

Étude épidémio-clinique et pronostique des accouchements par le siège dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DELARECHERCHE
SCIENTIFIQUE**



RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2014-2015

N° /M

Thèse

ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET
PRONOSTIQUE DES ACCOUCHEMENTS PAR
LE SIEGE DANS LE CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DELA COMMUNE II DU DISTRICT
DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 06 /01 / 2015

Devant la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

Par : **Daouda Aliou KONE**

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président : Pr.Salif DIAKITE
Membre : Dr. Mamadou Salia TRAORE
Co-directeur : Dr. Mamadou HAIDARA
Directrice de Thèse: Pr. Sy Assitan SOW

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH ; le tout puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montriez le droit chemin et en nous éloignant du mal.

Gloire à DIEU, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) ; que la paix et la bénédiction de DIEU soient sur toi et tous les membres de ta famille ainsi que tes fidèles compagnons

A mon père Alion Koné : je ne saurais assez te remercier. C'est grâce à l'importance que tu accordes aux études que nous en sommes là aujourd'hui. Tu nous as toujours enseigné le sens de l'honneur, du devoir, et de la dignité.

Merci de m'avoir toujours soutenu, et de m'accompagner dans tout ce que je fais.

Ce travail est le résultat de ton dévouement inconditionnel. Que DIEU te donne longue vie et une bonne santé.

A mes mères Djénéba Traoré et Fatoumata Bengaly

Les mots me manquent pour vous qualifier. Vos sages conseils et vos bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie. Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation.

Puisse DIEU vous garder longtemps auprès de nous.

A mon oncle Diakadidia Koné : merci pour votre assistance morale de même que votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont pas parmi nous.

A mes grandes sœurs Awa, Mariam, Fatoumata : merci pour le soutien tant moral que matériel qui ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez ici l'expression de ma tendre affection. Qu'Allah resserre nos liens.

A ma petite sœur Chata, : que DIEU consolide davantage notre fraternité.

A mes jeunes frères Yaya, Arouna, Issa, Mahamadou, Youba, :ce travail est aussi le vôtre.

A mon épouse Barakissa Coulibaly: ma compagne de tous les temps; être la femme d'un étudiant n'est pas chose aisée mais tu as fait preuve de compréhension, je t'en serai toujours reconnaissant. Puisse DIEU nous accorder longue vie conjugale pleine de santé.

A ma fille chérie Korotimi: Je n'ai pas été là pour te donner des câlins tous les jours mais sache que je t'aime.

A ma belle famille : votre soutien moral et votre amour ne m'ont jamais manqué. Trouvez ici chers beaux parents l'expression de ma profonde affection et de ma plus grande reconnaissance.

A mes amis Djibril Koné, Yacouba Koné, Dr Adama K Diarra, Dr Adama Koné: plus que des amis, vous êtes des frères. Que Dieu renforce davantage nos liens d'amitié et vous récompense pour tous ce que vous avez pu faire pour moi. Acceptez ici ce travail comme symbole de notre amitié.

REMERCIEMENTS

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

A mes encadreurs Dr Mamadou Haidara, Dr Seydou Z Dao ,DrSakoba Konaté: chers maitres vous êtes des modèles pour moi. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait du CSRef CII un pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante, je ne vous en remercierai jamais assez.

A Dr Adama Diarra, Dr Boubacar Sidibé, Dr Jean Wamian Koné, Dr Niagalé Sylla, Dr Awa Diarra, Dr Daouda Dombia: Votre contribution à ma formation a été capitale. Ce travail est aussi le fruit de votre assistance.

A mes aînés et camarades thésards du service de gynécologie et d'obstétrique du CSRef CII : Dr Ibrahim Fomba, Dr Salif Diabaté, Dr Daouda Traoré, Dr Adama k Diarra, Dr Kassoum Sidibé, Dr Idriss Sinclair Fouelefak, Boubacar Kassambara, Mohamed Traoré, Hamidou Koita, Mohamed Korenzo, Ibrahim Cissé, Daouda Koné, Chata Traoré, Moussa Tangara, Ibrahim Sacko, Mohamed Sacko, Flacoro Niaré, Kalilou Koné, Cedric Seumo, Check O Traoré, Bakary Diango Dembelé.

Aux sages femmes du CSRéf CII: particulièrement à Mme Sountoura, Mme Sanogo merci pour votre collaboration et vos conseils.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical du CSRéf CII

Hommages aux membres du jury

A notre Maître Président du jury

Professeur SalifDIAKITÉ

- **Professeur titulaire honoraire de gynécologie obstétrique**

Honorable Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de Présider ce jury.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité, et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge

Dr Mamadou Salia TRAORÉ

Gynécologue obstétricien au CHU du Point G

Cher Maître,

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi du temps chargé.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un maître admiré et admirable.

Veillez croire à l'expression de nos sentiments les plus respectueux

A notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur Mamadou HAÏDARA

Gynécologue obstétricien

Chef du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de Kalaban-coro

Cher Maître

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

A vos côtés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour tout le soutien et la confiance que vous avez eu à notre égard.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et Directrice de thèse

Professeur SY Assitan SOW

- **Professeur titulaire honoraire de Gynécologie-Obstétrique**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Chère maître,

C'est avec abnégation que vous avez décidé de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

La clarté de votre enseignement, votre dextérité, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines exceptionnelles font de vous une praticienne hors paire.

Votre disponibilité et votre souci du travail bien fait méritent l'admiration.

Veillez accepter, chère maître l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous garde longtemps encore auprès de nous. AMEN !!!

