

**FACULTE DE MEDECINE , DE PHARMACIE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

THESE N°

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

TITRE :

Les présentations fœtales vicieuses

*à la maternité
du Centre de santé de référence de la Commune
V de Bamako*

(A propos de 73 cas)

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le.....à.....dans la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali

Par Monsieur Madjé Koffivi Sassou FOADEY
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT).

JURY :

Président :	Pr SY Aïda SOW
Membres :	Dr Oumar M. TRAORE Dr Hamadoun SANGHO
Directeur :	Pr Mamadou TRAORE

« Quoi que vous fassiez dans la vie, faites-le bien.
« Un homme devrait accomplir sa tâche
« si bien que ni les vivants ni les morts,
« ni ceux qui ne sont pas encore nés
« ne puissent faire mieux que lui.
« Si la destinée a voulu que vous soyez balayeur des rues,
« alors balayez comme Michel-Ange peignait ses tableaux,
« comme Shakespeare écrivait sa poésie,
« comme Beethoven composait sa musique.
« Balayez les rues si bien que les hôtes du ciel et de la terre
« devront s'arrêter pour dire :
« Ici a vécu un grand balayeur des rues
« qui a fait bien son boulot. »

Martin Luther King

Dédicaces

Je dédie cette thèse à
Dieu Tout Puissant, Jésus Christ,
pour son amour, sa bonté, sa tendresse
et sa miséricorde
sans cesse manifestés dans ma vie.

« Mon âme, bénis le Seigneur !
Que tout ce qui est en moi bénisse son saint Nom.
Mon âme, bénis l'Eternel et n'oublie aucun de ses bienfaits.
C'est Lui qui pardonne toutes mes fautes,
qui guérit toute mes maladies,
qui me protège. »

Louez l'Eternel, vous toutes les nations,
célébrez-Le tous les peuples.
Car sa bonté pour nous est grande,
et sa fidélité dure à toujours.
Louez l'Eternel ! »

à mon père Akoli Augustin Foadey

Tu nous as guidés avec rigueur
mais aussi avec amour,
dans la connaissance de Dieu.
Sans toi,
nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui.
Ta présence à chaque étape de notre vie,
ta ferme volonté de nous voir réussir
et ton grand soutien
font de toi un digne père et sans pareil.
Tu n'as jamais reculé devant aucun sacrifice
pour faire de tes enfants des hommes dont tu seras fier,
et cela, au détriment de ta santé.
Tu es un grand homme, papa.
Puisse Dieu continuer de te garder sous sa sainte protection.

à ma mère Auréline Afiavi Sika Zamba

Qu'est-ce qu'un fils peut offrir de plus à sa mère
en signe de gratitude et de reconnaissance,
que son affection ?

Tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel.
Tu t'es sacrifiée et continues de te sacrifier pour ta famille.
Véritable océan de simplicité,
d'humilité,
d'amour,
tu es mon idéal féminin.

Que le Seigneur notre Dieu
qui comble au-delà de toute attente,
te comble davantage de grâce ;
que, par son amour infini,
tu puisses savourer pendant longtemps
les fruits de l'arbre que tu as planté.

à mes frères et sœurs

Eric,
Roméo,
Annick,
et Eliane Foadey

vous êtes mes seules richesses.

L'amour, la paix, la connaissance de Dieu
dans lesquels nous avons été éduqués,
doivent être notre force indestructible.

Restons unis,

et soyons à la hauteur de nos parents.

à mon oncle Albert Foadey (+)

Tu as toujours été à nos côtés pendant les moments difficiles.
Puisse Dieu dans sa miséricorde t'accueillir dans son Royaume.

à ma tante Eliane Sossou

Tu as été pour moi comme une deuxième maman.
Merci pour ton affection,
ton attention,
ton amour.
Que Dieu,
dans sa grâce et dans la plénitude de son amour,
te comble au-delà de tes espérances.

Hommages
aux
membres du Jury

à notre Maître et Président du Jury

Professeur Sy Aissata SOW

- *Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la F.M.P.O.S.*
- *Chef de service du Gynécologie-obstétrique du Centre de référence de la Commune V de Bamako*

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Honorable Maître, votre rigueur, votre souci constant du travail bien fait, votre disponibilité et votre faculté d'écoute ont forcé notre admiration.

Puisse le Tout-Puissant vous donner longue vie et force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en général et de la femme en particulier.

Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer toute notre gratitude.

à notre Maître et Juge

Docteur Oumar M. TRAORE

➤ *C.E.S. de gynécologie obstétrique*

Votre critique scientifique, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité sans pareille, votre dévouement pour notre formation ont forcé notre admiration.

Recevez ici cher Maître, l'expression de notre attachement et surtout de notre profonde reconnaissance.

à notre Maître et Juge

Docteur Hamadou SANGHO

- *Maître assistant de Santé publique à la F.M.P.O.S.*
- *Chef de département Recherches et Etudes au C.R.E.D.O.S.*

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre abord facile et votre simplicité sont parmi vos qualités celles qui nous ont fortement impressionné ; nous en avons largement bénéficié au cours de notre formation.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

à notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou TRAORE

- *Maître de conférence agrégé de gynécologie-obstétrique*
- *Secrétaire général adjoint de la S.A.G.O.*
- *Membre du Réseau malien contre la mortalité maternelle*
- *Chargé de cours de gynécologie-obstétrique à la F.M.P.O.S.*
- *Médecin-chef du Centre de référence de la Commune V de Bamako*

Cher Maître,

Ce travail est le vôtre. Vous l'avez initié et dirigé.

En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié dans votre service, vous avez cultivé en nous le savoir être et le savoir faire.

Honorable Maître, votre simplicité, votre culture scientifique, vos qualités de pédagogue et votre amour du travail bien fait ont fait de nous votre plus fidèle élève.

Puisse Dieu vous ouvrir davantage les portes du succès et vous donner longue vie.

ABREVIATIONS

BDCF : Bruits du cœur fœtal

C.E.S : Certificat d'étude spécialisé

CPN :	Consultation prénatale
CU :	Contraction utérine
Cf. :	Confère
CSCOM :	Centre de santé communautaire
DS :	Détroit supérieur
DI :	Détroit inférieur
Eff :	Effectif
G :	Gestité
HU :	Hauteur utérine
HPG :	Hôpital du point G
HGT :	Hôpital Gabriel Touré
IEC :	Information éducation communication
LA :	Liquide amniotique
MIGA :	Mento-iliaque gauche antérieur
MIGP :	Mento-iliaque gauche postérieur
MIDA :	Mento-iliaque droite antérieur
MIDP :	Mento-iliaque droite postérieur
NIGA :	Naso-iliaque gauche antérieur
NIGP :	Naso-iliaque gauche postérieur
NIDA :	Naso-iliaque droite antérieur
NIDP :	Naso-iliaque droite postérieur
NIGT :	Naso-iliaque gauche transverse
NIDT :	Naso-iliaque droite transverse
OS :	Occipito-sacré
OP :	Occipito-pubien
O.M.S:	Organisation mondiale de la santé

PDSC :	Plan de développement socio-sanitaire de la Commune
PP :	Placenta praevia
SMB :	Sagittal sous-mento-bregmatique
VME :	Version par manœuvre externe
VMI :	Version par manœuvre interne

Définitions

Nullipare :	zéro accouchement
Primipare :	un accouchement (une parité)
Paucipare :	2 - 3 accouchements
Multipare :	4 - 5 accouchements
Grande multipare :	plus de 6 accouchements
Nulligeste :	zéro grossesse
Primigeste :	première grossesse
Paucigeste :	2 et 3 grossesses
Multigeste :	4-5 grossesses
Grande multigeste :	plus de 6 grossesses.

Sommaire

	<i>page</i>
1-Introduction	1
2-Généralité	4
2.1-Définition de la présentation.....	4
2.2-Historique.....	4
2.3-Rappel.....	5
2.3.1-Présentation de Front.....	8
2.3.2-Présentation du bregma.....	13
2.3.3-Présentation de la face.....	15
2.3.4-Présentation de l'épaule.....	24
3-Méthodologie	30
3.1-Cadre d'étude.....	30
3.2-Type d'étude.....	31
3.3-Période d'étude.....	31
3.4-Population d'étude.....	32
3.5-Echantillonnage.....	32
3.6-Collecte des données.....	33
3.7-Variables étudiés.....	33
3.8-Plan d'analyse des données.....	33
4-Résultats	35
4.1-Résultats descriptifs.....	35
4.2-Résultats analytiques.....	40
5-Commentaires discussion	56
6-Conclusion	69
7-Recommandations	71
8-Références	73
Annexe	77

1-Introduction

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour but l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles lorsque la grossesse a atteint le terme théorique de six mois, soit 28 semaines d'aménorrhée [15]. Ainsi, pendant l'accouchement, le fœtus doit adapter ses dimensions à celles de la filière pelvienne. Le fœtus doit se trouver dans le sens de la longueur, la tête en première ou en dernière position.

L'accouchement est certes un phénomène naturel qui dans la plupart des cas se résout spontanément sans complication. Cependant, dans un certain nombre de cas, ce processus naturel est jalonné de complications pouvant compromettre son issue tant pour le fœtus que pour la mère. Plusieurs facteurs sont à considérer pour appréhender la survenue de complications. La présentation fœtale constitue un facteur de première importance. Elle est définie comme étant la partie fœtale qui occupe la première l'aire du détroit supérieur et tend à s'y engager selon un mécanisme qui lui est propre [15]. Le fœtus peut se présenter de plusieurs manières déterminant les différents types de présentations. On distingue ainsi trois grands groupes de présentations :

- *Les présentations céphaliques* (sommet, bregma, front, face)
- *Les présentations du siège* où le fœtus se présente par les fesses ;

- *Les présentations de l'épaule* au cours desquelles le fœtus se présente en travers où c'est le tronc qui occupe le détroit supérieur.

Les présentations céphaliques sont de loin celles qui permettent un accouchement sans complications. Elles sont les plus fréquentes et représentent 96 % des accouchements. Cependant, cette eutocie n'est observée que dans la présentation du sommet dans laquelle la tête est bien fléchi sur le tronc et la petite fontanelle occupe le centre du bassin. Toutefois, il peut arriver des cas où le sommet n'est pas bien fléchi sur le tronc, on parle alors d'un *sommet mal fléchi* [13].

La fréquence des présentations de l'épaule est moins élevée que celle des autres présentations [15]. Elles doivent être prises en charge assez tôt pour ne pas arriver à la phase d'*épaule négligée ou méconnue*.

Les présentations transversales et céphaliques défléchies constituent des présentations vicieuses de mauvais pronostic fœto-maternel si la prise en charge n'est pas précoce et conduisent le plus souvent à la césarienne.

Il nous a donc paru opportun d'étudier les présentations fœtales vicieuses à la maternité de la Commune V en vue de formuler des recommandations permettant d'améliorer la qualité des soins obstétricaux, fer de lance de la nouvelle politique sectorielle de santé au Mali. A cet effet, les objectifs que nous nous sommes assignés sont les suivants :

- **objectif général**

Étudier les présentations fœtales vicieuses chez les femmes en grossesse admises à la Maternité de la Commune V

- **objectifs spécifiques**

- déterminer la fréquence des présentations fœtales vicieuses ;
- déterminer les différentes présentations vicieuses ;
- Identifier les facteurs de risque rencontrés ;
- établir le pronostic maternel et fœtal.
- Formuler des recommandations

2 – Généralités

2.1. – Définition de la présentation

La présentation est la partie du fœtus qui occupe la première l'aire du détroit supérieur pour s'y engager et évoluer ensuite suivant un mécanisme qui lui est propre. Le fœtus peut donc se présenter par la tête (présentation céphalique), les fesses (présentation du siège) ou de travers (présentation de l'épaule). Il arrive parfois que certaines de ces présentations soient à risque et même constituent des urgences obstétricales.

2.2. – Historique

Hippocrate expliquait l'accouchement céphalique normal 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 une version.

En 1550, Ambroise Paré recommandait la version podalique.

En 1668, François Mauriceau décrit la manœuvre de dégagement de la tête dernière.

En 1959, R. C. Wright, aux Etats-Unis, présentait « la césarienne systématique » comme le moyen de réduire la mortalité et la morbidité périnatales.

En 1975, Kubli, en Allemagne, soutenait que la césarienne est la méthode la plus sûre et la plus simple pour éviter l'acidose survenant lors de l'expulsion par la voie basse. Il prit soin de préciser le manque de données sur l'acidose fœtale et les conséquences lointaines sur l'enfant. Il exprime des réserves quant à l'influence de la voie d'accouchement sur la survenue des séquelles chez l'enfant.

Dans les années 1980, on retrouve des défenseurs de la voie basse.

En 1980, Collea, en relevant un taux de morbidité maternelle de 49,3 % défendait la voie basse dans certains des cas sélectionnés avec un minimum de risque pour la mère et l'enfant.

En 1983, Gymovsky prônait lui aussi l'alternative de la voie basse à la césarienne en raison d'une morbidité néo-natale comparable.

2.3. – Rappel sur les présentations de la face, du front, du bregma et de l'épaule et du sommet mal fléchi

A l'inverse de la présentation du sommet dans laquelle la tête est bien fléchie sur le tronc, les présentations de la face, du front et du bregma sont des présentations défléchies (seules les diamètres sagittaux changent) :

- soit partiellement : bregma (premier tiers de la déflexion) et front (deuxième tiers de la déflexion)

- soit totalement : face (troisième tiers de la déflexion)

Elles sont la conséquence d'une mauvaise accommodation foeto pelvienne du fait :

- d'un bassin anormal (bassin aplati), d'un utérus atone (grandes multipares) ou sur distendu (hydramnios) ;
- d'un placenta praevia ou d'un obstacle praevia (fibrome), d'un circulaire du cordon ;
- d'une malformation fœtale, en particulier de la région cervicale (goitre, kyste branchial, tératome), de la charnière cervico-occipitale ou rarement d'une anencéphalie non diagnostiquée en prénatal.

