque fœtal augmente avec la prématurité.

Pour Rosenau [120], au-delà de 36 SA, l'âge gestationnel n'a aucune influence sur le pronostic.

Pour Meye [99], le principal facteur pronostique de morbidité est la prématurité, particulièrement pour les grossesses de moins de 35 SA.

Picaud [112], au centre hospitalier de Libreville, et Dubois [40], à Lille avaient fait le même constat.

Selon Amiel-Tison [2], l'état de prématurité constitue un risque supplémentaire pour le fœtus en présentation du siège.

Audra [4] pense qu'il existe un lien entre l'augmentation de la morbidité fœtale du siège et la prématurité.

Pour Auzelle [5], la prématurité est un facteur indiscutable de morbidité.

➤ **Poids de naissance**

Notre étude révèle que les nouveau-nés dont le poids était compris entre 2000 g et 4000 g avaient un meilleur pronostic. Les nouveau-nés de faible poids de naissance, du fait de la prématurité ou de l'hypotrophie, présentaient un score d'APGAR inférieur à 7 dans 71,4% à la cinquième minute (M5).

Dans la littérature, la plupart des auteurs soulignent une morbidité élevée chez les nouveau-nés de moins de 2500 g nés en présentation de siège [2, 40].

Pour Dubois [42], la morbidité fœtale est nettement élevée, avec des scores d'Apgar à 1 minute et à 5 minutes inférieurs à 4 si l'accouchement se fait par voie basse pour le fœtus de faible poids de naissance.

➤ **Mode de siège**

Dans notre série, les scores d'Apgar à 5 minutes, étaient meilleurs en cas de siège décomplété par rapport au siège complet, (83% contre 76,4 %) et ce avec une différence statistiquement significative (p value = 0,048)

Pour Descargues [35], il n'est pas retrouvé de différence significative du score d'Apgar entre les deux modes de présentation du siège.

Dans l'accouchement du siège, contrairement à ce qui est décrit dans la littérature classique où le siège complet était considéré comme de meilleur pronostic, d'autres

études s'étant intéressées au pronostic de la présentation du siège, n'ont pas constaté de différence significative entre le siège complet et le siège décomplété [42 ; 119].

➤ **Rupture prématurée des membranes**

Notre attitude au cours du travail obéit aux règles de l'école Bordelaise parmi lesquelles, le respect de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète, en l'absence d'anomalies [133]. La majorité des auteurs attribuent à la rupture prématurée des membranes une signification péjorative [35, 35, 98].

Dans notre étude, la survenue d'une rupture prématurée des membranes n'a influencé en rien l'état fœtal à la naissance, mais l'insuffisance des investigations sur le plan infectieux chez les nouveau-nés, et l'absence de suivi le long de la période néonatale, ne nous permet pas d'être formels.

IV.7.2.3. Facteurs pronostiques liés à la parturition

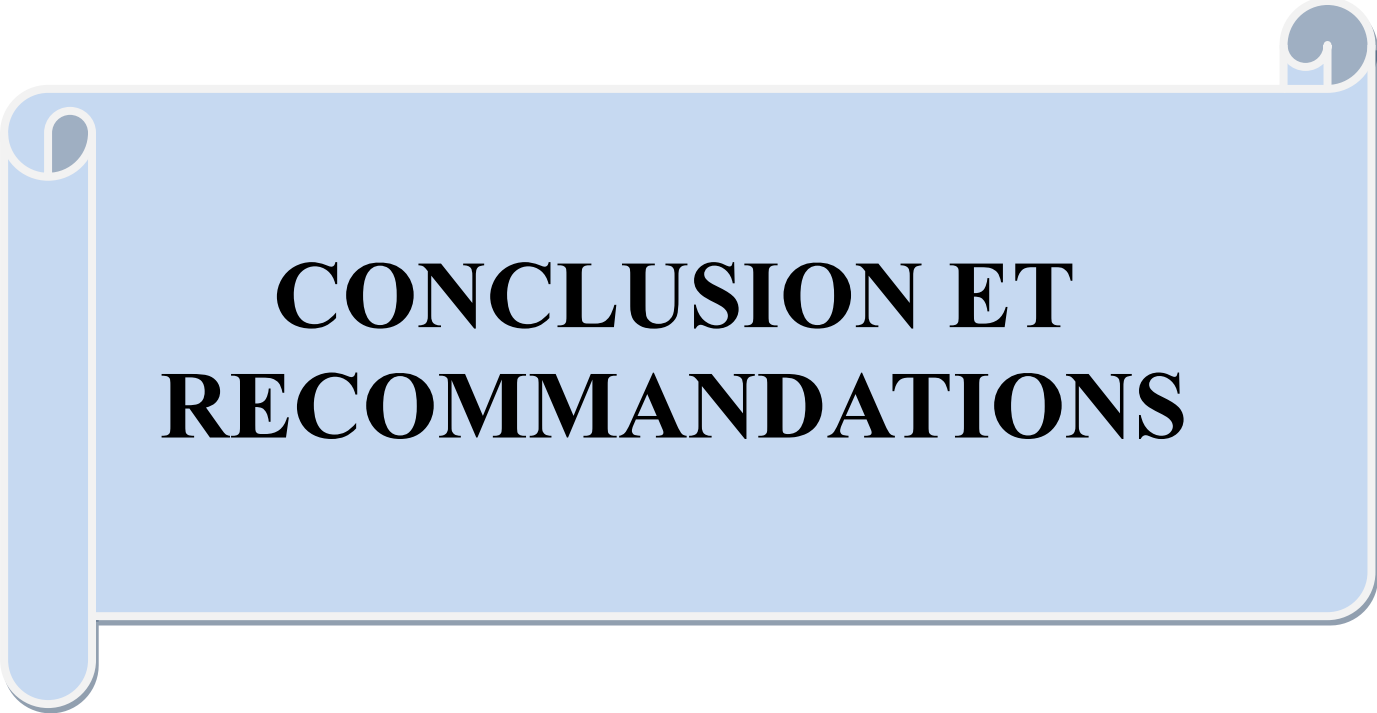
Dans la majorité des études, y compris la nôtre, la mortalité et la morbidité néonatales précoces étaient plus fréquentes lors de l'accouchement par voie basse assistée (utilisation des manœuvres obstétricales d'extraction) que celles enregistrées lors de l'accouchement spontané (Vermelin) ou à la suite des césariennes [42,120]. Ceci pourrait s'expliquer, par le fait que les manœuvres s'exécutent souvent en cas de souffrance fœtale aigue.