LISTE DES ABREVIATIONS

- % : pourcentage
- BDCF : bruit du cœur fœtal
- BGR : bassin généralement rétréci
- CES : certificat d'étude spécialisé
- CPN : consultation prénatale
- DFP : disproportion foeto-pelvienne
- Gr : gramme
- IC : intervalle de confiance
- IM : intra musculaire
- Km² : kilomètre carré
- NB : nota bene
- OIDA : occipito iliaque droit antérieur
- OIDP : occipito iliaque droit postérieur
- OIGA : occipito iliaque gauche antérieur
- OIGP : occipito iliaque gauche postérieur
- OR : odd ratio
- P : probabilité
- PEV : programme élargi de vaccination
- PF : planification familiale
- PTME : prévention de la transmission mère enfant
- SA : semaine d'aménorrhée
- SFA : souffrance fœtale aigue
- SIDA : sacro iliaque droit antérieur
- SIDP : sacro iliaque droit postérieur
- SIGA : sacro iliaque gauche antérieur
- SIGP : sacro iliaque gauche postérieur
- SIGT : sacro iliaque gauche transverse

Étude épidémio-clinique et pronostique des accouchements par le siège dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

VIH : virus de l'immuno déficience humaine

VME : version par manœuvre externe

Vs : versus

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	11-12
II. GENERALITES.....	14-44
III. METHODOLOGIE.....	45-49
IV. RESULTATS.....	50-64
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	65-70
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	71-72
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	73-77
VIII. ANNEXES.....	78-83

I. INTRODUCTION

L'accouchement par le siège a toujours été un sujet de grand intérêt à cause d'une part de l'importance de la morbidité et de la mortalité périnatales liées à ce type de présentation et d'autre part à la morbidité maternelle associée.

S'il est théoriquement eutocique du fait que les principaux diamètres du fœtus sont compatibles avec ceux de la filière pelvigénitale, cette eutocie est moins assurée que celle du sommet. Il s'agit d'un accouchement à haut risque de mortalité et de morbidité fœto-maternelle à cause de son caractère potentiellement « dystocique ».

La prévention de ces risques de mortalité et de morbidité fœto-maternelles passe nécessairement par la connaissance des conditions permettant le choix de la voie d'accouchement.

L'incidence globale des accouchements par siège dans le monde varie entre 3 à 4,2% [32]. En Afrique elle varie de 1,52 à 5,4% [12] et au Mali, elle varie entre 1,2 à 1,72% [5,20].

Les statistiques notent que la mortalité périnatale globale est de 4,2% tandis que la morbidité fœtale relativement importante est due aux manœuvres obstétricales lors des extractions artificielles [26]. Contrairement à la présentation du sommet la conduite à tenir face à la présentation du siège reste toujours l'objet de grandes divergences. La plupart des auteurs s'appuyant sur les statistiques de morbidité et de mortalité néonatales n'acceptent plus le dogme classique de l'eutocie dans la présentation du siège. Elle est de plus en plus considérée comme dystocique. Ainsi aux Etats-Unis la césarienne est systématiquement préconisée dans l'accouchement par le siège [9].

D'autres pensent que bien surveillé et bien conduit, l'accouchement de la présentation du siège reste un accouchement eutocique. Les conditions d'accouchement sont nettement meilleures actuellement pourtant l'abondance de la littérature sur le pronostic périnatal relance encore les débats entre les

Étude épidémio-clinique et pronostique des accouchements par le siège dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

partisans de la césarienne systématique et les partisans de la voie basse en cas de présentation du siège [9,28,31].

Ces divergences empêchent de définir une attitude thérapeutique standard face à l'accouchement en présentation du siège.

Face à ces divergences et devant l'absence des données sur l'accouchement par le siège dans notre service, nous nous sommes proposés d'étudier l'accouchement en présentation du siège au centre de santé de référence de la commune II.

Étude épidémio-clinique et pronostique des accouchements par le siège dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

1- OBJECTIF GENERAL :

Etudier l'accouchement en présentation du siège au service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements par le siège dans le service.
- Déterminer le profil sociodémographique et clinique des gestantes.
- Enumérer les principales indications de la césarienne dans la présentation du siège dans le centre.

- Décrire les complications fœtales et maternelles dans l'accouchement du siège.

II- GÉNÉRALITES

1- DEFINITION

La présentation du siège est une présentation où le fœtus est en position longitudinale, son pôle pelvien étant directement en rapport avec l'aire du détroit supérieur. La tête est alors dans le fond utérin [33].



Figure 1: présentation du siège complet avant le travail : SIGT [32]

2- FREQUENCE

La présentation du siège est moins fréquente que celle du sommet mais plus fréquente que celles de la face et de l'épaule.

Sa fréquence diminue au fur et à mesure que la grossesse s'approche du terme. Elle est d'environ 4 % ce qui en fait la plus fréquente des présentations anormales. Le siège décomplété « mode des fesses » représente les 2/3 des cas ; domine chez la primipare, et reste plus fréquent chez la multipare.

3- MODALITES

On distingue principalement deux formes anatomiques de présentation du siège :

- **Le siège complet** (moins de 1/3 des cas) : les jambes sont très fléchies sur les cuisses, elles-mêmes modérément fléchies sur le bassin. Le fœtus semble assis « en tailleur » et les membres inférieurs repliés augmentent les dimensions de la présentation ;
- **Le siège décomplété mode des fesses** est le plus fréquent (2/3 des cas environ) : les jambes sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyperfléchies sur le bassin, ce qui amène les pieds à hauteur de la tête fœtale [18].

Cependant, il existe deux autres modalités rares :

- **Le siège décomplété mode des pieds** où le fœtus est debout dans l'utérus ;
- **Le siège décomplété mode des genoux** « **foothingbreech** » où les membres inférieurs sont semi-fléchis sous le siège.