On ne saurait trop répéter l'importance de leur diagnostic précoce au cours du travail : les présentations de la face et du bregma autorisent le plus souvent l'accouchement par la voie basse, alors que celles du front, sauf situations exceptionnelles, conduisent obligatoirement à la césarienne, il en est de même que pour les présentations de l'épaule.

La pratique montre que le diagnostic de la présentation céphalique défléchie est le plus souvent tardif au cours du travail, parfois posé seulement à dilatation complète. Une certaine expectative peut être utile au cours du travail dans la mesure où, par exemple, certaines formes transitoires du bregma peuvent évoluer par flexion vers un sommet. Toutefois cette expectative n'est envisageable qu'en tout début du travail, si la confrontation céphalo-pelvienne est favorable et tant que la présentation n'est pas fixée. La prudence veut qu'elle ne

soit pas prolongée au-delà de deux heures en l'absence d'évolution favorable sous ocytocique.

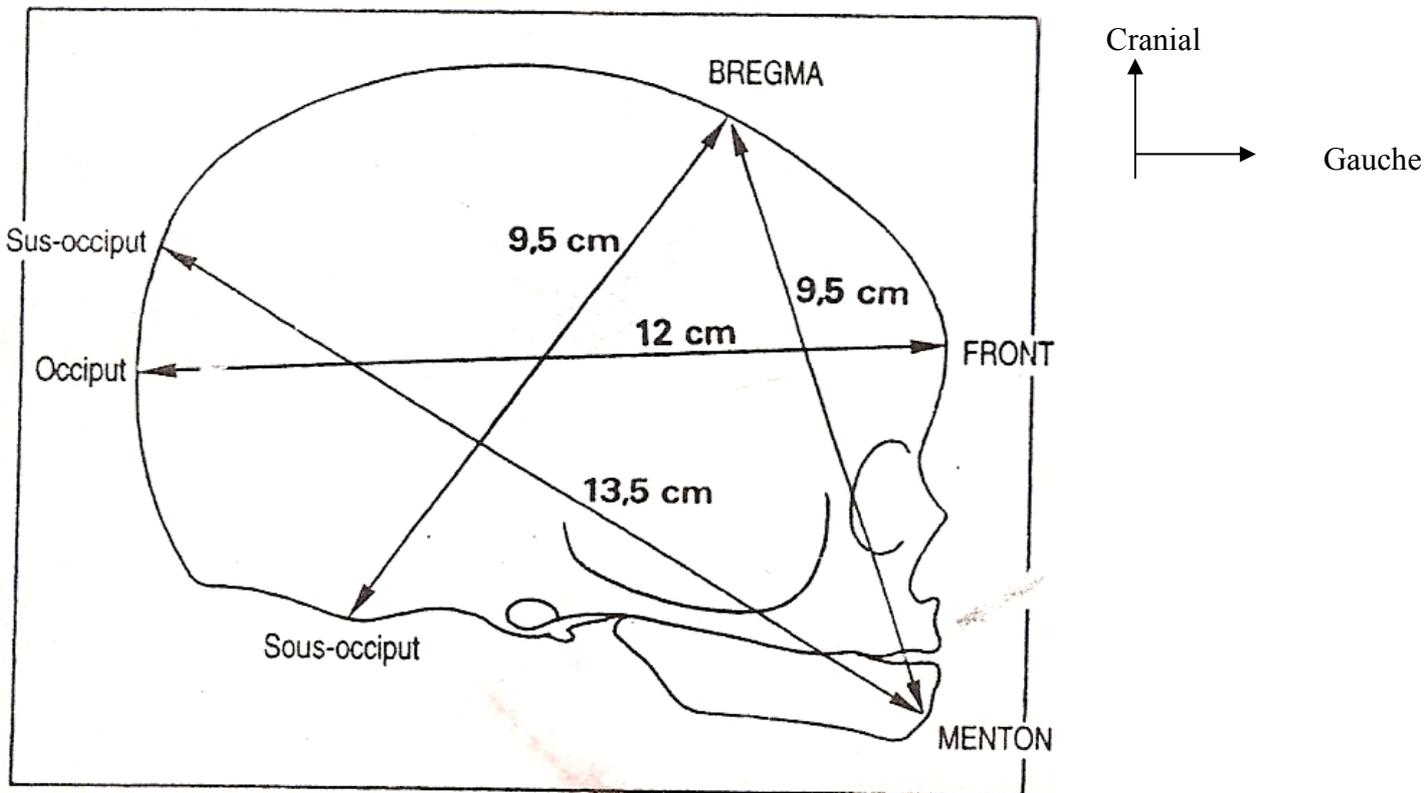


Fig. 1 – Les diamètres d'engagements (Lansac et Body) Pratique de l'accouchement 3è édition

2.3.1. – La présentation du front

Présentation rare (environ 1 sur 1 000) [13], elle a été décrite par Lacomme comme « une présentation où la déflexion partielle du pôle céphalique fixe de façon définitive et fait pénétrer dans le détroit supérieur (D.S.) une partie plus ou moins voisine du front ».

Présentation hautement dystocique, elle doit être diagnostiquée aussi précocement que possible, ce qui permet de poser l'indication d'une césarienne pour éviter les complications fœto-maternelles que ne manquerait d'entraîner une tentative par voie basse.

Le pronostic resteraient très mauvais en l'absence d'intervention : mort in utero, graves lésions des parties molles maternelles en particulier une rupture utérine.

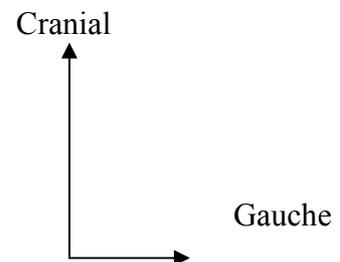
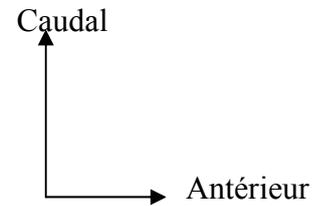
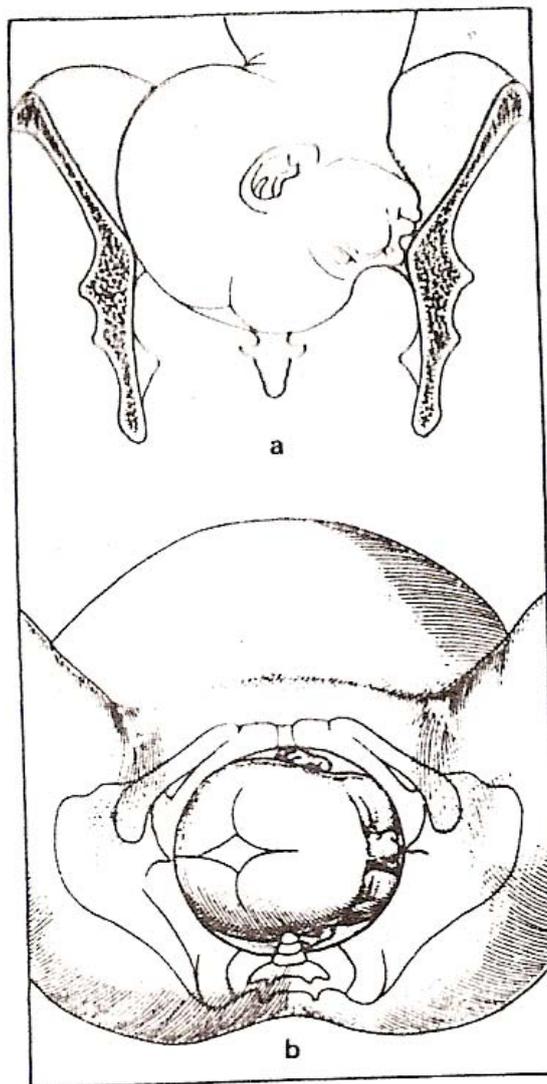


Fig 2 - Présentation du front en naso-iliaque gauche transverse :
a) coupe transversale
b) vue périnéale

(Lansac et Body) Pratique de l'accouchement 3è édition

2.3.1.1 - Deux situations doivent être bien séparées [13] :

2.3.1.1. a – *La présentation du front d'un enfant de poids normal ne s'accouche pas par voie basse*

2.3.1.1. b – l'accouchement d'un enfant prématuré et/ou de petit poids (jumeau)

Cette possibilité représente une situation exceptionnelle chez un enfant de moins de 2 000 g. Si l'accouchement par voie basse est possible, il ne faut jamais oublier qu'il s'agit d'un accouchement difficile, se produisant en force, nécessitant, lorsqu'il a été accepté, une surveillance attentive.

Donc il n'y a pas de mécanisme propre.

2.3.1.1. f – la clinique

L'examen abdominal. Ces constatations sont, à des degrés divers, communes à toutes les présentations défléchies :

- inspection : la grande axe de l'utérus est longitudinale ;
- palpation : la présentation est haute; la saillie arrondie de l'occiput, séparée du plan du dos par un sillon (coup de hache) avec parfois palpation de la saillie du menton du côté opposé, traduit la déflexion de la tête ;
- auscultation : les bruits du cœur sont perçus au-dessus de l'ombilic.

Toute présentation mobile pouvant ultérieurement se fléchir, on ne peut parler de présentation du front que sur une présentation fixée.

Le toucher vaginal perçoit :

- le front ;
- la racine du nez, repère de la présentation formant une saillie pyramidale dure, jamais déformée par la bosse séro-sanguine ; les fosses nasales ;
- de chaque côté les arcades sourcilières et les globes oculaires ;
- la grande fontanelle avec ses quatre côtés et ses quatre angles d'où partent quatre sutures.

Il détermine la variété de la présentation selon la position de la racine du nez par rapport au bassin maternel :

- variété naso-iliaque gauche antérieure (NIGA) et droite postérieure (NIDP) pour le diamètre oblique gauche ;
- variété naso-iliaque droite antérieure (NIDA) et gauche postérieure (NIGP) pour le diamètre oblique droit ;
- variété naso-iliaque gauche et droite transverse (NIGT et NIDT) pour le diamètre transverse.

Le diamètre antéro-postérieur du D.S. n'est jamais utilisé en raison de sa trop petite dimension par rapport à celle de la présentation.

Les signes négatifs sont importants pour le diagnostic différentiel avec d'autres présentations : ne sont pas perçus ni la petite fontanelle (sommet) ni le menton (face).

Les examens complémentaires : Il s'agit surtout de l'échographie qui montre tout juste une présentation céphalique. Elle peut aussi avoir un double intérêt :

- préciser une présentation difficile à apprécier cliniquement (lorsque le diagnostic n'a pas pu être posé précocement) en visualisant la déflexion de la tête et l'augmentation de la lordose cervicale ;
- éliminer une anomalie fœtale (anencéphalie), le mauvais pronostic fœtale pouvant alors faire élargir les indications de la voie basse.

La conduite à tenir : Nous ne développons pas l'exceptionnelle situation où l'accouchement peut se dérouler par voie basse car la césarienne systématique s'impose. Le diagnostic de la présentation du front étant posé, s'impose la démarche suivante :

- les gestes à ne pas faire. Si les membranes sont intactes, ne pas faire de manœuvre cherchant à transformer la présentation du front en sommet, voire en face, manœuvre dangereuse comportant en particulier un risque de rupture des membranes et donc de procidence du cordon. Si les membranes sont rompues, ne pas tenter de version par manœuvre interne ;
- préparer la césarienne. La patiente doit être préparée et amenée au bloc opératoire pour être césarisée sans délai.

Dans le cas contraire (front négligé), l'évolution se fait inéluctablement vers de graves complications fœtales et maternelles : absence d'engagement et enclavement au niveau du D. S.

Une hypertonie et une hypercinésie s'installent ; l'augmentation de la bosse séro-sanguine peut faire croire à tort que la présentation progresse. Il y a un risque de rupture utérine, un risque de souffrance fœtale aiguë et de mort fœtale.

2.3.2 – La présentation du bregma

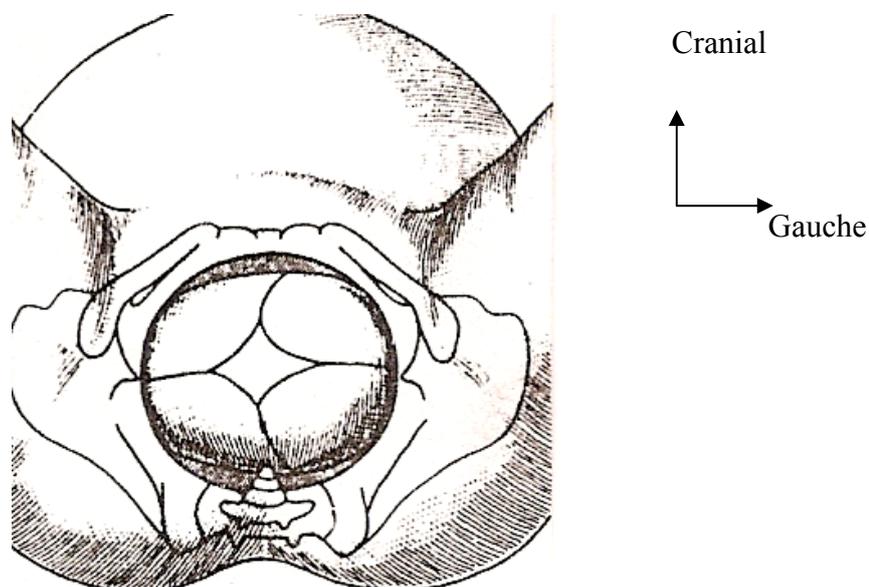


Fig. 3 – Présentation du bregma en naso-iliaque gauche transverse au toucher vaginal « signe de la croix »
(Lansac et Body) Pratique de l'accouchement 3^e édition

Le bregma est une présentation céphalique en légère déflexion intermédiaire entre le front et le sommet. La grande fontanelle est le point déclive de la présentation. On ne sent pas la petite fontanelle. Le bregma peut être confondu avec :

- une présentation du front ;
- une présentation du sommet en occipito-sacré.