Krebs et coll. [83], dans une étude cas-témoin portant sur 19476 sièges nés au Danemark entre 1982 et 1992, concluaient que le risque de score d'APGAR inférieur à 7 à 5 minutes était 15 fois plus élevé en cas d'essai de voie basse par rapport à la naissance par césarienne.

Dans notre série, les meilleurs scores d'APGAR s'observaient pour les accouchements par césarienne.

L'expulsion par voie basse privilégie actuellement les manœuvres de Bracht et de Lovset plutôt que la manœuvre de Mauriceau [39].

Ainsi, comme rapporté par la littérature, la manœuvre de Mauriceau et la grande extraction du siège sont délétères pour les nouveau-nés, et les meilleurs scores d'APGAR s'observent pour les accouchements par césarienne, sans que la différence ne soit statistiquement significative (p value =1).



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'accouchement en présentation du siège est un sujet qui a longtemps divisé les obstétriciens dans les sociétés savantes. Aux partisans de la césarienne systématique s'opposent les partisans de la voie basse qui réclament une meilleure connaissance des facteurs de risque, afin de restreindre les indications abusives de césarienne qui ne feraient que multiplier la mortalité et la morbidité maternelle, le coût en santé publique, et engager le pronostic des grossesses ultérieures. Beaucoup de recommandations ont été formulées mais jusqu'à présent aucun consensus international n'a été obtenu quant à la prise en charge de l'accouchement du siège. Ceci a motivé en grande partie le choix de ce travail dont le but était de faire un état des lieux de la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège dans une maternité africaine.

Ce travail est le fruit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair de Dakar sur une période de onze ans (132 mois), du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2015. Elle avait pour objectifs :

- de déterminer la fréquence de la présentation du siège ;
- d'en décrire les particularités diagnostiques ;
- d'apprécier le pronostic de l'accouchement en présentation du siège ;
- et de préciser les modalités de prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.

Durant cette période, nous avons enregistré 768 cas de présentation du siège sur les 55557 accouchements qui ont été effectués à la maternité du dit centre, soit une fréquence de 1,38%. Parmi ces 768 cas, 307 sièges étaient complets contre 461 décomplétés, soit respectivement 40% et 60%.

L'âge moyen des parturientes était de 26,5 ans. Plus de la moitié des patientes appartenait à la tranche d'âge de 20 à 29 ans.

La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 1 et 11.

Les primipares représentaient 60% contre 17% de grandes multipares.

Parmi les facteurs étiologiques, nous avons retrouvé :

- la prématurité, dans 1,04 % des cas ;
- les malformations foetales, notamment l'hydrocéphalie, le spina bifida, avec un taux de 2,47 %.

Plus de la majorité des cas (72%) étaient venues d'elles-mêmes.

La majorité des parturientes (57%) avait effectué au moins 4 CPN.

Le diagnostic de présentation de siège n'a été posé lors des CPN que chez 10,1% des parturientes. Seulement 64 patientes (8,3%) avaient bénéficié d'une échographie obstétricale.

Aucune parturiente n'a pu bénéficier d'une Radiopelvimétrie ou d'une Scannopelvimétrie dans notre série.

A l'admission, 20% des parturientes étaient à dilatation complète. Les membranes étaient rompues chez la majorité des cas (68%) avec un liquide amniotique clair (50%) et une présentation déjà engagée ou fixée (54%).

A la pelvimétrie clinique, les bassins étaient jugés cliniquement normaux chez 91% des parturientes. Chez 6% des parturientes, le bassin était rétréci.

La majorité des parturientes a accouché par voie basse (69%).

Notre attitude face à l'accouchement du siège était surtout abstentionniste avec une voie basse spontanée chez 468 parturientes (61%) contre 61 manœuvres d'extraction fœtale (8%). Le taux global de césariennes dans la présentation du siège était de 31% et les indications étaient dominées par les ruptures prématurées des membranes et la souffrance fœtale aigue.

Chez 25,5% des patientes, une épisiotomie était réalisée, et une déchirure périnéale était notée chez 5,4% d'elles. La GATPA était faite chez 58% des patientes.

La révision utérine était réalisée chez 41,5% des parturientes ; 1,5% des patientes ont bénéficié d'un examen sous valves après hémorragie du post partum.

Le pronostic des nouveaux nés en présentation du siège était marqué par une morbidité et une mortalité non négligeables :

- le score d'Apgar était inférieur à 7 (critère de morbidité fœtale) dans 20 % des cas à cinq minutes.

- Nous avons relevé dans notre série 34 cas de décès néonatal précoce.

La morbidité maternelle était marquée 20 cas d'hémorragies du perpartum, avec 08 cas d'HRP (hématome rétro placentaire) dont un de diagnostic rétrospectif, suivies des lésions périnéales et des syndromes vasculorénaux.

Nous avons eu à enregistrer dans notre série, un décès maternel à j1 du post opératoire. Il s'agissait d'une parturiente de 28 ans admise pour RPM de 96 heures chez qui une chorioamniotite et un collapsus cardiovasculaire étaient diagnostiqués. Le bilan biologique avait objectivé une anémie sévère.

L'analyse des paramètres fœtaux en fonction du mode d'accouchement nous a permis de conclure que ce dernier était fortement influencé par l'âge gestationnel mais également par le poids de naissance car tous les prématurés et la majorité des hypotrophies (faible poids de naissance, 78,3%) étaient nés par voie basse spontanée, tandis que, la presque totalité (82,1%) des macrosomes sont nés par césarienne.

Cette même analyse nous a permis de conclure que le mode décomplété était de meilleur pronostic que le mode complet pour la voie basse spontanée. Cependant, cela ne doit pas être utilisé comme argument pour contre-indiquer l'accouchement par voie basse dans le mode complet.