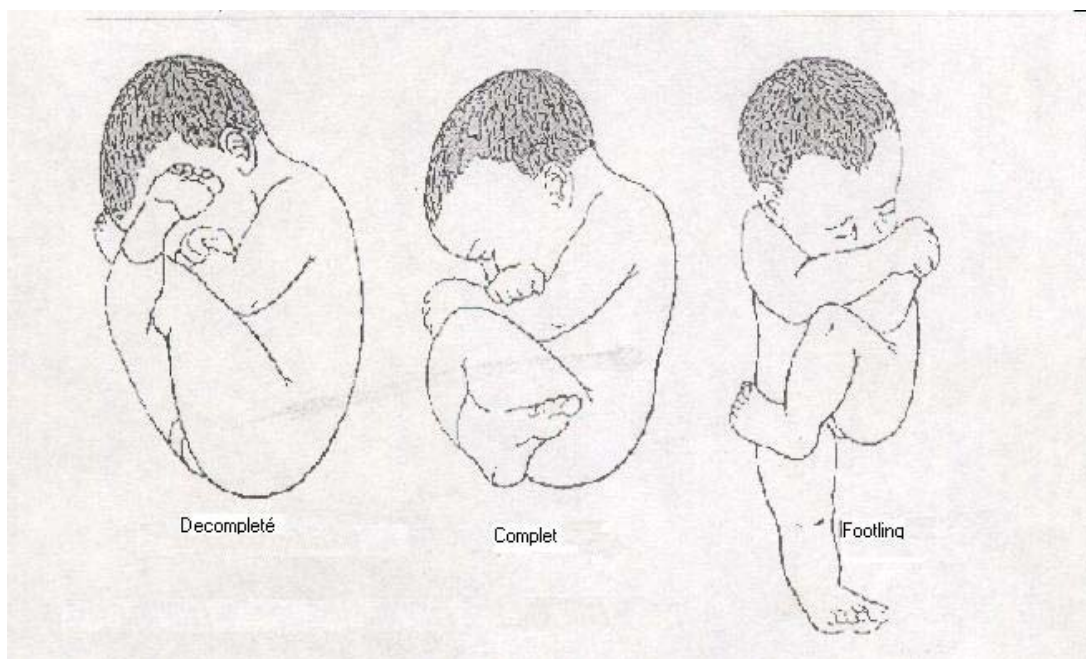


Figure 2 : différents modes de présentation du siège [13]

4- HISTORIQUE

Avant la deuxième guerre mondiale, il n'était pas exceptionnel de transformer, en fin de travail, une présentation céphalique en siège. Cette technique était utilisée en cas de dystocie pour extraire l'enfant par voie basse et éviter de pratiquer une césarienne. Il faut se rappeler qu'à l'époque l'hystérotomie était greffée d'une lourde mortalité pouvant atteindre 20 à 30 % en cas de rupture des membranes. Les obstétriciens étaient alors les virtuoses de la voie basse et la grande extraction était couramment apprise et pratiquée. Certains obstétriciens chevronnés la préconisaient même à titre systématique dans la présentation du siège non compliquée [13].

Hippocrate explique 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 [15]. En cas de présentation autre que céphalique, l'accouchement ne peut se faire normalement et Hippocrate conseille une version.

- En 1550, **Ambroise Paré** recommande la version podalique ;
- En 1668, **François MAURICEAU** décrit la manœuvre de dégagement de la tête dernière ;

- En **1743**, **Jacques MESNARD** et en **1748** **SUNELLIE** utilisent le forceps pour terminer l'extraction de la tête dernière.

Au début du XXe siècle, la plupart des auteurs estiment la présentation du siège justiciable d'une intervention obstétricale.

- En **1937**, **LOVSET** promut l'abaissement prophylactique du pied, la grande extraction, et le dégagement des bras.
- En **1938**, **BRACHT** réagit devant cette attitude et préconise l'abstention jusqu'à l'expulsion. Il présente sa manœuvre comme une réaction contre « le nombre et la précocité des interventions » tenus pour responsables du taux élevé de la mortalité fœtale au cours des présentations du siège.
- En **1948**, les auteurs Nancéens **VERMELIN** et **RIBON** défendent une abstention encore plus absolue.

A leur suite, on se montre beaucoup moins interventionniste, sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et de la tête pour lequel on continua de pratiquer des gestes d'accompagnement.

- En **1959**, **WRIGHT R C** aux USA présente la césarienne systématique comme le moyen de réduire la mortalité et la morbidité périnatale.

En **1980**, on retrouve les défenseurs de la voie basse :

- **COLLEA** en relevant un taux de morbidité maternelle de 49,3 % défend la voie basse dans certains cas sélectionnés avec un minimum de risque pour la mère et l'enfant.
- En **1983**, **GIMOVSKY** prône lui aussi l'alternative de la voie basse à la césarienne systématique en raison de la morbidité néonatale comparable.

5- ETIOLOGIES

Dans la présentation du siège, la loi d'accommodation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) est prise à défaut. Pendant les deux premiers trimestres, la tête constitue le pôle fœtal le plus volumineux. La cavité utérine devient piriforme en

raison de la formation du segment inférieur et la partie la plus importante du fœtus vient occuper la zone la plus vaste de l'utérus qui est le fond [18]. Le fœtus lui-même animé de mouvements s'y accommode en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse. Souvent, ce n'est qu'à partir du troisième trimestre que la présentation fœtale pelvienne se transformera en présentation céphalique par « **une culbute physiologique** » (LEVRET) [8]. Pour que le siège se place en bas, il faut, si le fœtus est bien constitué, une anomalie primitive ou acquise de la forme de la cavité utérine, ou un excès de liquide suffisant pour rendre précaire l'adaptation du fœtus à son contenant. En somme, la présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation [32]. Trois ordres de conditions disposent à ce défaut d'accommodation : l'anomalie de forme et de trophicité de l'utérus de certaines primipares, un élément surajouté qui inverse le rapport de volume entre le fond et la partie inférieure de l'utérus (volumineux fibrome sous muqueux du fond utérin, volumineux placenta du fond utérin), ou empêche l'accommodation de la tête au détroit supérieur (hydramnios) avec impossibilité pour le fœtus de répondre à son action.

Les causes classiques de la présentation du siège sont : maternelles, ovulaires et fœtales.