Dans les deux cas, le front est contre la symphyse pubienne mais en cas de présentation du bregma la petite fontanelle n'est jamais perçue alors qu'en cas de sommet en occipito-sacré (O.S.) elle l'est toujours.

L'individualisation de cette présentation nous conduit à commenter ses caractéristiques propres.

2.3.2.2. – La clinique

Les constatations de l'examen abdominal sont celles de la présentation du front, seules celles traduisant la déflexion de la tête étant moins marquées.

Le toucher vaginal est capital :

- il perçoit la grande fontanelle, repère de la présentation au centre de celle-ci (signe de la croix – fig. 3). La racine du nez peut être perçue, mais en périphérie et non au centre comme pour la présentation du front ; on ne sent pas la petite fontanelle ou lambda ;
- c'est la région frontale qui détermine la variété des présentations droites ou gauches, antérieures ou postérieures (les variétés antérieures sont de loin les plus fréquentes plus de 80 %).

L'évolution de cette présentation peut être :

- soit défavorable avec défaut d'engagement et risque d'enclavation ;
- soit favorable (dans la grande majorité des cas).

Le travail et l'expulsion sont généralement plus longs avec un taux élevé d'aide à l'expulsion de l'ordre de 40 % (Audra, 1988).

NB : lorsqu'une bosse séro-sanguine masque le relief céphalique et en particulier la fontanelle elle-même, un signe est en faveur de la présentation bregmatique : on perçoit deux sutures dont les directions se coupent à angle droit au milieu du bassin, c'est-à-dire au lieu même de la bosse séro-sanguine, l'un est la grande suture sagittale, l'autre la ligne de sutures fronto-pariétales ; c'est le signe des sutures en croix dont on a parlé plus haut.

2.3.2.1. – *la mécanique obstétricale*

L'engagement peut se faire grâce à un complément de flexion transformant le bregma en sommet.

Sinon, l'engagement, la descente et la rotation sont difficiles, le diamètre sagittal de la présentation étant le diamètre occipito-frontal (12 cm). Les déformations plastiques de la tête sont importantes, la bosse séro-sanguine fréquente ; en masquant précocement la grande fontanelle, elle peut rendre malaisée la détermination de la présentation. Le dégagement se fait également selon un mouvement en S autour d'un pivot formé par la symphyse pubienne et la racine du nez : le mouvement de flexion permet de dégager le front et le bregma, l'occiput et le sous-occiput venant prendre appui sur la fourchette vulvaire, puis déflexion dégageant le nez, la bouche et le menton.

2.3.3. – La présentation de la face

Il s'agit d'une présentation céphalique en déflexion maximale amenant l'occiput contre le plan du dos, de telle sorte que la tête et le tronc forment un bloc solidaire et que la face pénètre la première et en totalité dans le détroit supérieur (D.S.)

Le pronostic de cette présentation est moins favorable que celui du sommet ; toutefois l'accouchement reste eutocique au prix d'une surveillance étroite. Sa fréquence est de 1 à 3 ‰ accouchements [13].

2.3.3.2.- La clinique

Les données de l'examen abdominal sont celles d'une présentation céphalique pour laquelle les signes évocateurs d'une déflexion sont très marqués.

Le toucher vaginal doit être tout à fait atraumatique (danger de lésion oculaire) :

- le nez, toujours perceptible, même en présence d'une bosse séro-sanguine est au centre de la présentation. D'un côté on perçoit le menton, structure en fer à cheval et repère de la présentation, de l'autre l'arcade sourcilière et le front, mais la grande fontanelle n'est jamais perçue. Les structures molles (globes oculaires, joues et bouche) sont plus ou moins faciles à reconnaître.
- les variétés de présentation sont définies par la position du menton :
 - * mento iliaque gauche antérieure : 20 % ;
 - * mento iliaque droite postérieure : 30 % ;
 - * mento iliaque droite antérieure : 27 % ;
 - * mento iliaque gauche postérieure : 10 %.

La conduite à tenir :

Elle porte principalement sur les points suivants :

- le sens de rotation de la tête : une rotation du menton vers l'avant (en mento-pubienne) est seule favorable ; la rotation vers l'arrière (en mento-sacrée) doit conduire sans délai à la césarienne. La lenteur du travail, le défaut d'engagement, l'arrêt de la progression sont fréquents. Le fœtus est menacé par la procidence du cordon, la compression du cordon entre l'occiput et le dos, la gêne de la circulation dans les vaisseaux du cordon du fait de l'hyperextension.

le dégagement : apparaissent à la vulve le menton, la bouche, le nez, le front, le bregma, l'occiput puis le sous-occiput. Le dégagement doit être bien contrôlé, le périnée bien surveillé ; l'indication de l'épisiotomie est très large.

Si une extraction instrumentale est nécessaire, l'introduction des cuillers et la traction doivent être prudentes, celles-ci devant reproduire le mouvement de flexion spontané de la tête autour de la symphyse pubienne.

C'est dans cette présentation que les déformations de la tête à la naissance sont plus impressionnantes, donnant à l'enfant un aspect en « gargouille » (tête déformée, allongée vers l'arrière, lèvres et paupières tuméfiées). L'hyper extension peut être à l'origine d'un cri rauque et/ou de troubles de déglutition. Tous ces signes régressent sans séquelles en quelques jours.

2.3.3.1 – La mécanique obstétricale

La présentation de la face est exceptionnellement primitive ; elle est le plus souvent secondaire à une présentation haute et mobile, en position indifférente. L'évolution se fait par une présentation du front, rendant l'engagement impossible que seul un complément de déflexion peut autoriser.

L'engagement. La face se présente dans sa totalité au D.S., l'engagement est toujours synclite : le centre de la présentation correspond au centre du détroit supérieur (D.S.).

L'engagement se produit sans difficulté ; en effet, le diamètre sagittal sous-mento-bregmatique (S.M.D.) qui mesure 9,5 cm, correspond à l'un des diamètres obliques (surtout gauches) du détroit supérieur (D.S.) 12 cm alors que le diamètre transversal bi-malaire (B.M.) 8,5 cm à 9 cm se loge facilement dans l'autre diamètre oblique.

Bien que l'on parle d'engagement, le plus grand diamètre de cette présentation ne franchit le plan du détroit supérieur D.S. qu'au temps suivant.

La descente et la rotation : Ce deuxième temps est capital pour l'issue de l'accouchement ; de lui dépend l'évolution favorable de l'accouchement ou au contraire l'arrêt de la progression. Ceci tient au fait que le fœtus présente un diamètre incompatible avec son franchissement du D.S., le diamètre presterno-sincipital qui mesure 13,5 cm à 14 cm ; Ce diamètre est irréductible. La progression dépend totalement du sens de rotation de la tête.

- Vers l'avant : elle fait intervenir une rotation de 45° pour les variétés antérieures, une rotation plus difficile de 135° pour les variétés postérieures.

La rotation est par nécessité précoce, amenant le menton sous la symphyse pubienne, précédant obligatoirement la descente. Le glissement du menton sous la symphyse est rendu possible par la plus grande longueur du cou par rapport à celle de la symphyse. Il va permettre l'effacement de ce grand diamètre presterno-sincipital ; par l'intermédiaire du menton, la tête pivote autour de la symphyse amenant l'occiput dans la concavité sacrée, le bloc tête-tronc se désolidarise. La présentation est dans l'axe antéro-postérieur du détroit inférieur (D.I.) permettant le dégagement. Seule cette évolution est favorable.

- Vers l'arrière. Le menton ne peut se dégager en arrière, butant sur le sacrum dont la hauteur est très supérieure à celle du cou du fœtus, le sternum vient buter très vite sur la margelle postérieure du bassin, plus

haute que la symphyse pubienne dans les variétés antérieures. La descente est ainsi rendue impossible en l'absence de rotation du menton vers l'avant.

le dégagement (variété antérieure uniquement). Il s'accomplit par une flexion de la tête autour de la symphyse pubienne. Il comporte cependant un risque de déchirure périnéale lors du dégagement de l'occiput, le diamètre sus-occipito-mentonnier 13,5 cm, entraînant une ampliation périnéale maximale. Le reste de l'accouchement ne revêt aucune particularité.

Types de présentation cephalique en fonction de la deflexion de la tete

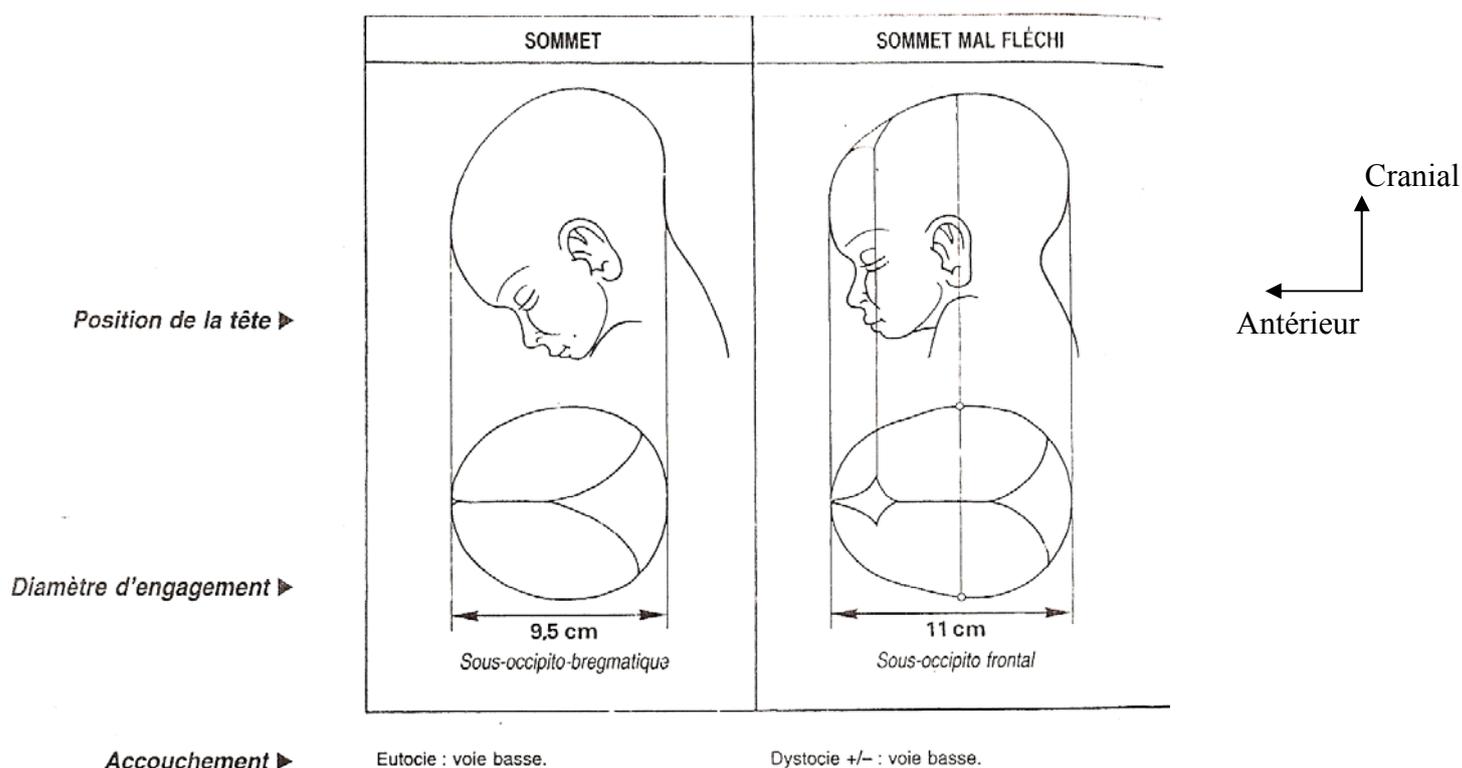


Fig. 4 – Types de présentations céphaliques en fonction de la déflexion de la tête. (Lansac et Body : Pratique de l'accouchement (3^{ème} édition).