Au terme de notre étude, compte tenu des difficultés liées à la prise en charge de l'accouchement de la présentation de siège et surtout dans un souci d'améliorer le pronostic materno-fœtal et le diagnostic des pathologies associées à la grossesse nous formulons les recommandations suivantes qui s'adressent respectivement :

➤ **à la communauté**

- le suivi régulier des grossesses par des consultations prénatales de qualité pour toutes les gestantes pour une identification et une prise en charge précoces des présentations du siège ;
- honorer autant que faire se peut les examens complémentaires notamment l'échographie obstétricale surtout au troisième trimestre ;

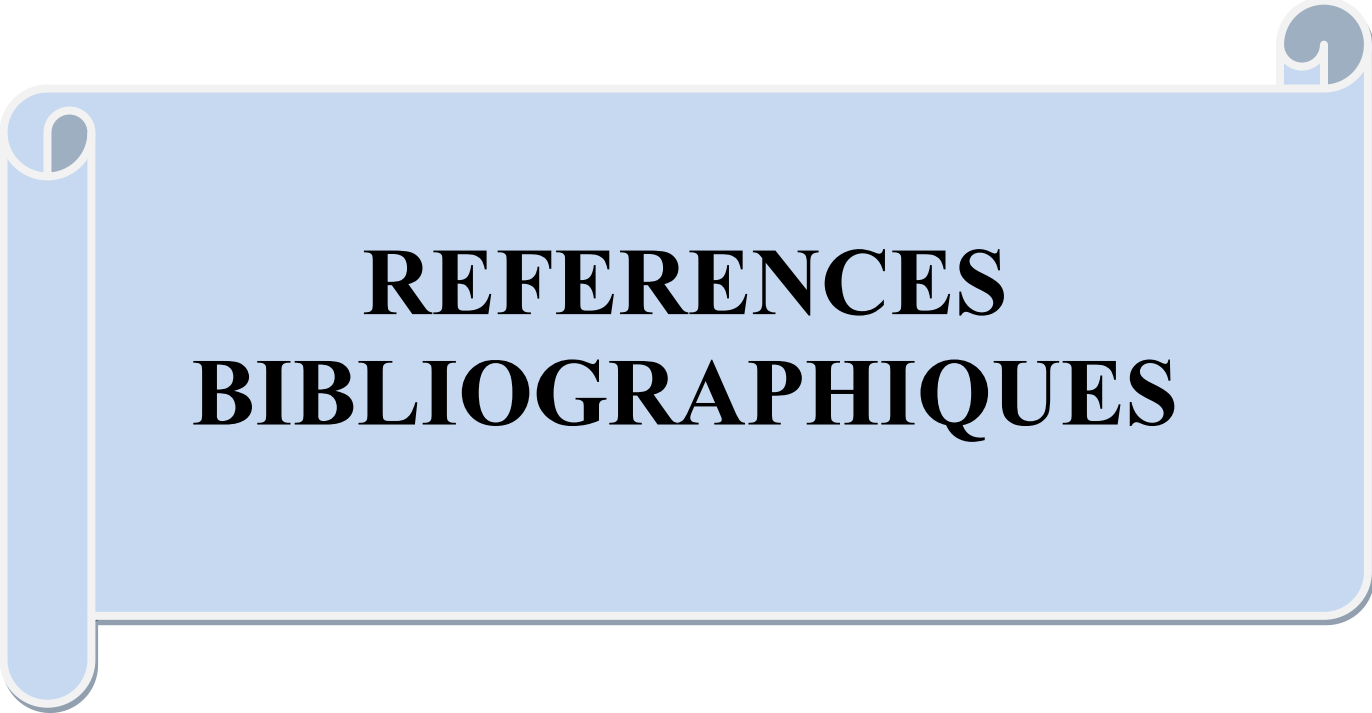
➤ **au personnel de santé**

- poser de façon précoce le diagnostic clinique de la présentation du siège et le confirmer par une échographie ;
- ne concevoir un accouchement du siège chez une primipare que dans un milieu obstétrico-chirurgical avec un personnel entraîné et compétent ;
- référer immédiatement tout accouchement du siège en milieu obstétrico-chirurgical en particulier chez les primipares ;
- demander systématiquement une échographie du troisième trimestre de la grossesse pour la biométrie, l'estimation pondérale, la présentation, la localisation placentaire, et la détermination de l'attitude de la tête fœtale dans le cadre de l'établissement du pronostic de l'accouchement ;
- réaliser une évaluation clinique du bassin et réaliser la radiopelvimétrie ou mieux, la scannopelvimétrie devant toute présentation du siège, et décider à temps de la voie d'accouchement au cours de la dernière consultation prénatale ;

- proposer une version par manœuvre externe, si les conditions sont réunies, vers 36 à 37 semaines d'aménorrhée ;
- en cas d'acceptation de la voie basse, réaliser une épisiotomie systématique chez la primipare, et au besoin chez la multipare ;
- surveiller rigoureusement le travail avec l'enregistrement du rythme cardiaque et le partogramme et si nécessaire, recourir à la direction du travail ;
- remplir de façon correcte les dossiers d'accouchement ;
- mettre sur pied un système d'archivage avec l'informatisation des dossiers ;
- savoir recourir à temps à la césarienne devant la moindre dystocie ;
- réaliser les manœuvres d'extraction fœtale qu'après une bonne évaluation des conditions et un apprentissage bien encadré.

➤ **aux autorités sanitaires**

- Assurer une formation de base de qualité et une formation continue dans la prise en charge des urgences obstétricales en général et de l'accouchement du siège en particulier dans le cadre des SONU
- former le personnel à la réalisation de la VME
- mettre à la disposition des structures un personnel qualifié à la réalisation des manœuvres, d'où l'intérêt de l'apprentissage par simulation ;
- rendre plus disponible l'échographie obstétricale en salle d'accouchement, dans le cadre de la gratuité des soins obstétricaux ;
- proposer des protocoles de prise en charge des accouchements en présentation du siège adaptés à nos conditions d'exercice, avec sélection stricte des patientes pouvant accoucher par voie basse.



REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

1- Abassi A

Accouchement en présentation du siège à l'Hôpital Provincial de Meknès. *Thèse Méd Casablanca Université 2002 ; n° 39*

2- Amiel TC

Le devenir des enfants nés en présentation du siège. *Gazette Médicale Paris, 1984, ; 91 : 51-5*

3- Audra P, Bretones S, Mellier G

Accouchement par le siège à terme : césarienne de principe-versus accouchement planifié. *Contracept Fertil Sex, 1997 ; 25, 2.*

4- Audra P, Putet G

Reste-il des indications de la voie basse dans la présentation du siège ? *Rev Fr Gynécol Obstét. 1990 ; 85, 10 : 545-48.*

5- Auzelle P, Bernard Cl

L'accouchement prématuré en présentation du siège. *J Gynécol Obstet Biol Reprod 1986; 15, 8: 1101-04.*

6- Ballas S, Toaf R, Jaffa Aj

Deflexion of the foetal heading breech presentation. *Obstet Gynecol 1978; 52: 653-655.*

7- Barbarino- Monnier P, Boutroy J-L

Présentation du siège. *In Obstétrique : Paris, Ellipses ,1997 : 764- 778*

8- Barlov K, Larsson G

Results of a five year prospective study using a foeto-pelviesscoring system for term single on breech delivery after uncomplicated pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand 1986 ; 65 : 315-319.*

9- Baudet J H

Présentation du siège. *In Obstétrique Pratique, Paris, Maloine, 1990 : 335.*

10- Ben-Arie A, Kogan S, Schachter M et al

The impact of external cephalic version on the rate of vaginal and caesarean breech deliveries; a 3 years cumulative experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 63: 125- 129.

11- Ben Aissia N, Youssef A, Said Mc, Gara Mf

Présentation de siège: accouchement par voie basse ou césarienne systématique? *La Tunisie Médicale* 2004 ; 82, 5 : 425-430.

12- Benifla J L, Pons J S

Présentation Du Siège. *In Obstétrique, Paris, Flammarion* 1995 :1173-1189.

13 - Bentahir S

Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques de l'accouchement en présentation du siège au Centre de Santé roi Baudouin de Dakar.
Thèse Médecine Dakar 2009 ; n°43

14- Berger C H

Etude et réflexion sur la version par manœuvres externes. A propos d'un prospectif multicentrique au niveau de 4 maternités du groupement de l'ouest. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1991; 20 :1123-1130 .

15- Berger C H.

Siège : vous avez dit « voie haute » ! *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2000; 29: 525-526.

16. Bodmer B, Benjamin A, Mclean FH et coll

Has use of cesarean section reduced the risks of delivery in the preterm breech presentation? *Am J Obstet Gynecol*. 1986 Feb; 154(2):244-50.

17- Brenner WE, Brule RD, Heindricks CH

The Characteristics and Perils of Breech Presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 118: 700-713.

18. Brinkman L C

Obstetrics and gynecology-important advances in clinical medicine: vaginal versus cesarean delivery for breech Presentation. *West J Med*. 1983 Oct;139(4):518.

19-Broche D E, Maillet R, Curie V et al.

Accouchement en présentation du siège. *EMC, Obstétrique*. 2008; 5-049-L-40.

20. Broche D E, Ramanah R, Collin A et al.

Term-breech presentation: predictive factors of cesarean section for vaginal-birth failure. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2008, 37(5): 483-92.

21- Buambo-Bamanga S F, Makoumbou P, Oyer-Moke P et al.

Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville. *Méd Afr Noire* 2006 ; 53 : 287-292.

22- Caballero A, Fernandez BJ., Pelaez Ageda J M et al.

Conduite lors de l'assistance de l'accouchement podalique. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1986 ; 81, 2 : 77-83 .

23. Carbonne B

Indications for cesarean section in case of dystocia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod .* 2000 Nov; 29(2 Suppl):68-73.

24. Carayol M, Alexander S, Goffinet F, Breart G, Uzan S, Subtil D, et al.

Mode of delivery and term breech presentation in the PREMODA cohort. *J Gynecol Obstet Biol Reprod .* 2004 ; 33(1 Suppl): S37-44.

25. Cheng M, Hannah M

Breech delivery at term: ca critical review.
Jr of Perinat Med 1989 ; 17 : 121-126

26. Colle J V

Current management of breech presentation. *Clin Obstet Gynecol* 1980 ; 23: 525-531.

27. Coppola C, Mottet N, Maries A.S , Baeza, C, Poitrey E, Bourtembourg A, Ramanah R, Riethmuller,D

Impact de la version par manoeuvre externe sur le pronostic obstétrical dans une équipe à fort taux de réussite de l'accouchement vaginal du siège. *J Gynecol Obstet et Biologie de la reproduction* , 45- 8, 859-865

28- Couderc F

Siège et prématurité. *Rev Fr Gynécol* 1978 ; 73, 1 : 75-76.

29. CNGOF

Recommandations pour la pratique clinique: la césarienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29 (suppl 2) 9-108

30- Creze J

Le pronostic fœtal de la procidence du cordon dans la présentation du siège.
Gynecol Obstet 1956; 55: 333-335.

31. Danon D

L'apport de la césarienne dans la présentation du siège. Thèse Méd. 1981
Strasbourg n° 34

32- Dellenbach P, Nisand I, Jacouemin D

La présentation du siège. *Mise à jour de Gynécologie Obstétrique, Paris, Vigot*
1970 : 123-138.

33- Dembele A

Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège dans les
maternités du district de Bamako : 192 cas. Thèse Med, Bamako, 1988. N°18

34- Denis A, Texier M, Rouchy R

Le pronostic fœtal en présentation du siège. Evaluation d'un coefficient de risque.
Rev Fr Gynécol Obstét 1976 ; 71, 5 : 309-316.

35- Descargues G, Doucet S, Mauger-Tinlot, et al.

Influence du mode de la présentation dans l'accouchement du siège chez la
primipare à terme sélectionnée. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2001; 30, 7 : 664-
673.

36- Dicko B

Accouchement du siège, pronostic fœtal à propos de 103 cas.
Thèse Med, Bamako, 2001. n° 67

37. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D

Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women
with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(4):CD004224

38- Dolo A, Dembele A , Diabate F S et al.

L'accouchement du siège dans les maternités du district de Bamako : à propos de
128 cas. *Publications Médicales Africaines* 1990 ;23 :38-42 pm :

39- Dubois C, Dufour P, Quandalle F et al.

Présentation du siège : conduite à tenir (à propos de 304 observations).

Contracept Fertil Sex 1998 ; 26, 5 : 363- 371.

40- Dubois J

Aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège.