5.1- Causes maternelles

Congénitales

- L'hypoplasie utérine avec utérus cylindrique s'oppose à la culbute physiologique et favorise le siège décomplété mode des fesses surtout fréquent chez la primipare [14,1].
- Les malformations utérines (utérus unicornes, didelphes, cloisonnés) modifient les axes intra-utérins favorisant les présentations podaliques récidivantes.

Acquises

- L'utérus de la multipare, hypotonique et trop vaste, ne pouvant plus agir sur le mobile fœtal favoriserait le siège complet. Le trouble de l'accommodation étant dû au relâchement des parois utérines.
- L'hypotrophie utérine de la primipare : certains utérus de primipare sont mal étoffés ou mal constitués ; d'autres sont étroits et cylindriques. Cette hypotrophie utérine se corrige très souvent après le premier accouchement.
- La primipare âgée avec un utérus hypertonique est une candidate au siège décomplété.
- Les tumeurs intrinsèques (fibromes notamment)
- Les tumeurs extrinsèques (kyste ovarien, fibrome pédicules sous-séreux).
- Les rétrécissements transversaux du bassin.

5.2- Causes ovulaires

- ✓ **Les anomalies du liquide amniotique** : L'insuffisance ou l'excès du liquide amniotique peut intervenir directement. L'hydramnios agit en gênant toute accommodation [32]. L'oligoamnios s'oppose à la culbute physiologique du fœtus [1].
- ✓ **Le placenta bas inséré** peut constituer un obstacle à la loi d'accommodation.
- ✓ **La brièveté du cordon** : essentielle ou secondaire à des circulaires ou bretelles. Caractéristique propre de la présentation du siège par rapport au sommet, elle peut empêcher les mouvements fœtaux et la fréquente mutation du septième mois de la grossesse.

5.3- Causes fœtales

Elles regroupent la dolichocéphalie primitive ; hyper-extension de la tête dernière et surtout les malformations congénitales.

La fréquence globale de ces anomalies pour l'ensemble des naissances apparaît au moins multipliée par deux dans les présentations du siège [20].

Elles affectent soit la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeur...) soit son activité (spina-bifida, myéloméningocèle, arthrogrypose, trisomie 13 et 18, luxation congénitale des hanches beaucoup plus fréquente).

Les hydroencéphalies dont la tête est plus volumineuse que l'extrémité pelvienne, se présentent souvent par le siège conformément à la loi d'accommodation.

La modalité de la présentation est dans tous les cas soit le siège complet, soit le siège décomplété[32].

WEST GREEN considère que toute déflexion dépassant la « **MILLITARY ATTITUDE** » risque d'être dangereuse, et avant d'intervenir il faut s'assurer par un double contrôle que la malposition est permanente et ne peut que s'accroître au cours du travail. La fréquence de cette anomalie est diversement appréciée, car entre celle-ci et la flexion normale, des stades intermédiaires existent.

Les grossesses multiples :elles compromettent la mutation physiologique car les fœtus s'adaptent l'un à l'autre plus qu'à la cavité utérine.

Ces étiologies doivent être recherchées avant l'accouchement, car elles constituent autant de facteurs pronostiques susceptibles d'influencer la démarche de l'accouchement comme la conduite thérapeutique. Mais, il faut convenir que souvent, on ne peut mettre en évidence une cause précise. La présentation résulte en quelque sorte d'une absence d'accommodation.

6- DIAGNOSTIC

Pour éviter les interventions malheureuses et réduire la mortalité et la morbidité fœtale, il est indispensable de diagnostiquer toute présentation du siège bien avant le début du travail. L'échographie systématique faite vers la 32^e semaine de grossesse permettra mieux que la clinique d'avoir un diagnostic précis [14].

Ce diagnostic fait avant le début du travail permettra de réunir tous les éléments nécessaires à l'évaluation du pronostic et au choix de la voie d'accouchement.

6.1- Diagnostic pendant la grossesse

6.1.1- Examen clinique

L'interrogatoire

Elle peut révéler une présentation du siège au cours d'un accouchement précédent. La notion de fibrome utérin pré-existant à la grossesse peut également être connue.

L'examen physique

L'inspection : elle montre que l'utérus est développé longitudinalement. Parfois chez la primipare, on remarque sa forme étroite et cylindrique ou son aspect cordiforme du fond.

La palpation : elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic. Le palper bimanuel montre que le pôle fœtal situé au-dessus du détroit supérieur est assez volumineux, de contours irréguliers et de consistance plus ou moins molle quand le siège est complet. Le siège décomplété donne accès à un pôle plus rond, plus ferme et il peut parfois être difficile de faire la différence avec le pôle céphalique [18].

Le pôle fœtal situé au niveau du fond utérin est dur et régulier.

Il existe entre la position du dos et ce pôle céphalique une dépression abdominale correspondant au sillon du cou du fœtus (**signe de Pinard**) [16].

On met en évidence d'un côté un plan convexe et régulier qui est le dos. Le suivi de ce plan vers le bas ne permet pas de retrouver la dépression caractéristique du sillon du cou, venant confirmer le diagnostic. Le sillon du cou est perçu vers le fond utérin. 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.

L'auscultation : le foyer maximum des battements du cœur fœtal est haut situé dans la région péri ombilicale, voire sus ombilicale [18].

Le toucher vaginal : il fournit 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 un sommet à moins qu'on ait déjà été orienté [32,14].

6.1.2- Examen complémentaire

La radiographie du contenu utérin, ou mieux l'échographie permet de confirmer le diagnostic. Cette dernière a l'avantage d'aider à l'estimation du poids fœtal et au diamètre bipariétal.

L'exploration du bassin au neuvième mois de la grossesse complétée par une radiopelvimétrie, prend une importance toute particulière.