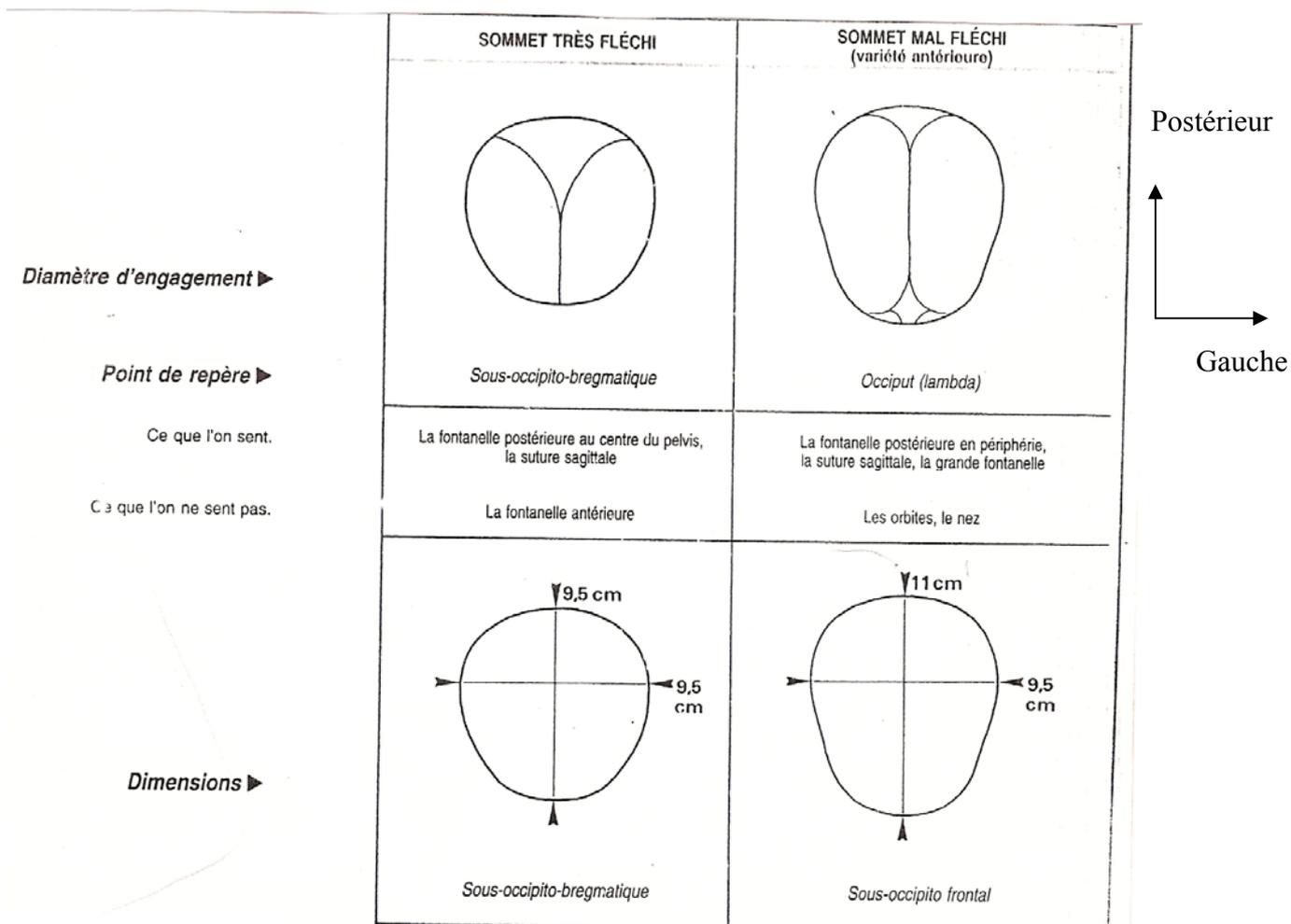
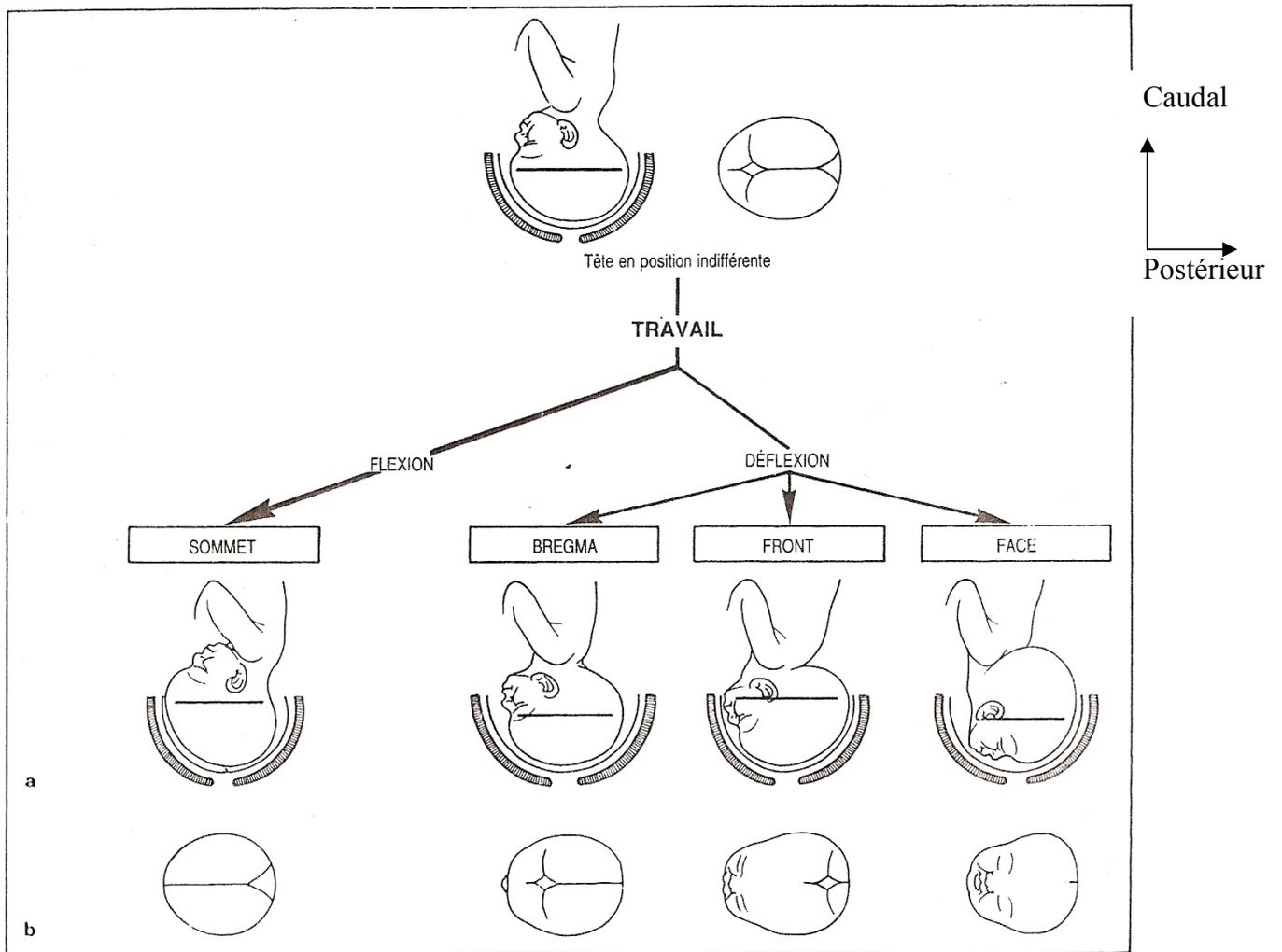


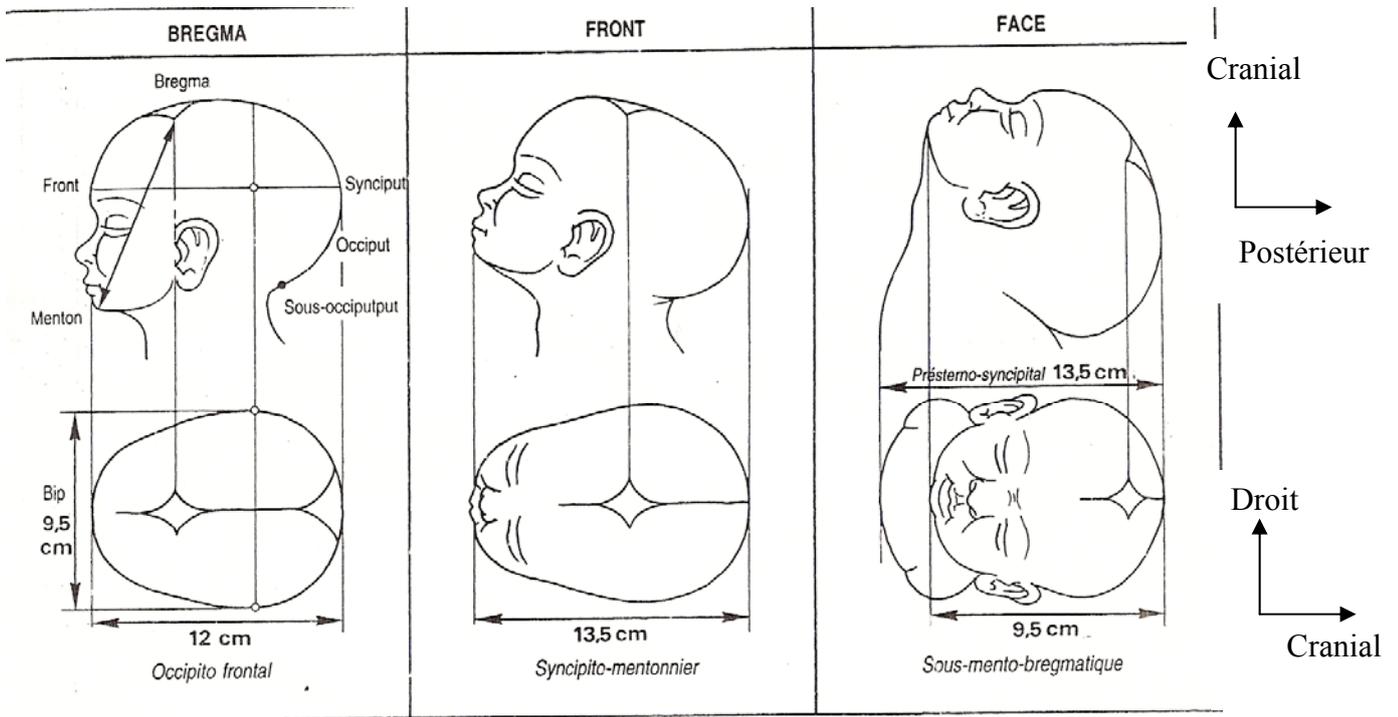
Fig. 5 - Types de présentations céphaliques et leurs points de repères (Lansac et Body : Pratique de l'accouchement (3^{ème} édition)



a) Coupe sagittale.

b) Coupe transversale.

Fig. 6 – Types de présentations céphaliques pendant le travail (Lansac et Body : Pratique de l'accouchement 3^{ème} édition)



Dystocie + : voie basse ou césarienne.

Dystocie +++ : césarienne.

Eutocie (si menton antérieur) : voie basse.
Dystocie (si menton postérieur) : césarienne.

Fig. 7 – Types de présentations céphaliques avec leur diamètre d'engagement (Lansac et Body : Pratique de l'accouchement (3ème édition))

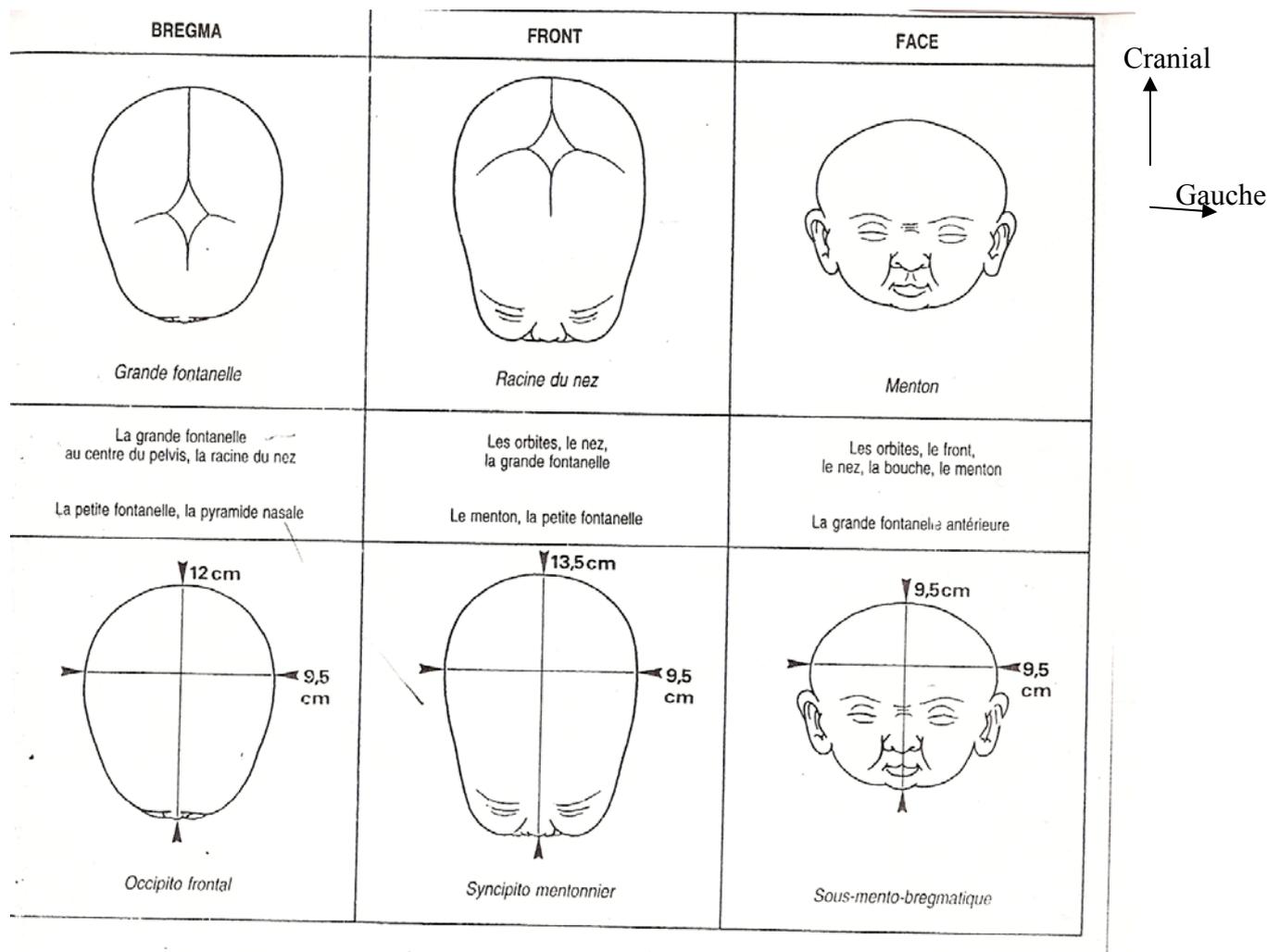


Fig. 8 – Types de présentations céphaliques et leurs points de repères (Lansac et Body : Pratique de l'accouchement (3^{ème} édition).

Pronostics des types de présentations céphaliques

Présentation	Eutocie	Dystocie	Accouchements		Repères	Diamètres sagittaux
			voie basse	césariennes		
sommet	++		+		Lambda (petite fontanelle)	sous-occipito-bregmatique 9,5 cm
bregma		+	+	+	grande fontanelle	occipito-frontal 12 cm
front		++		+	racine du nez	syncipito-mentonnier 13,5 cm
face	+		variété antérieure	variété postérieure	menton	sous-mento-bregmatique 9,5 cm

2.3.4. – *La présentation de l'épaule*

Il s'agit d'une présentation rare (environ 3 sur 10 000), anormale et incompatible avec l'accouchement par les voies naturelles [13].