J Gynécol Obst Reprod 1981 ; 10 : 479-92

41- Dubois J, Grall J Y

Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1990 ; 85, 5 : 336-341.

42- Dubois J, Grall J Y, Moquet P Y et al.

Présentation Du Siège *Encycl Méd Chir* 1994 ; 5-049-L-40 : 14p.

43- Dufour P

Présentation par le siège à terme .Version par manœuvres externes : quand et comment ? *Encycl Méd Chir , Obstétrique*, 5-049-L-42, 2002, 7p.

44- Dumont M, Nelken S, Condamin P

Etude de 309 accouchements en présentation du siège. Evaluation du risque foetal. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1983 ; 72 : 775-778.

45- Dumont M

Les présentations du siège. *Obstétrique, Paris, Vigot Frères* 1972 : 177-189.

46- Erkkola R

Controversies: selective vaginal delivery for breech presentation. *J Perinat Med* 1996; 24, 6: 553-561

47. Facq J

L'accouchement spontané dans les présentations du siège. Mécanisme, Résultats. Nancy, Imprimerie Georges Thomas. 1948.

48- Farid F I

Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néo-natal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire. *Thèse Méd Dakar* 199 ; n° 40.

49. Faron G, Vokaer A

Determining factors for the success of external cephalic version: a retrospective study of 439 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008 ;37(5):493-8.

50. Gannard-Pechin E, Ramanah R, Desmarets M, Maillet R, Riethmuller D.

La présentation du siège singleton à terme. À propos d'une série continue de 418 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013; 42: 685-692.

51- Georges P

L'accouchement en présentation par le siège à terme « une attitude équilibrée est-elle possible ? » XIVème JTA Gynécologie Obstétrique PMA et Pédiatrie 1999; 1-6.

52. Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH

Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol.* 1983 1;146(1):34-40.

53. Glezerman M

Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:20.

54. Goffinet F

Mode d'accouchement en cas de présentation du siège à terme: la tentative de voie basse est-elle une option raisonnable? EMC, Obstétrique Encycl méd. 2008; 5-049-L-48.

55. Goffinet F, Blondel B, Breart G

Breech presentation: questions raised by the controlled trial by Hannah et al. on systematic use of cesarean section for breech presentations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30(2):187-90.

56. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D et al.

Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002—11.

57- Goldenberg M L, Nelson K G

The unanticipated breech presentation on labor. *Clin Obstet Gynecol* 1984; 27: 95-105.

58. Golfier F, Vaudoyer F, Ecochard R, Champion F, Audra P, Raudrant D

Planned vaginal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001; 98(2):186-92.

59- Green JE, Mclean F, Smith LP, Usher R

Has an increased caesarean section rate for term breech delivery reduced of birth asphyxia, trauma and death? *Am J Obstet Gynecol* 1992; 142, 6 : 643- 648.

60- Hannah ME, Hannah WJ

Accouchement par présentation du siège: la fin d'une époque. *Lancet* 2000; 356: 1357.

61- Hannah ME, Hannah WJ

Caesarean section or vaginal birth for breech presentation at term. *Br Med J* 1996; 312: 14

62- Hannah ME, Hannah WJ

Caesarean delivery of breech babies is beneficial for infant health but has no impact on maternal health. *Obstetrics And Gynaecology* 2001; 5, 3: 1354-56.

63- Hannah ME, Hannah WJ

Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*, 2000; 356: 1369- 1370.

64- Hannah ME, Hannah WJ

Planned Caesarean Section Versus Planned Vaginal Birth For Breech Presentation At Term. *Lancet* 2000; 356: 1375-1383.

65. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, al

Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA.* 2002; 287(14):1822-31.

66- Healey M, Porter R, Galimberti A

Introducing external cephalic version at 36 weeks or more in a district general Hospital: a review and an audit. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1073- 1079.

67- Herbest A, Thorngren-Jerneck K

Mode Of Delivery In Breech Presentation At Term : Increased Neonatal Morbidity With Vaginal Delivery. *Act Obstet Gynecol Scand* 2001 ;80: 731-737.

68. Hill I M

Prevalence of breech presentation by gestation age. *Am J Perinatal* 1990 ; 7 :92.

69. Hofmeyr G

The Effect of External Cephalic Version In Late Pregnancy On Breech Presentation And Caesarean Section Rate: A Controlled Trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90 : 392- 399.

70. Hofmeyr GJ, Kulier R

External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000083

71. Hutton EK, Hannah ME, Ross SJ, Delisle MF, Carson GD, Windrim R,

The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. *BJOG*. 2011 Apr;118(5):564-77.

72. Ilesanmi OA, Sobowale OA, Marinho OA

Outcome of 44 breech singleton deliveries at the catholic hospital Oluyoro Ibadan African Journal of Medicine and Medical Sciences. Mars 25 1996 (1):41-6

73. Impey L

External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Breech Presentation. *Green Top Guidelines* London: RCOG Press 2006; N°20a.

74. Irrondelle D, Levordon M, Robert M

Présentation du siège : pronostic et conduite obstétricale. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1988 ; 73, 7-9 : 511-518.

75. Kabous A

Présentation du siège « pronostic fœtal » au service de gynécologie obstétrique « B » du CHU Ibn Rochd de Casablanca. *Thèse Méd Casablanca* 2004 ; n° 36.

76- Kaplan B, Rainerson D

Mode d'accouchement des grossesses gémellaires avec un premier jumeau en présentation par le siège. *Encycl Méd Chir ; Obstétrique 2002 ; 5-049-L-49 :3p.*

77. Kayem G, Goffinet F, Clement D, Hessabi M, Cabrol D

Breech presentation at term: morbidity and mortality according to the type of delivery at Port Royal Maternity hospital from 1993 through 1999. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002; 102(2):137-42.

78. Kayem G, Baumann R, Goffinet F, El Abiad S, Ville Y, Cabrol D,

Early preterm breech delivery: is a policy of planned vaginal delivery associated with increased risk of neonatal death? *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198(3):289 1-6.

79. Kishor T, Singh C, Barman SD, Gupta AN

Study of vaginal delivery in patients with one previous lower segment caesarean Section. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1986; 26(4):245-8.