6.2- Diagnostic pendant le travail

6.2.1-Avant la rupture des membranes

Il faut être prudent avec la poche des eaux intacte qui est un élément important dans la dilatation cervicale. Dans l'intervalle des contractions on peut percevoir :

- Une présentation molle, sans suture ni fontanelles, présentant un relief osseux à l'une des extrémités, la pyramide sacrée signe d'un siège décomplété ;
- Une présentation plus irrégulière comportant des petits membres (pieds) signe d'un siège complet.

6.2.2- Après la rupture des membranes

Le toucher vaginal confirme facilement le diagnostic et précise le mode et la variété de position [18].

Précision du mode de présentation

On perçoit une masse molle séparée en deux par le sillon inter-fessier centré par un orifice : l'anus

A l'une des extrémités du sillon, il est facile de percevoir la saillie osseuse du coccyx et de la pyramide sacrée reconnaissable par ses saillies osseuses en chapelet dont la situation détermine la variété de la position. Le sacrum constitue le repère de la présentation. Au contraire, à l'extrémité opposée on peut percevoir les organes génitaux et des pieds en cas le siège complet situé entre le siège et la paroi pelvienne.

Dans le siège décomplété mode de fesse, les doigts vaginaux suivent deux masses molles, plus nettes ayant plus ou moins pénétré dans le pelvis, séparées par un sillon : le pli inter-fessier [20].

En cours de travail la déflexion de la tête fœtale indiquant une césarienne, ne peut être mise en évidence que par la radiographie [32].

Cliniquement le diagnostic différentiel pourrait se discuter avec :

- Une présentation du sommet déformé par une volumineuse bosse sérosanguine
- Une présentation de la face surtout lorsqu'elle est fortement tuméfiée,
- Une anencéphalie.

On peut faire recours à l'échographie ou à la radiographie, même pendant le travail lorsque les conditions le permettent [32].

Précision de la variété de position

Le repère de la présentation est le sacrum, trouvé en suivant le pli interfessier. Seule la variété de position initiale est prise comme repère, suivant le diamètre oblique du détroit supérieur dans lequel le siège s'engage ; quatre variétés sont ainsi différenciées :

➤ **Variétés antérieures :**

◆ Sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA)

◆ Sacro-iliaque droite antérieure (SIDA)

➤ **Variétés postérieures :**

◆ Sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)

◆ Sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) [18].

7- PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

7.1- Phénomènes mécaniques

Alors que dans les présentations céphaliques, l'accouchement se résume à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège : celui du

siège, des épaules, et de la tête dernière. Le volume de ces trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va croissant. Chacun a son mécanisme, ses difficultés et comprend : l'engagement, la descente et la rotation, le dégagement [32].

Une autre particularité de la présentation du siège décomplété est que l'enroulement du fœtus peut être gêné par les membres inférieurs relevés en attelles. Parfois, la tête n'est pas encore engagée alors que le siège est déjà hors des voies génitales. Le risque est donc la rétention de la tête dernière suite à une disproportion cephalo-pelvienne d'où l'intérêt d'une radiopelvimétrie. L'accouchement par le siège est un accouchement à haut risque, mais donne souvent l'impression d'une grande facilité due au fait que les trois obstacles potentiels (le siège, les épaules et la tête) traversent dans ce sens très facilement le bassin à condition de constituer un mobile solidaire en flexion, menton sur le thorax, tête enfoncée contre les épaules, membres fléchis sur le tronc lui-même en cyphose [13].

7.1.1- Accouchement du siège

- **Engagement** : il est précédé d'une rotation qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du détroit supérieur (le droit le plus souvent) et s'il s'agit d'un siège complet, d'un tassement du diamètre sacro-tibial [5]. Ce diamètre bitrochantérien représente le diamètre principal dans l'accouchement du siège et est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir. L'engagement, toujours facile et précoce dans le siège décomplété est plus laborieux dans le siège complet.

- **Descente et rotation** : dans l'excavation, la rotation du siège qui 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. La rotation amène le diamètre bitrochanterien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. S'il s'agit d'une sacro-iliaque antérieure, la rotation se fait en arrière ; s'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure, la rotation se fait en avant. De toute façon, le sacrum se trouve

sur le diamètre transverse du bassin [32]. La descente est achevée lorsque la hanche antérieure fœtale se cale sous la symphyse.

- **Dégagement** : Il s'effectue généralement en sacro-transverse ou la hanche antérieure précède la hanche postérieure [8]. Le dégagement est facile dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus et plus difficile dans le siège décomplété parce que les membres inférieurs relevés en attelles le long du tronc empêchent l'incurvation latérale. Le siège décomplété se dégage, en pointant vers le haut comme un monolithe. 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.

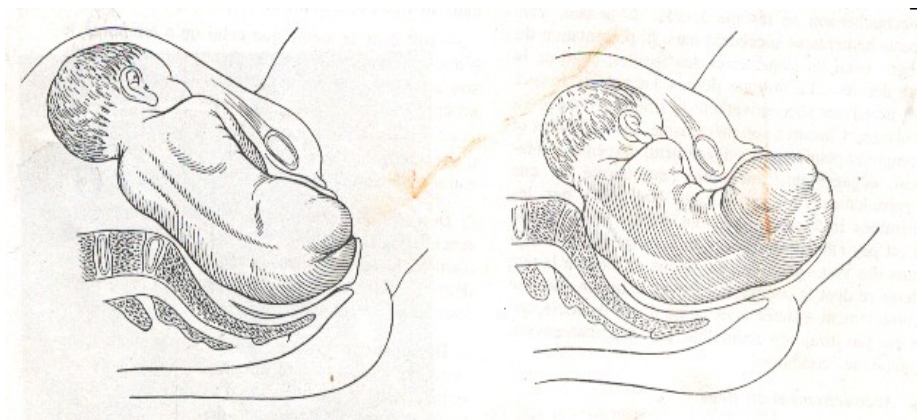


Figure 3

Figure 4

Figure 3 et 4 : Mécanisme de l'accouchement dans le siège [32]

7.1.2- Accouchement des épaules

- **Engagement** : il est précédé d'une rotation qui place le diamètre bi-acromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur soit dans le même que celui qu'a emprunté le bitrochantérien, celui-ci ayant fait hors la vulve après son accouchement un mouvement de restitution en arrière ; Soit dans l'oblique opposé, lorsqu'il

s'agissait d'une sacro-iliaque postérieure, le fœtus continuant son mouvement en spire qui amènera le dos en avant.