Il s'agit d'une présentation oblique, la tête siégeant dans l'une des deux fosses iliaques, le moignon de l'épaule répondant au détroit supérieur. Elle doit être distinguée des présentations :

- obliques, avec le siège dans l'une des deux fosses iliaques, le flanc du fœtus répondant au plan du détroit supérieur
- transversales, le fœtus étant selon un axe perpendiculaire à celui du bassin

Tout ce qui laisse un excès de mobilité au fœtus ou au contraire empêche sa rotation peut être cause de présentation de l'épaule, qu'il s'agisse :

- d'un utérus atone (multiparité) ;
- d'un utérus surdistendu (grossesse multiple, deuxième jumeau ++, hydramnios) ;
- d'un utérus mal formé ou déformé par des myomes ;
- d'un obstacle praevia (placenta praevia, kyste ovarien ou myome utérin).

2.3.4.1 – *La clinique*

Le diagnostic doit être fait au début du travail. Il repose sur les pratiques suivantes :

- le palper abdominal : il n'y a pas de pôle fœtal à la partie basse de l'utérus ; par contre, un pôle fœtal (la tête) est palpé dans une fosse iliaque, et un second (le siège) dans l'hypochondre opposé ; entre les

deux, le plan arrondi et dur du dos est sous la paroi abdominale antérieure (le dos est toujours antérieur, répondant à la saillie du rachis ; ce n'est seulement qu'avec un enfant mort *in utero* que la position du dos en arrière peut être rencontrée) ;

- le toucher vaginal : il perçoit une présentation très haute, de taille beaucoup plus réduite et de nature différente de celle d'une tête ou d'un siège. Il s'agit de l'acromion, repère de la présentation.

Selon sa position, on distingue quasi exclusivement deux variétés antérieures :

- * acromio-iliaque droite ;
- * acromio-iliaque gauche.
- l'échographie peut lever les doutes diagnostics et contribuer au choix de la conduite à tenir ;
- conduite à tenir : elle dépend de trois éléments essentiels :
 - * l'intégrité de la poche des eaux ;
 - * la mobilité du fœtus ;
 - * l'absence de souffrance fœtale.

Deux situations peuvent se présenter :

- * la césarienne immédiate (dès le diagnostic fait) ; elle doit être formellement décidée :
 - . si les membranes sont rompues, *a fortiori* s'il existe une procidence du cordon, voire d'un membre ;
 - . si la présentation est irréductible (utérus mal formé, obstacle praevia) ;

. Si un obstacle praevia rend impossible l'accouchement par les voies naturelles.

En l'absence d'extraction, l'évolution se fait vers l'épaule négligée (membranes rompues, rétraction utérine, fœtus mort, début d'infection ovulaire).

* les versions : elles visent à transformer la présentation oblique en une présentation longitudinale. Elles ne sont possibles que sous certaines conditions :

- Fœtus mobile et de poids normal ;
- Bassin normal ;
- Utérus bien souple et non cicatriciel ;
- Milieu obstétrico-chirurgical ;
- Opérateur expérimenté ;
- Absence d'obstacle praevia ;
- Placenta normalement inséré.

La version par manœuvre externe : elle doit être facile et prudente en raison des risques de rupture des membranes et de procidence de cordon, et ce d'autant plus que la dilatation est avancée. Elle est de plus en plus abandonnée.

Le pôle céphalique (ou à défaut le siège) est maintenu au détroit supérieur permettant la rotation du fœtus dans la bonne position et la poursuite de l'accouchement qui peut se dérouler normalement.

La version par manœuvre interne :

Elle n'est possible qu'à dilatation complète avec un utérus relâché non cicatriciel, membranes rompues. Elle est suivie d'une grande extraction du

siège. En raison de la morbidité fœtale et maternelle qu'elle comporte, cette méthode doit être réservée à des opérateurs expérimentés ou dans le cas contraire aux situations comportant une souffrance fœtale aiguë et nécessitant une extraction immédiate (deuxième jumeau par exemple).

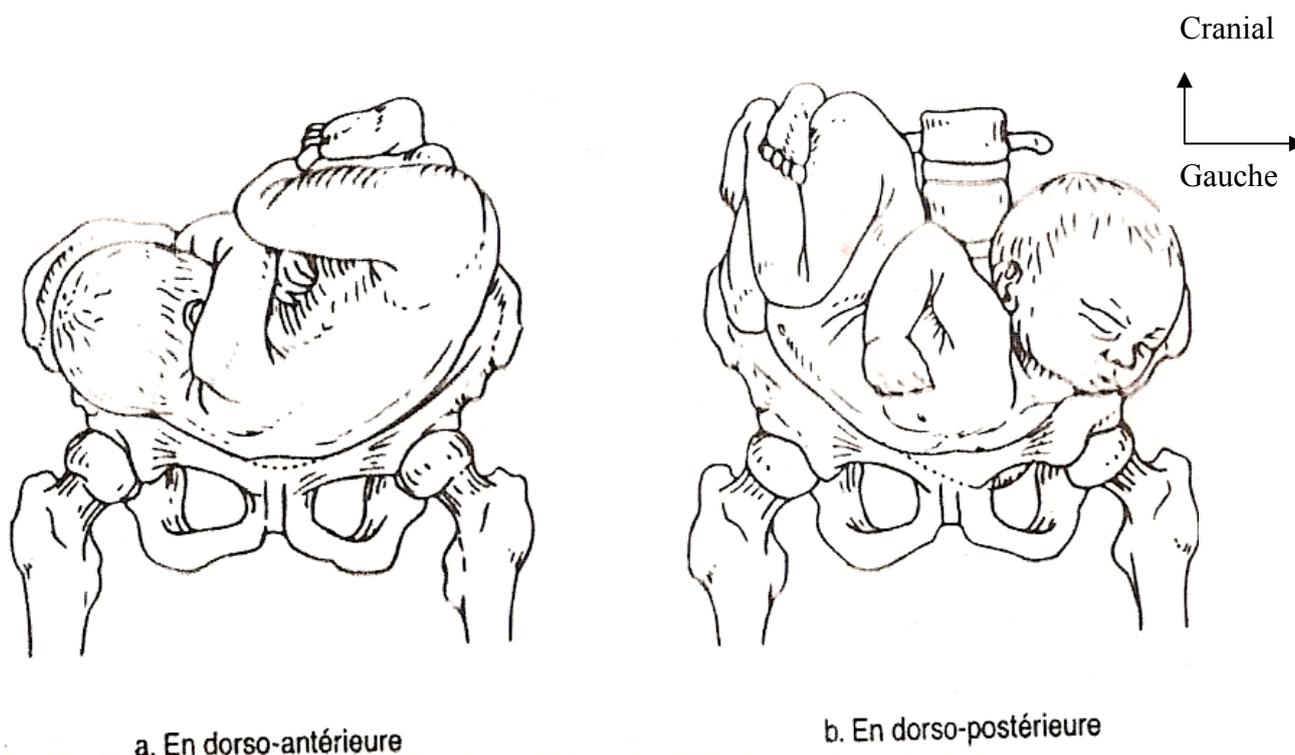


Fig. 9 – Présentation de l'épaule (R. Merger, J. Melchior : Précis d'obstétrique (6ème édition)

2.3.4.1 – L'épaule négligée

Le terme d' « épaule négligée » a l'inconvénient de manquer de précision.

Pour que l'épaule soit négligée, il faut trois conditions formelles [15] :

- . la femme doit être en travail,
- . l'œuf doit être ouvert,
- . l'utérus doit être plus ou moins rétracté, ce qui implique la notion d'un certain temps passé depuis le début du travail.

De ces conditions en découlent d'autres, peut-être moins absolues : la présentation qui a tenté de s'engager s'est immobilisée ; l'infection

ovulaire existe, déclarée ou latente ; l'enfant a succombé ; la version est devenue impossible.

2.3.4.1.1. – la clinique

Les signes fonctionnels sont ceux de toutes les dystocies. Les contractions sont d'abord irrégulières puis sub-intrantes. La femme souffre en permanence, les douleurs sont plus lombaires qu'abdominales. Les rémissions qui devraient séparer les contractions sont incomplètes ou absentes.

Les signes généraux : le travail durant depuis un certain temps, l'état général est plus ou moins altéré (apparition de la fièvre, accélération du pouls, soif, langue sèche). La femme se rend compte de la mauvaise marche du travail ; elle s'agite et devient anxieuse.

A l'examen, l'utérus s'est verticalisé. Sa dureté qui traduit sa rétraction s'accroît progressivement et devient permanente. C'est le tableau de l'imminence de la rupture marquée par l'ascension de l'anneau de rétraction (signe de Bandl-Frommel) et par l'étranglement de l'utérus en sablier.

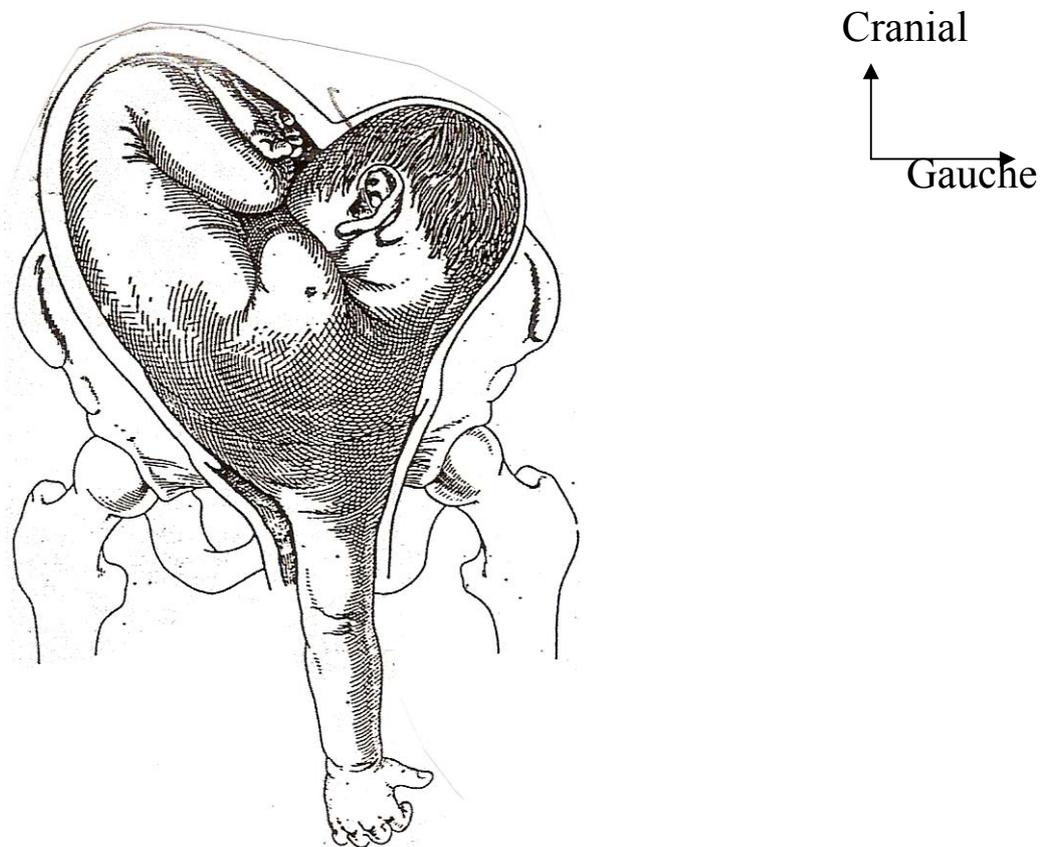


FIG. 264. — *Présentation de l'épaule négligée.*

Fig. 10 – Présentation de l'épaule négligée (R. Merger et J. Melchior) Précis d'obstétrique 6è édition

3. Méthodologie

3.1. – Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Ce choix nous a permis d'évaluer la qualité des prestations des Centres de Santé communautaire de la dite Commune, ainsi que des autres Communes du District ou hors du District qui y réfèrent des patientes pour prise en charge obstétricale.

Le Service de gynécologie-obstétrique du Centre est constitué :

- d'une maternité avec quatre tables d'accouchement ;
- Les suites de couche avec 16 lits
- Une unité de néonatalogie avec 2lits ;
- 6 salles d'hospitalisation pour la chirurgie gynécologique et obstétricale avec 20 lits ;
- Deux salles d'opération fonctionnelles ;
- Une salle de consultations externes pour médecins gynécologues-obstétriciens et de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ;
- une salle de consultation pour les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- une salle de consultations pour les anesthésistes ;
- une unité de C.P.N.et de PTME ;
- une unité de planning familial (P.F.) ;

Ce Service est dirigé par un professeur agrégé en gynécologie-obstétrique. Le Service est devenu à vocation universitaire avec l'ouverture du CES de gynécologie-obstétrique au Mali depuis Janvier 2006.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un médecin gynécologue-obstétricien ou un C.E.S. en gynéco-obstétrique ;
- quatre ou cinq étudiants en médecine, faisant fonction d'internes ;
- deux sages-femmes
- une aide-soignante ;
- un infirmier anesthésiste ;
- un technicien de laboratoire ;
- un chauffeur d'ambulance ;
- deux garçons de salle.

Tous les matins, à 08 h 15, un staff est tenu, dirigé par le médecin-chef ou un médecin gynécologue-obstétricien portant sur les problèmes de la garde précédente et la formation des étudiants et des C.E.S.

3.2. – Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale et rétrospective.

3.3. – Période d'étude

Notre étude a concerné la période allant du 01 janvier 2004 au 31 décembre 2005 (24 mois).