80. Kauppila O, Gronroos M, Aro P, Aittoniemi P, Kuoppala M

Management Of Low Birth Weight Breech Delivery: Should Caesarean Section Be Routine? *Obstet Gynecol, 1981;98, 9: 898-904.*

81. Koné M

Accouchement en présentation par le siège : pronostic foetal et maternel dans le Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Médecine, Bamako, 2005 N° 20:

82. Krause M, Feige A

Breech Presentation In Obstetrics In Germany--An Assessment Of Current Status. *Ther Umsch.* 2002 ; 59(12):677-81.

83- Krebs L, Langhoff-Roos J, Weber T

Breech Delivery At Term In Danemark, 1982-1992. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13: 431- 41.

84- Kubli F, Ruttgers H

Mal présentations. In : les grossesses à haut risque. *Masson, Paris, 1980.*

85. Kubli F, Ruttgers H, Meyer-Menk M

Danger of fetal acidosis in vaginal delivery from breech presentation. *Z geburtshilfe perinatol.* 1975; 179(1):1-16.

86. Kubli F

Risk of Vaginal Breech Delivery. *Contrib Gynecol Obstet.* 1977; 3:80-5.

87- Kurzel Rb Caesarean Section For The Second Twin. *J Reprod Med* 1997;42: 767-70.

88- Lacomme M

Présentation du Siège. *In Pratique Obstétricale, Paris, Masson, 1960: 453.39.*

89- Lansac J, Berger C, Magnin G

L'accouchement par Le Siège. *In Obstétrique pour le praticien, Paris, Masson 2000 :473.*

90. Le Bret T, Grange G, Goffinet F, Cabrol D

External cephalic version: experience about 237 versions at Port-Royal maternity. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33(4):297-303.

91. Lefftz J

L'art des accouchements à Strasbourg : de la Renaissance au siècle des Lumières. Editions Contades. 1985.

92- Luterkort M, Persson P-M, Weldner B-M

Maternal and fetal factors in breech presentation. *Acta Obstet Gynecol* 1984; 64: 55-59.

93. Magnin P, Berland M

Que reste-t-il des manœuvres obstétricales? Mises à jour en Gynécologie Obstétrique, Vigot, Paris, 1980, 147-168.

94- Makbib D, Luis R, Mary J O

Singleton term breech deliveries in nulliparous and multiparous women : A 5 years experience at the university of Miami, Jackson Memorial Hospital. *Am J of Obstet and Gynecol*, 1999,181, 247-52.

95- Mamelie N

A propos du débat sur le siège: quelle position pour la France face au débat sur les pratiques d'accouchement en cas de présentation du siège à terme? *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2001; 30 : 604-607.

96. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML.

Births: final data for 2002. Natl Vital Stat Rep. 2003 Dec 17; 52(10):1-113.

97. Mayi-Tsonga S, Mandji JM, Mimbila-Mayi M, Sima Olé B, Bang J, Meyé JF.

Pronostic de l'accouchement du siège à terme : étude comparative et analytique à Libreville (Gabon). Clinics in Mother and Child Health 2012; 9: 5p.

98- Merger R, Levy J, Melchior J

Présentation Du Siège. *Précis D'obstétrique, Paris, Masson 1989:162-178*

99- Meye JF, Mayi S, Zue As, Engongah-Beka T et al.

Pronostic néonatal de l'accouchement par les voies naturelles du fœtus en présentation du siège à la maternité Joséphine Bongo de Libreville.

Cahiers De Santé et de Recherches Francophones / 2003 ; 13, 2 :81-4.

100- Michalas SP

Outcome of pregnancy in women with uterine malformation: evaluation of 62cas.

J Obstet Gynecol 1991 ; 35,3: 215-219.

101. Myerscough P

The practice of external cephalic version. Br J Obstet Gynaecol. 1998;

105(10):1043-5.

102- Moldin P, Hokegard KH, Nielsen TF

Cesarean section and maternal mortality in Sweden 1973-1979. *Acta Obstet*

Gynecol Scand 1984 ; 63 : 7-11

103. Moncollin M

Choix de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège: Évaluation des pratiques cliniques à la Maternité Régionale de Nancy en 2008 Thèse med 2011 n°

104. Mouhamed MA

Pronostic et facteurs prédictifs de la césarienne au cours de l'accouchement du siège : Etude cas-témoin au Centre de Sante Philippe Maguilen Senghor de Dakar. Mémoire Dakar 2015 n°1174

105- Mouchit F

Etude prospective de la présentation du siège à l'hôpital Hassan II de Settat.
Thèse Méd Casablanca 2002 ; n° 281.

106- Muchir P

Conduite à tenir devant une malformation congénitale. Pratique quotidienne néonatale en maternité, *Sauramps médical, 2ème édition, 1993:32.*

107- Muller G, Melchior J, Lemoine J P et al.

L'accouchement Préaturé En Présentation Du Siège. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1986, 15, 8: 1101

108- Newman RB, Peacock BS, Vandorsten P et al.

Predicting success of external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol 1993; 169: 245- 249.*

109- Ophir E, Oettinger M, Yagoda A et al.

Breech presentation after caesarean section: always a section *Am J Obstet Gynecol 1989; 161:25-28*

110- Periti E, Nannini R

External version in the breech presentation: a review of the literature and our experience. *Minerva Ginecol 1995; 47:9-15.*

111. Picaud A, Faye A, Ncome-Nze A R, Ndombi I, Ellaekocha R, Ondo-Mve R

Accouchement des présentations pelviennes à propos de 561 cas en 3 ans.
Médecine d'Afrique Noire, 1989, 36, 8-9.

112- Picaud J C, Salle B L, Audra P, Walther M, Boussemart T

L'accouchement en présentation par le siège à terme. Point de vue du néonatalogue. XIV ème JTA En Gynecol Obstet, 1999. 42:391-396

113. Practice ACoO

ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol.;108(1):235-7.

114- Puech F

Présentation De Siège. *Pratique De L'accouchement, Simep-France 1989:162-178*

115- Rachdi R, Mouelhi C, Fekhi M A, Hajjami R, Brahim H

Evaluation du mode d'accouchement dans la présentation du siège. *Rev fr gynécol obstét* 1992 ; 87, 7-9 : 415-418.