- **Descente et rotation** : elles sont simultanées ou successives. La rotation amène le bi-acromial dans le diamètre longitudinal du détroit inférieur.

- **Dégagement** : les épaules se dégagent en transverse, successivement, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve et le dos fœtal totalement tourné en avant.

Ce mécanisme est physiologique lors de l'accouchement du siège, et l'on doit considérer le mobile fœtal comme une entité à part entière où la tête et les épaules du fœtus sont complètement solidaires [8].

7.1.3- Accouchement de la tête dernière

- **Engagement** : plus la solidarisation entre la tête et les épaules du fœtus est accentuée, plus la tête est fléchie sur le tronc fœtal. Ainsi, la tête fœtale solidaire des épaules franchit le détroit supérieur sans aucune orientation préalable. L'engagement s'exécute en même temps que la descente et le dégagement des épaules. Le diamètre principal est le sous-occipito-frontal qui s'oriente obligatoirement dans un diamètre oblique perpendiculaire à celui déjà emprunté par le bi-acromial.

- **Descente et rotation** : la descente de la tête dans l'excavation s'effectue par rotation afin d'obtenir une présentation en sous-occipito-pubienne, où le sous-occiput fœtal se place sous la symphyse.

- **Dégagement** : le sous-occiput prend le point d'appui sous la symphyse. Le dégagement s'effectue autour de ce point d'appui, où la flexion de plus en plus importante de la tête fœtale, fait apparaître le menton, la face, le front, puis le crâne au niveau de la commissure postérieure de la vulve [8].

7.2- Phénomènes dynamiques et plastiques

7.2.1- Phénomènes dynamiques

Contrairement à certaines opinions classiques, ils n'ont de particularité que chez la primipare, chez qui à l'hypotrophie anatomique lorsqu'elle existe, s'ajoutent des anomalies de la contraction utérine sous forme de dystocie de **DEMELIN**.

La dilatation se fait aussi rapidement et régulièrement que dans la présentation du sommet [29].

Les anomalies de la dilatation du col marquant parfois un temps d'arrêt prolongé vers 6 cm. Mais en règle la lenteur de sa dilatation ne doit pas être considérée comme une conséquence normale de la présentation du siège. Elle est l'expression soit d'une dystocie dynamique qu'il faut corriger, soit d'une dystocie mécanique qu'il importe de préciser [20].

L'engagement du siège, facile et précoce lorsque le siège est décomplété peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet. Dans le siège complet, on observe un début de travail qui traîne jusqu'à ce que la présentation prenne un contact suffisant avec le segment inférieur [7]. La progression est parfois arrêtée dans l'excavation.

L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus. Lorsque le dos, au lieu de tourner en avant, tourne en arrière, le plus souvent le menton s'accroche au bord supérieur de la symphyse, la tête se défléchit, une dystocie se constitue rendant en général impossible l'accouchement de la tête dernière.

A cette importante et grave variété de rétention de la tête dernière il faut ajouter deux autres : rétention de la tête dans l'excavation, la rétention de la tête dernière au détroit supérieur, dont le pronostic foetal est réservé.

Elle est liée à une disproportion céphalo-pelvienne soit par excès de volume foetal, soit par rétrécissement pelvien méconnu.

La pratique systématique de la radiopelvimétrie et la mesure échographique du diamètre bipariétal devrait éviter désormais cette redoutable complication.

7.2.2- Phénomènes plastiques

Ces phénomènes sont marqués par :

La bosse séro-sanguine qui siège sur le talon (siège complet), les fesses, les organes génitaux ;

- l'aplatissement de la voûte crânienne qui confère un aspect dolichocéphale transitoire ;
- l'atrophie osseuse ; ces lésions atrophiques sont entre autres : l'atrophie de l'angle du maxillaire inférieur plus fréquente, l'aplasie de l'un des deux cotyles de l'articulation coxo-fémorale due à l'attitude prolongée en hyper-flexion des cuisses sur le bassin dans le siège décomplété, entraîne une dysplasie prédisposant à la luxation congénitale de la hanche ; l'atrophie rétractile musculo-ligamentaire aboutissant au pied-bot varus d'équin. Ces déformations résultent de la pression longtemps exercée par la paroi utérine au cours de la grossesse, surtout si le liquide amniotique est peu abondant, sur le corps du fœtus mal accommodé.

7.3- Particularités physiologiques

Dans la présentation du siège, la façon dont sont disposés le corps et les annexes du fœtus favorise les perturbations au niveau de la circulation fœto-placentaire. Les circulaires, les bretelles, les procidences du cordon, les ruptures prématurées des membranes sont rencontrées avec une grande fréquence.

LACOMME avait souligné que « dès que l'ombilic est engagé dans le vagin ou à la vulve, le cordon est comprimé et les échanges fœto-placentaires sont réduits sinon interrompus ». Mais les enregistrements continus du rythme cardiaque fœtal ont mis en évidence les faits très importants :

- ◆ l'existence constante au cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme parfois plat qui débute au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivent jusqu'à ce que le nouveau-né ait fait sa première inspiration [7];
- ◆ la possibilité d'anomalie de la dilatation sans cause apparente qui serait même si fréquente que l'on compare l'accouchement du siège à une latérocidence du cordon.
- ◆ L'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal s'avère donc indispensable pendant toute la durée de l'accouchement car c'est le meilleur moyen de

surveiller l'état du fœtus et de dépister des anoxies pouvant survenir surtout à la phase d'expulsion.