Etude rétrospective du 01 janvier 2004 au 31 décembre 2004 (12mois)

Etude transversale du 01 janvier 2005 au 31 décembre 2005 (12mois)

3.4. – Population d'étude

Elle est constituée par l'ensemble des accouchements effectués dans notre maternité pendant les deux années de l'étude.

3.5. – Echantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage non exhaustif portant sur toutes les femmes ayant une présentation vicieuse, admises dans le Service pendant la période d'étude. Nous avons pu ainsi étudier, au total, 73 cas.

3.5.1. – *Critère d'inclusion*

Toute gestante avec présentation vicieuse (sommet mal fléchi, bregma, front, face variété postérieure), admise dans le service pendant la période d'étude.

3.5.2. – *Critères de non inclusion*

Tout autre mode de présentation fœtale : présentation du sommet bien fléchi, du siège, de la face mento-pubienne (variété antérieure) .

3.6. – *Collecte des données*

Notre collecte des données a été faite à partir de dossiers obstétricaux, de registres de compte-rendu opératoire, des carnets de consultations prénatales, des partogrammes.

3.6.1. – *Technique de collecte des données*

La collecte des données a été faite par l'exploitation des documents cités ci-dessus et la consignation des informations sur les fiches d'enquête.

3.7. – *Variables étudiées :*

- identité de la patiente ;
- mode de référence ;
- antécédents ;
- éléments de l'examen clinique ;
- mode d'accouchement ;
- la mère ;
- le nouveau-né.

3.8. – *Plan d'analyse des données*

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI-INFO, version 6.4b de l'OMS.

Les graphiques ont été réalisés sur Excel.

Le test statistique utilisé a été le Khi2 avec un seuil de signification fixé à 5%.

Résultats

4-Résultats

4.1 – Résultats descriptifs

4.1.1 Fréquence

Nous avons enregistré au total 73 présentations vicieuses parmi 10 848 accouchements soit une fréquence de 0,67%.

Tableau I : Fréquence des différents types de présentations vicieuses parmi l'ensemble des accouchements

Présentations	Effectif	Nombre d'accouchements	%
transversale	36	10 848	0,33
face (variété postérieure)	12	10 848	0,11
Sommet mal fléchi	11	10 848	0,10
front	10	10 848	0,10
Bregma	4	10 848	0,03

4.1.3 – Caractéristiques socio- démographiques

4.1.3.1 Provenance géographique

Tableau II : Répartition des femmes en fonction de la provenance géographique

Commune	Effectif	Pourcentage
I	0	00
II	1	1,4
III	3	4,1
IV	3	4,1
V	30	41,1
VI	26	35,6
Hors District	10	13,7
Total	73	100

41,1 % des femmes provenaient de la commune V

4.1.3.2 Quartiers de résidence

Tableau III : Répartition des femmes selon les quartiers de résidence en Commune V

Quartier	Effectif	Pourcentage
Badalabougou- Sema- Gexco	3	10
Badalabougou Sema I	2	6,6
Quartier Mali	15	50
Torokorobougou	3	10
Bako-Djikoroni	1	3,4
Kalaban-Coura	1	3,4
Sabalibougou	5	16,6
Total	30	100

43 parturientes ne résidaient pas en Commune V : 10 parturientes provenaient hors du District et 33 d'autres Communes. Le Centre de santé de référence se trouve au Quartier Mali

4.1.3.3 Age

Tableau IV : Répartition des femmes selon l'âge

Âge	Effectifs	Pourcentage
15– 19 ans	14	19,2
20 – 35 ans	38	52
≥ 36 ans	21	28,8
total	73	100

L'âge moyen des femmes étaient 27,2 ans \pm 6,18 avec des extrêmes de 15 et 39 ans

4.1.3.4 Profession

Tableau V : Répartition des femmes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	65	89
Fonctionnaire	2	2,7
Commerçante	1	1,4
Elève -étudiante	2	1,7
Autres	3	4,1
Total	73	100

Autres : teinturière, coiffeuse, couturière.

4.1.4-Etude clinique

4.1.4.1 Mode d'admission

Tableau VI – Répartition des femmes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
venue d'elle-même	21	28,8
évacuée	42	57,5
référée	10	13,7
total	73	100

Les patientes, pour la plupart, ont été évacuées avec 57,5% des cas.

4.1.4.2 Motif de référence

Tableau VII : Répartition des femmes selon le motif de référence

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
Procidence du bras	10	19,2
SFA	12	23,1
Dilatation stationnaire	10	19,2
Présentation de l'épaule	9	17,3
Présentation non appréciée	11	21,2
Total	52	100

Dans 21,2% des cas aucun diagnostic n'a été posé à la référence.

4.1.4.3. Antécédents obstétricaux

4.1.4.3.1 Gestité

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	26	35,6
Multigeste	19	26
Grande multigeste	28	38,4
Total	73	100

Primigeste : première grossesse

Paucigeste : 2-3 grossesses

Multigeste : 4-5 grossesses

Grande multigeste : ≥ 6 grossesses

Les grandes multigestes représentaient la majorité des cas, avec 38,4 %.

4.1.4.3.2 Parité

Tableau IX : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	21	28,8
Paucipare	12	16,4
Multipare	19	26
Grande multipare	21	28,8
Total	73	100

Primipare=1 accouchement

Paucipare =2 - 3 accouchements

Multipare = 4 – 5 accouchements

Grande multipare ≥ 6 accouchements

Les grandes multipares et les multipares représentaient la majorité des cas, avec 54,8 %.

4.1.4.4 Antécédents chirurgicaux

4.1.4.4.1 Etat de l'utérus

Tableau X : Répartition des femmes selon l'état de l'utérus

Etat de l'utérus	Effectif	Pourcentage
Sain	66	90,4
Cicatriciel	7	9,6
Total	73	100

4.1.4.5 – Etude du suivi de la grossesse

4.1.4.5.1 Suivi prénatal

Tableau XI : Répartition des femmes en fonction du suivi prénatal (CPN)

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	21	28,8
1 -3	32	43,8
≥ 4	20	27,4
total	73	100

Les parturientes qui n'ont pas fait de CPN et celles qui ont fait moins de 4 CPN représentaient 72,6 % au total

4.1.4.5.2 Auteur du suivi prénatal

Tableau XII : Répartition des femmes en fonction des auteurs du suivi prénatal

Auteur des CPN	Effective	Pourcentage
Sage femme	51	69,9
Médecin	19	26,0
Matrone	3	4,1
Total	73	100

4.1.4.6 Examen clinique à l'admission

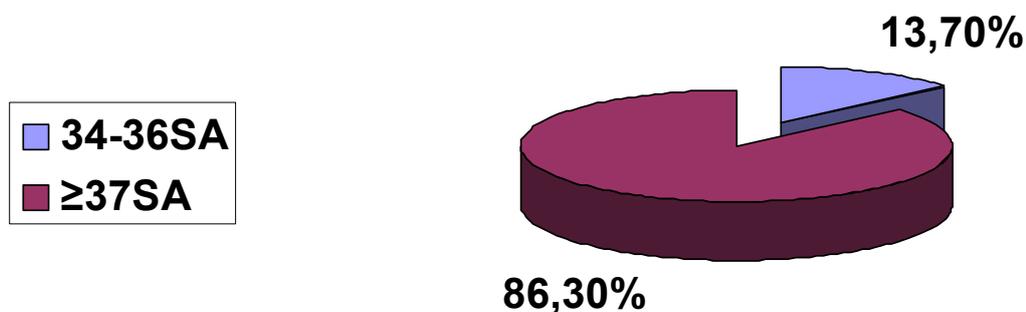
4.1.4.6..1 Taille

Tableau XIII : Répartition selon la taille des femmes

Taille	Effectif	Pourcentage
< 1,50 m	3	4,1
≥ 1,50 m	70	95,9
total	73	100

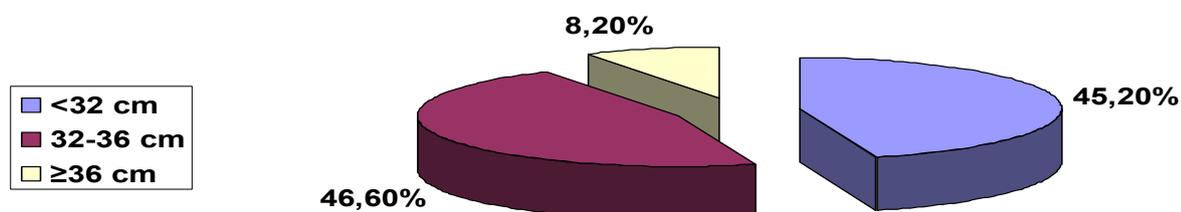
4.1.4.6.2 Terme de la grossesse

Graphique No2: Répartition des femmes selon le terme de la grossesse



4.1.4.6.3 Hauteur utérine

Graphique No3 : Répartition des femmes selon la hauteur utérine



4.1.4.6.4 Contraction utérine

Tableau XIV : Répartition des femmes selon le nombre des contractions utérines (CU) sur 10 min

CU/10 min	Effectif	Pourcentage
<3	2	2,7
3-5	18	24,7
>5	53	72,6
TOTAL	73	100

72,6% des parturientes avaient une hypercinésie de fréquence.

4.1.4.6.5 Bruits du cœur fœtal

Tableau XV : Répartition des femmes selon les bruits du cœur fœtal (BDCF)

BDCF (battement/min)	Effectif	Pourcentage
Non perçu	38	<u>19,2</u>
<120	19	52,1
120-160	2	26
>160	14	2,7
TOTAL	73	100

Dans 19,2% des cas les BDCF n'étaient pas perçus à l'examen clinique et dans 54,8% on a noté une souffrance fœtale.

4.1.4.6.6-Dilatation du col utérin

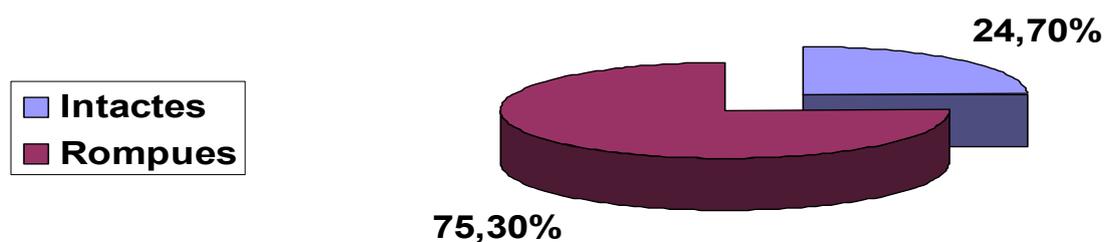
Tableau XVI : Répartition des femmes selon la dilatation du col utérin

Dilatation du col	Effectif	Pourcentage
1 – 4	13	17,8
≥4	20	27,4
10	40	54,8
TOTAL	73	100

Plus de la moitié des femmes étaient à dilatation complète avec 54,8%.

4.1.4.6.6 Etat des membranes

Graphique No4: Répartition des femmes selon l'état des membranes



4.1.4.6.7 Couleur du liquide amniotique

Tableau XVII : Répartition des femmes selon la couleur du liquide amniotique

Couleur liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	28	38,4
Méconial	33	45,2
Purée de pois	5	6,8
Hématique	7	9,6
Total	73	100

4.1.4.7 la Voie d'accouchement

Tableau XVIII: Répartition des femmes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Laparotomie	23	31,5
Césarienne	50	68,5
Total	73	100

4.1.4.7 *Apgar à la 1^{ère} minute*

Tableau XIX : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la première minute

Apgar (1 ^{ère} minute)	Effectif	Pourcentage
0	14	19,2
1 – 6	40	54,8
7 – 10	19	26
Total	73	100

Plus de la moitié des nouveaux-nés présentaient une souffrance néo natale.
19,2% étaient des mort-nés

4.1.4.7 Apgar à la 5^{ème} minute

Tableau XX : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la cinquième minute

Apgar (5^{ème} minute)	Effectif	Pourcentage
0	22	30,1
1 – 6	18	24,7
7 – 10	33	45,2
Total	73	100

4.2-Résultats analytiques

4.2.1- Présentation vicieuse et parité

Tableau XXI : Relation entre présentation vicieuse et parité

Parité présentation	primipare		paucipare		multipare		Grande multipare		total		P
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Transversale	4	19	2	15,3	14	66,7	16	88,8	36	49,3	<u>≤0,001</u>
Front	5	23,9	3	23,1	2	9,5	0	0	10	13,7	0,114
Bregma	3	14,2	1	7,7	0	0	1	4,8	5	6,8	0,347
Face	5	23,9	2	15,3	2	9,5	2	9,5	11	15,1	0,114
Sommet mal fléchi	4	19	4	30,8	1	5,6	2	9,5	11	15,1	0,208
Total	21	28,8	12	17,8	19	24,7	21	28,8	73	100	

Il existe une différence hautement significative entre la présentation transversale et la parité due au fait qu'il y a plus de présentation transversale chez les grandes multipares

4.2.2 Présentation vicieuse et gémellité

Tableau XXII: Relation entre présentation vicieuse et gémellité

Gémellité	Oui		Non		Total		P
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Transversale	10	77,6	26	43,3	36	49,3	<0,05
Front	1	7,7	9	15	10	13,7	0,487
Bregma	0	0	5	8,4	5	6,8	0,280
Face	2	15,3	9	15	11	15,1	0,971
Sommet mal fléchi	0	0	11	18,3	73	100	0,096
Total	13	17,8	60	82,2	73	100	

Les présentations transversales étaient significativement plus associées à la gémellité.