116. Rachdi R, Fekih MA, Mouelhi C, Mesaoud LB

Le pronostic fœtal de l'accouchement par le siège. Etude statistique à propos de 543 observations *Rev Fr Gynecol Obstet* 1993 ; 884 : 249-252.

117. Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH

The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG*;112(2):205-9.

118- Robert M, Jean L, Jean M

Présentation du siège in *Précis d'obstétrique*. Robert M, Jean L, Jean M. Masson 6è Edit Paris 1995.618

119- Roman J, Bakos O, Cnattnigius S

Pregnancy outcomes by mode of delivery among term breech: Swedish experience 1987-1993. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 945-50.

120- Rosenau L, Grosieux P, Denis A et al

Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège : a propos de 357 grossesses monofoetales a terme. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet* 1990; 85,5 : 271-281.

121. Roux-Chevalier M, Gaucherand P, Cluze C

External cephalic version: 1 year study in a level 3 maternity. *Gynecol Obstet Fertil*. 2011 39(6):346-50.

122- Rozenberg P

A propos du débat sur le siège : à la question du mode d'accouchement du siège, la réponse est au dessus de la ceinture. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2001; 30, 2: 196-199.

123. Samouelian V, Subtil D

Accouchement par le siège en 2008 : le choix de la voie basse s'impose. *Gynecol Obstet Fertil* 2008; 36

124- Sanchez R, Wells TI

Route of breech delivery and neonatal outcomes. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 73, 1: 7-14.

125- SOGC,

2009, Directives cliniques, *JOGC*, n°226

126. Sheer DM, Menashe M, Palti Z, Aviad I, Ron M

Radiological evidence of a nuchal arm in the breech-presenting fetus at the onset of labor an indication for abdominal delivery. *Am J Perinat* 1989; 6: 353-355.

127- Siddiqui D, Stiller Rj, Collins J et al.

Pregnancy outcome after successful external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1092- 1095.

128- Suzanne F, Portal B, Greze A

Critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation du siège : a propos d'une étude rétrospective de 1475 cas. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet* 1979 ; 74 : 349-356.

129- Tatum R K, Orr J W, Soong S J, Huddleston J F

Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000g. A retrospective analysis of seven years experience. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 145-151.

130. Thera T, Teguede I, Traore Y, Coulibaly P, Kouma A, Traore M, Dolo A

Accouchement en présentation du siège: Pronostic maternel et foetal à l'Hôpital Régional Somine dolo de Mopti. *Mali Médical* 2012, tome 22 (4) : 4-7.

131- Van Veelen AJ, Van Cappellen AW, Flu PK et al.

Effect of external cephalic version in late pregnancy on presentation at delivery: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96 : 916- 921.

132- Venditelli F, Pinquier D, Claris O et al

La présentation du siège à terme: évaluation des pratiques en France et analyse des résultats néonataux en fonction des pratiques obstétricales à partir du réseau sentinelle Audipog. *J gynécol obstét biol reprod* 2002 ; 31 : 261-272 .

133- Vermelin H, Ribon M

Présentation du siège. *Encycl. Med. Chir (Paris ,France), Obstétrique ; 6, 1952.*

134- Watson W J, Benson W I

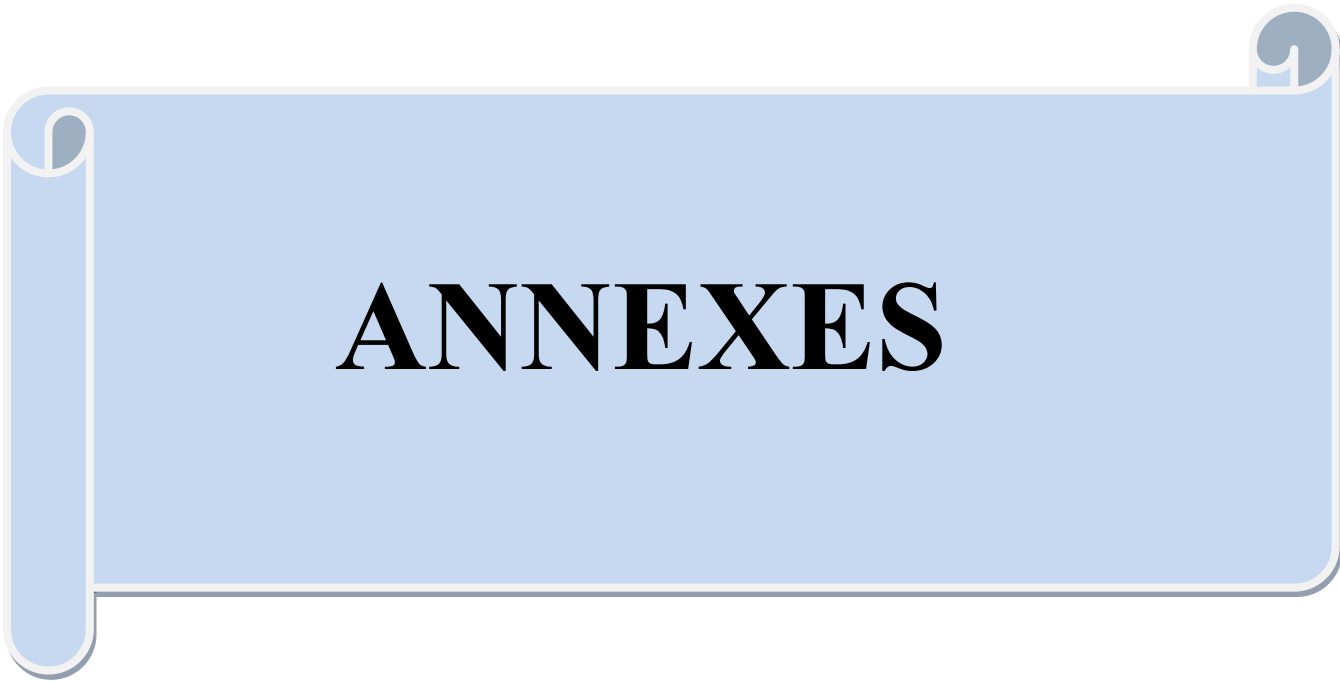
Vaginal delivery for the selected frank breech infant at term .*Obstet Gynecol 1984; 64:638-640.*

135- Wright R C

Reduction of per natal mortality and morbidity in breech delivery through routine use of caesarean section. *Obstet Gynecol 1959; 14: 758- 63.*

136- Zhang J, Bowes W A, Fortney J A

Efficacy of External Cephalic Version: A Review. *Obstet Gynecol 1993; 82 306-312.*



ANNEXES

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES, PRONOSTIQUES ET PRISE EN CHARGE DE
L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SIEGE AU CENTRE DE SANTE NABIL CHOUCAIR DE 2005 A 2015
FICHES DE RECUEIL DE DONNEES**

I. IDENTIFICATION :

Nom _____ Prénoms _____
Age / _____ / ans.
Adresse.....
Ethnie.....
Niveau d'instruction : sans _____ primaire _____ secondaire _____
université _____
Ecole coranique _____
Profession : _____
Profession conjoint.....
Statut matrimonial.....