Ce sont ces troubles associés qui conditionnent le pronostic autant que la présentation du siège elle-même [32].

8- ANOMALIES DE L'ACCOUCHEMENT

Etant donné qu'aucun accouchement n'est sans risque en général, celui par le siège est l'un des plus pourvoyeurs d'anomalies.

8.1- Rupture prématurée des membranes

Elle est deux fois plus fréquente que dans la présentation céphalique notamment dans les sièges complets. Elle favorise les procidences des membres et/ou du cordon, et est souvent associée à des anomalies de la dilatation.

8.2- Dystocie dynamique

Elle comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Qu'il s'agisse d'anomalie par excès ou par défaut, elle risque de créer en plus de leurs effets habituels, des conditions très défavorables pour l'expulsion : dilatation incomplète, contraction de médiocre qualité qui à leur tour favorisent le relèvement des bras et la rétention de la tête dernière.

8.3- Procidence du cordon

Elle est beaucoup plus fréquente surtout dans les sièges complets, chez la primipare, en cas d'accouchement prématuré, mais serait d'un meilleur pronostic que dans les présentations céphaliques. Cette moindre nocivité qui était une notion classique « la compression funiculaire y était plus rare » est plus 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 le temps d'apporter un traitement adéquat [4].

8.4- Anomalies mécaniques pendant l'expulsion

Dans ces anomalies, peuvent être observés : retard à l'engagement du siège, descente laborieuse, rotation du dos en arrière avec risque d'accrochage du menton au dessus du pubis, relèvement d'un ou des deux bras et enfin rétention de la tête dernière.

Un bilan préalable qui élimine les bassins rétrécis, les gros fœtus et l'hyper-extension primitive de la tête fœtale, de même que l'absence de toute intervention prématurée est nécessaire pour la réduction de ces anomalies [18].

L'accouchement par le siège reste cependant un accouchement qui peut réserver ce genre de surprise, même dans les cas les plus favorables et bien conduits.

9- PRONOSTIC

La présentation du siège comporte un risque plus élevé de morbidité et de mortalité fœto-maternelles. La plupart des auteurs s'appuyant sur des statistiques de morbidité et de mortalités néonatales, considèrent la présentation du siège comme une présentation dystocique. Du point de vue pronostic, ils ne font pas non plus de différence entre la présentation du siège chez la primipare et la multipare [32].

D'autres, au contraire trouvent bien que, moins favorable que le sommet, la présentation du siège bien surveillée et bien conduite peut rester eutocique. Pour eux, c'est un abus de tomber dans l'excès de césarienne, tendance qui va, jusqu'à l'outrance de la césarienne de principe.

9.1- Pronostic maternel

9.1.1- Morbidité

Elle est marquée essentiellement par les lésions des parties molles dont les plus fréquentes sont : la déchirure du col, du périnée avec parfois des 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 par la pratique d'une large épisiotomie surtout chez la primipare. Des complications

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

9.1.2- Mortalité

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

La multiplication des césariennes dans les accouchements par le siège exige à reconsidérer les problèmes tout en sachant que, dès que l'on élargit les indications de la césarienne, et en particulier dans les cas de présentation du siège, il en résulte une augmentation secondaire inévitable pour deux raisons [28] :

- ◆ même si le bassin est parfait, l'existence d'une cicatrice utérine élèvera la fréquence des césariennes itératives ;
- ◆ l'extraction exige l'habileté manuelle et l'expérience de la part de l'obstétricien, l'expérience que les jeunes générations ne peuvent plus acquérir puisque le risque de l'échec des manœuvres n'est plus accepté.

La question subsidiaire est alors : quel est le prix à payer par la mère de cette augmentation du taux des césariennes ?

En effet il est très généralement admis maintenant, et l'expérience quotidienne le confirme, qu'un enfant extrait par césarienne d'une mère bien endormie naît dans les conditions optimales [3]. Mais il reste que :

- ◆ la mortalité maternelle, bien que très faible est trois fois supérieure après une césarienne qu'elle ne l'est après accouchement par voie basse ;
- ◆ le risque de rupture utérine existe et mettra de nouveau la vie de la mère en danger lors d'une prochaine grossesse, ainsi que celle de son futur enfant ;
- ◆ la taille de la famille sera limitée par l'existence même de la première cicatrice utérine.

D'autres complications morbides se trouvent greffer à la césarienne : manifestations thrombo-emboliques, iléus paralytiques, syndrome de Mendelson, infections, péritonites, plaies vésicales et autres encore plus lointaines comme les occlusions sur brides et sans compter le coût en santé publique.

Toutes ces complications maternelles paraissent maintenant si peu acceptables qu'on y 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 [7].

9.2- Pronostic fœtal

L'indice d'Apgar

C'est l'une des méthodes objectives d'appréciation de l'état du nouveau-né à la naissance. Il résulte de la notation de 0 à 2 de chacun des 5 éléments suivants : couleur des téguments, le tonus musculaire, la respiration, l'irritabilité réflexe et le rythme cardiaque.

Il est établi à 1 minute, puis à 5 minutes. L'évaluation est éventuellement répétée à 10 minutes et plus tard si l'état de l'enfant l'exige.

Apgar \geq 7 : Nouveau-né normal ;

4 < Apgar < 7 : Souffrance modérée nécessitant des mesures de réanimations ;

Apgar < 4 : Etat de mort apparente et imposant une réanimation immédiate associant désobstruction, intubation, ventilation, massage cardiaque externe et abord veineux.

Afin d'améliorer le pronostic fœtal, la naissance par césarienne a paru un moment une solution incontournable, d'ailleurs prônée encore récemment par certains. 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.

9.2.1- 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 représente environ 4,2% [32]. Différents mécanismes peuvent expliquer cette mortalité :

- L'asphyxie per-partum : le risque est majoré en présentation du siège soit par procidence du cordon, soit lors d'un accouchement laborieux ;
- des morts fœtales in utero, sans cause évidentes, dix fois plus fréquentes que dans les présentations céphaliques;

- des malformations et anomalies congénitales dont la fréquence est multipliée par deux dans le siège, et qui entraînent plutôt des mortalités néonatales ;
- et enfin les complications de la prématurité.