4.2.3 Présentation vicieuse et fibrome utérin

Tableau XXIII: Relation entre présentation vicieuse et fibrome utérin

Présentation	Présence de fibrome		Absence de fibrome		P
	Effectif	%	Effectif	%	
Transversale	3	4,1	33	45,2	0,163
Front	2	2,7	8	10,9	0,413
Bregma	0	0	5	6,8	0,467
Face	3	4,1	8	10,95	0,163
Sommet mal fléchi	2	2,8	9	12,3	0,467

4.2.4 Présentation vicieuse et placenta praevia

Tableau XXIV : Relation entre présentation vicieuse et placenta praevia

Présentation	Présence de pp		Absence de pp		P
	Effectif	%	Effectif	%	
Transversale	3	4	33	45,2	0,486
Front	1	1,4	9	12,3	0,532
Bregma	0	0	5	6,8	0,694
Face	1	1,4	10	13,7	0,569
Sommet mal fléchi	0	0	11	15,0	0,430

4.2.5 Présentation vicieuse et qualité du bassin

Tableau XXV : Relation entre présentation vicieuse et qualité du bassin

Présentation	Normal	Anormal	P
	Nombre (%)	Nombre (%)	
Transversale	36 (49,3%)	0 (0%)	<0,001
Front	1 (1,4%)	9 (12,3%)	<0,001
Bregma	1 (1,4%)	4 (5,4%)	<0,05
Face	4 (5,4%)	7 (9,7%)	<0,05
Sommet mal fléchi	5 (6,9%)	6 (8,2%)	0,140

Les présentations transversales sont significativement plus associées aux bassins normaux qu'aux bassins anormaux.

4.2.6 Présentation vicieuse et terme de la grossesse

Tableau XXVI : Relation entre présentation vicieuse et terme de la grossesse

Terme grossesse	34-36 SA	≥ 37 SA	P
Présentation	Nombre (%)	Nombre (%)	
Transversale	10 (13,7%)	26 (35,6%)	<0,05
Front	0 (0%)	10 (13,7%)	0,339
Bregma	0 (0%)	5 (6,8%)	0,594
Face	0 (0%)	11 (15,1%)	0,301
Sommet mal fléchi	0 (0%)	11 (15,1%)	0,301

La présentation transversale est significativement plus associée aux grossesses à terme qu'aux prématurés.

4.2.7 Présentation vicieuse et poids fœtal

Tableau XXVII : Relation entre présentation vicieuse et poids fœtal

Poids fœtal	< 2500g	2500-4000g	≥4000g	Khi2	P
présentation					
Transversale	14 (19,2%)	22 (30,1%)	0 (0%)	10,31	<0,05
Front	0 (0%)	10 (13,7%)	0 (0%)	3,79	0,150
Bregma	0 (0%)	5 (6,8%)	0 (0%)	1,76	0,415
Face	3 (4,2%)	8 (10,8%)	0 (0%)	0,95	0,622
Sommet mal fléchi	0 (0%)	10 (13,7%)	1 (1,3%)	9,07	0,010

Il existe une différence statistiquement significative de la présentation transversale en fonction du poids du fœtus lié au fait qu'il y a plus de petit poids de naissance dans ce groupe.

4.2.8 – Pronostics maternels et fœtaux

4.2.8.1 Relation entre mort fœtale et présentation vicieuse

Vicieuse

Tableau XXVIII: Relation entre mort fœtale et présentation vicieuse

Mode d'admission	Mort fœtale OUI		NON		Total
	Eff.	%	Eff	%	
Référée ou évacuée	20	38,5	32	61,5	52
Venue d'elle-même	2	9,5	19	90,5	21
Total	22	30,1	51	69,9	73

Khi2=5,95 P=0,0147(P<0,05)

NB : mort fœtal=mort in utero +décès néo natal précoce

La majorité des morts foetales était issue des parturientes évacuées ou référées, ce qui explique la différence observée entre les deux groupes en ce qui concerne l'état du fœtus ou du nouveau né.

4.2.8.2 Mode de référence et le score d'Apgar à la 1^{ère} Minute

Tableau XXIX Relation entre mode de référence et le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

Mode d'admission Apgar	Référence /Evacuation		Venue d'elle même		Kh2	P
	Eff	%	Eff	%		
0	14	26,9	0	0	9,78	<0,001
1-6	31	59,6	9	42,8	11,43	<0,001
7-10	7	13,5	12	57,2	14,82	<0,001

Il existe une différence très hautement significative entre le mode d'admission et le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

4.2.8.3 Mode de référence et le score d'Apgar à la 5^{ème}

*minute***Tableau XXX Relation entre mode de référence et le score d'Apgar à la 5^{ème} minute**

Mode d'admission Apgar	Référence/Evacuation		Venue d'elle-même		Kh2	P
	Eff	%	Eff	%		
0	20	38,5	2		5,95	<0,05
1-6	18	34,6	0		9,65	<0,05
7-10	14	26,9	19		24,39	<0,05

Il existe toujours une différence hautement significative entre le mode d'admission et le score d'Apgar à la 5^{ème} minute.

4.8.2.4 Rupture utérine et mode d'admission**Tableau XXXI : Relation entre rupture utérine et mode d'admission**

Rupture utérine	Oui		Non		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Venue d'elle-même	0	0	21	100	21	100
Référée /évacuée	23	44,2	29	55,8	52	100
Total	23	31,5	50	68,5	73	100

La rupture utérine est très hautement associée à l'évacuation/référence.

Khi2=13,56 P=0,0002

Commentaires
et
discussion

5 – Commentaires et discussion

5.1 – Fréquence des présentations vicieuses

Notre étude réalisée au Centre de Santé de référence de la Commune V de Bamako a couvert une période de deux ans. Elle a permis d'enregistrer 10 848 accouchements (hormis les accouchements à domicile), 73 cas de présentations vicieuses. La fréquence globale des présentations vicieuses était de 0,67 %.

Nos taux sont proches de plusieurs auteurs :

Face:

Dans notre série=0,11%

Merger et coll (France) 0,17 % [15]

Steven et coll (USA)=0,20 % [22]

Peter G., Napolitano et coll (USA)= 0,20 % [16]

Front

Dans notre série=0,10%

Australie Thomas I.= 0,09 % [24]

États-unis Jason P, Napolitano 0,10 % [12]

France (Merger et coll. 0,12 % [15]

Lansac et Body 0,10 % [13]

Transversale

Dans notre étude=0,33% [15]

France Merger et col. 0,25 % [13]

Lansac et Body 0,30 % [2]

Égypte, Diaa Mowafi 0,50% [2]

Bregma

Les opinions des auteurs sont variables sur la classification :

Merger et coll. Incluent la présentation du bregma dans celle du front (front bregmatique) [15]

Lansac et coll. La différencient de la présentation de front [13].

Sommet mal fléchi

Les avis diffèrent d'un auteur à l'autre :

Merger et coll. n'en parle pratiquement pas [15].

Par contre Lansac et coll. le ressort dans leur classification avec un diamètre d'engagement sous-occipito-frontal de 10,5cm à 11cm différent du diamètre sous-occipito-bregmatique (9,5cm) de la présentation du sommet [13].

5.2. – Caractéristiques socio-démographiques

5.2.1-Provenance géographique et quartier de résidence :

41,1% des femmes provenaient de la commune V ; plus de la moitié (58,9%) provenaient d'autres communes (cf. tableau II).

Le centre de santé de la commune V est très fréquenté probablement à cause de la qualité de ses prestations.

50% des femmes admises, venues de la commune V résidaient au quartier Mali où se trouve le centre de référence (cf. tableau III).

5.2.2– Âge

Dans notre étude, plus de la moitié des parturientes (52 %), soit 38 cas, étaient âgées de 20 à 35 ans, groupe d'âge correspondant à la période optimale de fécondité. L'âge moyen était de $27,2 \pm 6,18$ ans (tableau IV).

La tranche d'âge de 36 à 39 ans qui caractérise un âge obstétriquement élevé représentait 28,8 %. De nombreux auteurs soulignent l'augmentation importante de la mortalité fœtale au-delà de 35 ans : en France, l'âge idéal de procréation se situerait entre 20 et 30 ans. Le risque s'accroît de façon considérable au-delà de 30 ans pour tripler au-delà de 40 ans selon Suzanne et coll. [23].

Dubois J. considère tout âge inférieur à 18 ans et supérieur à 35 ans défavorable et recommande la césarienne systématique après 35 ans [5].

5.3. – Clinique

5.3.1. – Mode d'admission

Au total, 28,8 % des parturientes étaient venues d'elles-mêmes (21 cas sur 73). 71,2 % (52 cas sur 73) ont été référées ou évacuées d'une autre structure sanitaire, avec 57,5 % pour les évacuations et 13,7 % pour les références (cf. tableau III). Les références et évacuations représentaient donc plus de la moitié des cas.

5.3.2. – Motif de référence/évacuation

Parmi les 52 cas de parturientes référées ou évacuées dans notre service, 11 soit 21,2 % des diagnostics n'ont pas pu être posé avant la référence (cf. tableau VII). Cela s'explique par la difficulté du diagnostic clinique de présentation vicieuse et surtout l'insuffisance de ressources humaines

qualifiés. Un diagnostic précoce, correct et une référence à temps dans une structure spécialisée permettront d'éviter la survenue des complications et de réduire la mortalité et la morbidité fœto-maternelles.

5.3.3-Parité et gestité :

Dans notre étude, 38,4% des femmes étaient des grandes multigestes et 28,8% étaient des grandes multipares.

26% étaient des multipares et 26% également des multigestes.

35,6% étaient des primigestes et 28,8% des primipares.

Merger et coll. considèrent la multiparité comme la grande cause des positions transversales [15], qui s'explique par le relâchement des parois utérines incapables de maintenir le fœtus en position longitudinale.

5.3.4 – Suivi de la grossesse

Selon les recommandations de l'OMS, le nombre des consultations prénatales doit être au moins égale à quatre durant les neuf mois de grossesse. Celles-ci permettront de dépister à temps les grossesses à risque afin d'organiser leur prise en charge correcte et rapide. Aussi, il sera possible d'éviter la survenue d'éventuelles complications et de réduire ainsi la morbidité et la mortalité fœto-maternelles.

Selon les résultats, 72,6% des femmes ayant une présentation vicieuse n'ont pas fait ou ont fait incorrectement les CPN (cf. tableau VII). La plupart des femmes qui avaient une présentation vicieuse n'avaient pas suivi régulièrement les consultations prénatales, sans qu'on puisse évidemment expliquer la plus grande fréquence des présentations vicieuses par le fait qu'il n'y a pas eu de CPN.

L'absence des consultations prénatales s'expliquerait le plus souvent par le faible niveau socio-économique, la négligence ou le défaut d'information et de sensibilisation. Se pose alors le problème de communication pour le changement de comportement des populations surtout celles vivant en milieu rural, celles qui sont au foyer (sans profession). Dans notre étude, les femmes sans profession représentaient 89 % des parturientes (cf. tableau V). La proportion des femmes n'ayant pas fait de CPN était de 28,8%.

En Tunisie et au Sénégal, la proportion des femmes enceintes n'ayant pas suivi de CPN était respectivement de 35 % (en 1993) d'après Rachidi et al.[27]et de 41 % (en 1993) et d'après Farsi El Ham [16].

Notre taux est relativement élevé que ceux-ci malgré les multiples efforts déployés au cours des 10 dernières années pour l'amélioration des soins prénatals au Mali.

5.3.5-Phase du travail d'accouchement :

Presque la totalité des femmes était à la phase active du travail d'accouchement soit 82,2% des cas avec 54,8% pour celles qui étaient à dilatation complète (cf. tableau XVI). Cela s'expliquerait par le retard des références vers les services spécialisés.

5.3.6-L'état des membranes et du liquide amniotique :

A l'admission les membranes étaient rompues dans plus de la moitié des cas, 75,3%.(cf. graphique 4).

Le liquide amniotique était méconial dans 45,2% des cas et purée de pois dans 6,8% (cf. tableau XVII). Etant donné qu'il n'y a pas de présentation

de siège dans notre série, nous pouvons dire que le taux de souffrance fœtal est très élevé ; cela se voit dans le tableau XIX par un taux de mort né de 19,2% et de souffrance néonatale de 54,8%. Tout ce ci s'expliquerait par des références tardives, des manœuvres douteuses pratiquées par le personnel de santé

5.3.7 – Facteurs liés aux types de présentation vicieuses

5.3.7.1. – Parité

Dans notre étude, 28,8 % des parturientes étaient des primipares et 53,5 % étaient des multipares et des grandes multipares (cf. tableaux IX). La fréquence des présentations vicieuses a varié significativement en fonction de la parité. Alors que les présentations de la face, du front, du bregma et du sommet mal fléchi étaient plus fréquentes chez les primipares et les paucipares, les présentations transversales étaient au contraire plus courantes chez les multipares et les grandes multipares (cf. tableau XII).

Dans notre étude, des taux élevés de présentations transversales (66,7 %) ont été associés à la multiparité et 88,8 % ont été associés à la grande multiparité.

Des fréquences faibles de présentations transversales associées à la grande multiparité ont été observées au Ghana (15,1 %) par Seffah J. [21] et en Israël (24 %) par Démol S. [3].

Le rôle majeur de la parité comme facteur de risque associé aux présentations vicieuses avait été souligné auparavant par Peter G. et al. [16] et Jason P et coll. [12]. Ces auteurs estiment que dans les facteurs de risque de présentation anormale, il existe toujours la notion de multiparité.

5.3.7.2. – Gémellité

Le taux général de gémellité a été de 17,18 % dans l'échantillon étudié, soit 13 cas sur 73. Or parmi ces 13 cas, il y a eu 10 présentations transversales, soit un taux de 77,6 %. On peut donc dire que les présentations transversales ont été davantage associées à la grossesse gémellaire. Il existe une différence statistiquement significative entre les grandes multipares et la présentation transversale ($P < 0,05$).

Ce taux de 17,8 % retrouvé est un peu plus élevé que les 10 % rapportés en Egypte par Diao M. [2] et aux Etats-Unis par Peter G et coll. [16]

5.3.7.3 – Placenta praevia

6,8 % des présentations vicieuses étaient associées au placenta praevia (cf. tableau XXIV). Ce taux est proche de celui retrouvé au Ghana par Seffah J. [18] où la fréquence de la présentation transversale a été de 3,2 % et celui d'Israël par Demol S. avec 6,2 % dans les malpositions [3].

Dans notre étude il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le placenta praevia et les présentations vicieuses.