II. ANTECEDENTS

1- GYNECOLOGIQUES :

DDR :

2- OBSTETRICAUX :

Gestité _____ /
Parité _____ / 1 = primipare 2 = paucipare 3 = multipare 4 = grande multipare
Accouchements voie basse : _____ césarienne : _____
Antécédents de présentation de siège : _____
Antécédents de malformations utérines : _____

3- MEDICAUX :

HTA _____ / 1 = oui ; 2 = non
Diabète _____ / 1 = oui ; 2 = non
Drépanocytose _____ / 1 = oui ; 2 = non

4- CHIRURGICAUX :

Myomectomie _____ / 1 = oui ; 2 = non

Césarienne _____ / 1 = oui ; 2 = non

Kystectomie _____ / 1 = oui ; 2 = non

Autres.....

III- GROSSESSE ACTUELLE

Nombre de CPN :

Bilan prénatal : fait ☐ non fait ☐

Echographie : type de présentation : céphalique ☐ siège ☐

Autres :

Position du placenta

Poids :

V- DIAGNOSTIC

1- Avant le travail

☐ Oui : préciser le terme ☐ non

2- Au cours du travail

Examen obstétrical

Hauteur utérine : BDCF : ☐ oui FC : ☐ non

Tête dans le fond utérin ☐ siège en bas ☐

Dilatation du col :

Etat des membranes ou poche des eaux : Intacte ☐

Rompue ☐

Fissure haute ☐

Aspect du liquide amniotique : clair ☐

Teinté ☐

Méconial ☐

Type : Siège complet ☐

Siège décomplété ☐

Niveau de la présentation : mobile ☐

Fixé ☐

Appliqué ☐

Engagé ☐

Bassin maternel : Normal

Rétréci : BTR ☐

BGR ☐

Limite

Résumé : siège en phase de latence du travail
Siège en phase active du travail

V- ACCOUCHEMENT :

Mode d'admission ____ / 1 = venue d'elle même ; 2 = référée ; 3 = évacuée
3 = programmée 4 = autre..... ;

Terme grossesse ____ / 1 = 37 à 42 ; 2 = sup à 42SA

1- Accouchement voie basse spontanée

2- Accouchement voie basse avec manœuvres

MANŒUVRE et/ou INTERVENTION :

Manœuvre de BRACHT ____ / (1 = oui, 2 = non, 3 = autre)

Manœuvre de MAURICEAU ____ / (1 = oui, 2 = non, 3 = autre)

Manœuvre de LOVSET ____ / (1 = oui, 2 = non, 3 = autre)

Petite extraction aidée ____ / (1 = oui, 2 = non, 3 = autre)

Grande extraction du siège ____ / (1 = oui, 2 = non, 3 = autre)

Si manœuvre préciser l'indication :

Episiotomie ☐ oui ☐ non

Déchirures périnéales ☐ oui ☐ non si oui préciser
type

DELIVRANCE :

Type de délivrance ____ / (1 = spontanée 2 = artificielle 3 = GATPA)

Révision utérine

Examen sous valve

3- Césarienne ____ / (1 = oui, 2 = non)

Préciser : indication maternelle

quelle indication :

Indication foeto-annexielle

quelle indication :

Indication mixte

quelle indication :

VI- SURVEILLANCE DU TRAVAIL

Partogramme ☐ oui ☐ non

VII- ETAT DU NOUVEAU - NE A LA NAISSANCE

APGAR = 0

APGAR inf. à 7

APGAR sup à 7

Poids _____ /

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Mort néonatale _____ / (1 = oui, 2 = non)

Malformation _____ / (1 = oui, 2 = non) si oui préciser type :

Accident traumatique _____ / (1 = oui, 2 = non) si oui préciser le type de traumatisme

VIII- PRONOSTIC

Pronostic Maternel _____ / 1 = bon, 2 = Morbidité, 3 = Mort

Si hémorragie du post-partum préciser.....

Si lésion des parties molles à préciser.....

Autre à préciser.....

Pronostic fœtal bon si mauvais : préciser

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre, et méprisée de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :
Le président de jury

Vu :
Pour le doyen

Vu et *Permis d'imprimer*
Pour le recteur, président de l'assemblée de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar
Et par délégation

Le doyen

RESUME

L'accouchement en présentation du siège un sujet qui a longtemps divisé les praticiens pour lequel il n'existe pas de consensus international. Ceci a motivé notre travail, afin de faire un état des lieux dans nos maternités africaines.

Notre étude effectuée au sein de la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair sur une période de onze années (132) mois, allant janvier 2005 à décembre 2015 avait pour objectifs de :

- décrire la fréquence de la présentation du siège ;
- d'en décrire les particularités diagnostiques ;
- d'apprécier le pronostic de la présentation du siège ;
- et de préciser les modalités de prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.

Au cours de notre étude rétrospective, descriptive et analytique :

Nous avons colligé 768 accouchements par présentation du siège, soit une fréquence de 1,38 %.

Le mode de siège décomplété était plus fréquent avec 60%, contre 40 % de sièges complets.

Parmi les facteurs étiologiques, nous avons retrouvé :

- la prématurité, dans 1,04 % des cas,
- les malformations, notamment l'hydrocéphalie avec un taux de 2,47%

Notre attitude face à l'accouchement en présentation du siège était plutôt abstentionniste avec :

- 468 accouchements, soit 61 %, se sont déroulés par voies naturelles spontanés,
- 61 soit 8 % d'accouchements assistés.