D'autres études faites par Diao M. en Egypte [2] et Rayl J. et coll. aux Etats-Unis [19] ont mis l'accent sur le placenta praevia comme facteur de risque de la présentation anormale.

5.3.7.4 – Fibrome utérin

13,7 % des présentations vicieuses étaient associées au fibrome utérin (cf. tableau XXIII). Des taux beaucoup plus élevés ont été observés au Ghana par Seffah J. [21]. Dans notre étude il n'existe pas de différence

statiquement significative entre le fibrome utérin et les présentations vicieuses.

Le fibrome utérin est aussi considéré par de nombreux auteurs comme Diaa M. en Egypte [2] et Seffah J. au Ghana [21] comme facteur de risque très important dans la survenue des présentations dystociques.

5.3.7.5- Qualité du bassin

Notre étude a retrouvé 35,6% de bassin anormal contre 64,4% de bassin normal.

Il existe une différence statiquement significative entre la qualité du bassin et les présentations vicieuses ($P < 0,005$) (cf. tableau XXV).

Le bassin maternel apparaît donc comme facteur de risque des présentations vicieuses.

Merger et coll [15], Lansac et coll [13], le considère également comme facteur de risque des présentations anormales

5.3.7.6- Poids fœtal et terme de la grossesse

Dans notre étude le petit poids de naissance et la prématurité étaient significativement associés à la présentation transversale ($P < 0,001$). Par contre il n'existe pas de différence statiquement significative par rapport aux autres présentations vicieuses. (cf. tableaux XXVII et XXVIII).

Le petit poids de naissance et la prématurité peuvent être considéré comme facteurs de risque des présentations transversales.

5.3.7.7 – Rupture utérine

La rupture utérine est une pathologie obstétricale exceptionnelle, de mauvais pronostic, elle demeure encore l'une des principales causes des décès maternels dans les pays en voie de développement.

Nous avons observé un taux de rupture utérine de 31,5 %. Il existe une différence hautement significative entre la rupture utérine et les références et évacuations ($P < 0,001$) (cf. tableau XXXI). Les présentations vicieuses étaient étroitement associées à la rupture utérine si la prise en charge est tardive. Touré E. et coll. font état de 1,04 % de ruptures à Yopougon [25] ; En France, une étude de l'Institut National de la Statistique rapporte un taux de 11,9 ‰ de ruptures utérines.

Notre taux de ruptures utérines élevé s'explique par le retard du diagnostic, la prise en charge tardive et aux difficultés de notre système de référence.

5.3.7.8 – Césarienne

Notre étude a fait ressortir un taux de césarienne à 58,9 % et 41,1% de laparotomie, soit un total de 100% de voie haute. L'étude de l'association entre les présentations dystociques et la pratique de la césarienne a fait ressortir que les présentations du front (100 %) et celles de la face étaient les principales causes des césariennes. Dans notre étude, nous avons considéré seulement les présentations de la face variété mento-sacrée ou variété postérieure, ce qui explique notre taux de 100 % de césariennes ; la variété mento-pubienne ou mento-antérieure pouvant s'accoucher par voie basse.

Le groupe Green Top Guidelines clinique a obtenu un taux de 84,52 % de césariennes pour les présentations anormales, y compris celles du siège [9] qui sont exclues de notre étude.

Dans les présentations transversales, au Ghana, il a été obtenu un taux de 91 % de césarienne, des cas de version par manœuvre interne ont été signalés nécessitant une main experte et une extrême prudence.

5.3.8 – Pronostic fœtal et maternel

5.3.8 a – pronostic fœtal

Le pronostic fœtal a été mauvais car nous avons relevé 30,1 % de morts fœtales (mort-nés + décès néonataux précoces).

Parmi les parturientes référées, nous avons obtenu 61,5 % de morts fœtales. Il existe une différence statistiquement entre les morts fœtales les références /évacuations (cf. tableau XXIII).

Le court séjour à l'hôpital compris entre 24 et 72 heures de la plupart des accouchées et des nouveaux-nés ne nous a pas permis de diagnostiquer d'éventuelles complications fœtales à moyen et à long terme.

19,2 % des nouveaux-nés avaient un Apgar à 0 à la première minute (mort-nés) et 54,8 % avaient un Apgar compris entre 1 et 6 avec un taux de décès néo-natal précoce à 10,9 %. Vingt-six pour cent avaient un Apgar bon entre 7 et 10 (cf. tableau XIX).

La morbidité était donc très élevée à 54,8 % dominée par la souffrance néonatale.

5.3.8. 6 – pronostic maternel

Aucun décès maternel en rapport avec les présentations vicieuses n'a été observé dans notre service. Par contre, la morbidité maternelle était très élevée, dominée par la rupture utérine (31,5 %).

Les causes de cette morbidité maternelle sont principalement les ruptures utérines, les hémorragies (hémorragies de la délivrance), les troubles de la coagulation. Il est donc possible d'améliorer le pronostic maternel par une prise en charge rapide et correcte des présentations vicieuses.

Conclusion

et

recommandations

6 – Conclusion

Au terme de notre étude du 01 janvier 2004 au 31 janvier 2005, la fréquence globale des présentations fœtales était de 0,67% ; les fréquences des différents types de présentations vicieuses étaient :

- 0,33 % pour les présentations transversales ;
- 0,11 % pour les présentations de la face variété postérieur ;
- 0,10 % pour les présentations du front ;
- 0,10 % pour les présentations du sommet mal fléchi ;
- 0,03 % pour les présentations du bregma.

Le diagnostic des présentations vicieuses a été posé cliniquement dans la majorité des cas, notamment par le toucher vaginal parfois combiné au palper abdominal. Le diagnostic n'a pas pu être posé dans 21,2 % des cas avant la référence, ce qui explique la difficulté du diagnostic clinique.

Par rapport au suivi de la grossesse, nous avons observé une relation étroite entre les présentations vicieuses et les consultations prénatales. Les présentations vicieuses étaient d'autant plus fréquentes que les CPN n'ont pas été suivies correctement (sans qu'on puisse, évidemment, expliquer la plus grande fréquence des présentations vicieuses par le fait qu'il n'y a pas eu de CPN).

Les références et les prises en charge étaient tardives dans la majorité des cas. Au nombre des facteurs de risque observés, la grande multiparité, la

multiparité, la gémellité ont exposé de façon significative les parturientes à une présentation vicieuse, surtout à la présentation transversale.

La césarienne a été le seul moyen thérapeutique utilisé.

La rupture utérine a été significativement liée aux présentations vicieuses.

La mortalité fœtale était très élevée (30,1 %), de même que la morbidité fœtale (54,8 %), dominée par la souffrance fœtale aigue (Apgar inférieur à 7).

La mortalité maternelle a été nulle mais la morbidité fut très élevée, dominée par la rupture utérine 31,5 %. Il existe une relation étroite entre chaque type de présentation vicieuse et le taux élevé de létalité.

7. – *Recommandations*

7.1. – *A la population*

- éviter les mariages précoces et promouvoir l'espacement des naissances afin d'éviter les jeunes multipares ;
- se faire suivre dans un centre de santé pendant la grossesse (au moins 4 CPN) afin de permettre le dépistage précoce et la prise en charge correcte et rapide de certaines pathologies ;
- accoucher dans un centre de santé doit être systématique pour toutes les femmes.

7.2. – *Au personnel de santé*

- informer et sensibiliser les femmes sur l'importance de la CPN ;
- bien organiser le système de référence-évacuation pour minimiser les risques qui sont doubles : maternels et fœtaux
- prendre les décisions de césarienne à temps après une réflexion approfondie ;
- établir une bonne collaboration entre les services de gynécologie-obstétrique et ceux de la pédiatrie ;

7.3. – *Aux autorités du pays*

7.3.1. – *à court terme :*

- assumer la formation et le recyclage du personnel médical notamment une bonne formation pratique et échographique ;

- équiper les centres de santé d'un plateau technique permettant d'assurer la prise en charge correcte des parturientes en périphérie ou avant leur référence sur un centre spécialisé ;
- doter le Centre de Santé de référence de la Commune V, qui a compétence universitaire, d'échographie en salle d'accouchement.
- Intensifier l'information en domaine de santé

7.3.2. – à moyen terme

- renforcer le CCC (communication pour le changement de comportement) en direction des populations, surtout rurales, en rapport avec le système référence-évacuation, afin de faciliter les évacuations.

7.3.3. – à long terme :

- réduire la pauvreté par un accroissement durable du pouvoir d'achat de la population selon Vokaer [26] : « Les résultats obstétricaux sont d'autant plus meilleurs que le niveau économique est élevé. »

8-Références

1-Berthé S. Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique). Thèse Médecine, ENMP, Bamako (Mali), 1983, N°9

2-Diaa M. Shoulder présentation (transverse or oblique lie).
Obstetrics simplified, 1999

3-Démol S. Breech presentation is a risk factor for intrapartum and néonatal death in preterm delivery. European journal of obstetrics and gynecology, 2000

4-Dembélé A. Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège dans les maternités du district de Bamako (à propos de 192 cas). Thèse de médecine, Bamako (Mali), ENMP, 1988, N°18

5-Dubois J., Fraise E. Le siège aujourd'hui. Concours med.47 :219-225

6-Farsi Il Ham Farid Epidémiologie de l'accouchement en présentation de siège et suivi néonatal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire. Etude prospective dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Dakar. Thèse de médecine, Dakar (Sénégal), 1993

7-Fianu S. foetal mortality and morbidity following breech delivery .
Acta obst gynecology stand ,1976 ;56 – 86

8-Green .Top. Guidelines .Clinicals ‘The management of breech presentations, 1993

9-Green .Malposition Am journal of gynecology .And obstetric, 1999

10-Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA Evidence-based childbirth only for breech babies

11-Hodonou L’hémorragie de la délivrance au CHU de Lomé.
Thèse médecine, Lomé (Togo)- 1992

12-Jason P, Napolitano PJ. brow presentation .Journal E medicine, 2000;1-4

13-LansacJ, G Body Pratique de l’accouchement, 3^e édition -1992 ;
SIMEP 12 Rue de l’éperon 75006 Paris.

14-Lacomme M. Pratique obstétricale, Masson -1960 Paris

15-Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d’obstétrique, éditions Masson Paris, Milan, Barcelone, Mexico- 1989, 6^{ème} édition revue et augmentée

16-Peter G, Napolitano, Jason P. face presentation .med j, 2002 march; 11:3

17-Perkins R. foetal dystocia.Clin obst. Gyn, 1987;1:56-68

18-Pritchard J., Macdonald P., Norman F. Dystocia caused by abnormalities in presentation, position, or development of the foetus.

Chapter. Williams's Obstetrics, 17th édition. Appleton century crofts / Norwalk Connecticut. Copyright 1985

19-Rayl J, P Joseph, Durlin. Breech presentation. Am j obst. and Gyn, 1996;17:28-32

20-Russel K, Tracy A, Sarah J. Management of term breech presentation : a protocol of external cephalic version and selective trial of labor .Am j obstetric and gynecology,1995 ;19:16-25

21-SeffahJ.D. Malpresentation . International journal of gynecology and Obstetrics, 1999;65:11-15

22-Sтивен , G Gabbe, Jenifer R, J Simpson. Obstetrics normal and problem pregnancies, second edition, 1989.

23-Suzanne F.; Portal B.; Greze A; Baudon J. Critère d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation de siège. A propos d'une étude rétrospective de 1475 cas. Rev. Française de Gyneco-obstétrique, 1979; 5:349-356b

24-Thomas I. From breech to brow case study. Obstetrical and gynecology. publications. Case of the month-September 1998

25-Touré E. Etude des ruptures utérines à la maternité de Yopougon,
Thèse de médecine, Yopougon (Côte d'Ivoire)-1995

26-Vokaer R. Traité d'obstétrique, la grossesse pathologique et
l'accouchement dystocique, tome2 ; édition Masson

27-Rachdi R., Fekhi M. ; Mouaelhi C. Messaoudl B. Le pronostic fœtal
de l'accouchement par le siège. Etude statistique à propos de 543
observations. Rev. Fr. gynéco-Obstétrique, 1993,88(4):249-252.

ANNEXE

Fiche signalétique

NOM : **FOADEY**

Prénoms : **Madjé Koffivi S.**

Titre de Thèse : **Présentations vicieuses,
Pronostic materno-foetal
*à propos de 73 cas.***

Année universitaire : **2005-2006**

Ville de soutenance : **BAMAKO**

Pays d'origine : **TOGO**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odontoto
Stomatologie (F.M.P.O.S.)**

Secteurs d'intérêt : **Obstétrique, Santé publique**

Résumé

Du 01 janvier 2004 au 31 décembre 2005, nous avons mené une étude rétrospective et prospective dans le Service de Gynécologie obstétrique du Centre de santé de référence de la Commune V de la ville de Bamako sur 73 cas de présentations vicieuses dans une population de 10848 accouchements dont l'objectif était d'étudier la fréquence, les différents types, les facteurs de risque et le pronostic fœto-maternel.

Nous avons ainsi obtenu les résultats suivants :

- 0,33 % de présentation transversale ;
- 0,11 % de présentations de face ;
- 0,10 % de présentations de sommet mal fléchi ;
- 0,10% de présentation de front ;
- 0,03 % de présentation de bregma.

Les présentations transversales ont donc été les plus nombreuses.

La multiparité, la grande multiparité, la gémellité étaient les principaux risques identifiés.

La mortalité maternelle a été nulle mais la morbidité fut très élevée 31,5% dominée par la rupture utérine.

La mortalité fœtale a été de 30,1 % et la morbidité de 54,8 %, dominée par la souffrance fœtale aigüe.

Cette étude nous montre l'impact des présentations vicieuses sur le déroulement normal de la parturition et sur l'état materno-fœtal. La fréquentation des C.P.N. par les femmes enceintes est capitale. Ensuite, un diagnostic précoce, une prise en charge rapide et correcte et la formation des praticiens permettront d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, 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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le jure !!