La mortalité périnatale corrigée varie entre 0,76 et 3,7 % selon les auteurs. Pour **RACHDI**, elle est significativement plus élevée en cas d'accouchement par voie basse. Pour d'autres auteurs, la césarienne n'améliore pas le pronostic [18].

9.2.2- Morbidité

Elle est relativement importante et est due surtout aux manœuvres obstétricales lors de l'extraction artificielle. Cette morbidité comporte des accidents immédiats et complications à long terme.

Les accidents immédiats

Pour les néonatalogues, la complication essentielle reste l'asphyxie néonatale avec son cortège habituel [20]. Elle peut être due soit à une dystocie (relèvement des bras, rétention de la tête dernière), soit à une hyper-extension de la tête elle-même favorisée par un circulaire du cordon ou une hypertonie congénitale des muscles du cou.

L'asphyxie se définit par un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5e minute associée à une acidose mixte métabolique et respiratoire et avec des difficultés de mise en route de la respiration et du tonus [20]. Cette asphyxie entraîne, selon sa sévérité des complications bien connues : détresse respiratoire par aspiration du liquide amniotique, persistance de la circulation fœtale dans les asphyxies sévères, encéphalopathie ischémique-anoxique néonatale. Cette dernière encéphalopathie n'a rien de spécifique, selon son degré de gravité, le nouveau-né après une réanimation intense peut présenter un état de mal convulsif ou des signes de dépression du système nerveux central et un œdème cérébral.

La mort néonatale comme la guérison totale ou des séquelles neuromotrices sévères sont possibles.

Un traumatisme vrai peut exister à l'état pur ou plus souvent associé à l'anoxie. Ainsi, on recherchera soigneusement une paralysie du plexus brachial, une fracture de la clavicule, une luxation de la hanche, une fracture du crâne et le fréquent hématome sous dural lié particulièrement aux manœuvres faites sur la tête dernière.

Devenir des enfants à long terme

Peu d'études ont été publiées sur l'évolution à long terme des enfants nés par présentation du siège [20]. Mais il semble que les anomalies les plus fréquentes chez ces enfants surtout d'âge scolaire sont essentiellement d'ordre orthopédique et cardiovasculaire dont certains pensent d'ailleurs que la présentation podalique est peut être dans ces cas plus une conséquence d'une maladie fœtale qu'une cause [5]. 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, mais le plus souvent sous forme de multiples handicaps sévères (infirmité motrice cérébrale, débilité mentale, comitialité, déficit sensoriel, troubles du comportement) ;
- ◆ dans la forme moyenne, les anomalies motrices marqueront suivant la première année, le quotient de développement évalué sera médiocre à deux ans, 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 ;
- ◆ dans la forme mineure, les mêmes séquelles se rencontreront dans un faible pourcentage de cas et sous une forme plus atténuée.

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

A cette question, les études sont très contradictoires. Quoi qu'il en soit, la lecture de la littérature montre 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 la voie basse sont bien choisis les risques ne seront pas majorés [7].

Enfin, certaines statistiques montrent que même lorsque tout paraît normal, les retards psychomoteurs, les épilepsies, les retards scolaires sont si fréquents que l'on peut considérer véritablement le siège comme un accouchement dystocique.

9.3- Eléments de pronostic

Bien que différemment appréciés, les éléments du pronostic doivent être établis avant le début de la période d'expulsion.

En effet, toutes les manœuvres obstétricales même celles qui paraissent les plus simples à exécuter sont loin d'apporter d'aussi bons résultats que l'accouchement spontané ou la césarienne.

9.3.1- Eléments existants avant la grossesse

- **La parité :** Chez la multipare, le pronostic est à peine moins bon que celui du sommet. Chez la primipare, au contraire, le pronostic foetal comporte toujours une réserve [13]. Les études montrent que le pronostic est d'autant meilleur que la parité est élevée.
- **L'âge maternel :** Lorsque c'est une primipare, il intervient dans l'appréciation du pronostic.
- **La taille :** Il est à noter que le pourcentage de césarienne est inversement proportionnel à la taille ; au contraire, le nombre d'accouchements normaux est d'autant plus élevé que la taille est plus grande [6].
- **Cicatrices utérines :** La présentation du siège chez les femmes porteuses d'utérus cicatriciels reste aujourd'hui dans un certain nombre de centres une indication absolue à une nouvelle césarienne. Cependant, lorsque l'utérus est unicatriciel, la voie basse peut être acceptée sans aucun risque si toutes les conditions sont revenues.

- **La qualité des parties molles :** Les tissus cervicaux, vaginaux et périnéaux doivent être souples afin de réduire la gravité des déchirures. Les antécédents de déchirures obstétricales sur brièveté congénitale du périnée (distance ano-pubienne inférieure à 45 mm) feront pratiquer une césarienne.

9.3.2- Eléments apparaissant au cours de la grossesse

- **Poids et maturité du fœtus :** Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le risque fœtal augmente avec la prématurité et le poids de l'enfant.

Le mode d'accouchement diffère selon le poids. Plus le poids augmente, plus le nombre d'accouchements spontanés diminue et le nombre de césarienne augmente ainsi que le risque maternel [6].

Selon les auteurs, la césarienne est conseillée pour un poids supérieur à 4200 g (MYERS et GLEICHER), 4000 g (TATUM), ou 3800 g (GOLDENBERG) [35].

Son appréciation peut se faire par : l'échographie. Elle apporte de meilleurs renseignements par la mesure de la circonférence abdominale et surtout de diamètre bipariétal et transverse abdominal. La macrosomie se caractérise par un diamètre bipariétal supérieur à 98-100 mm.

- **Mode de présentation :** Les études récentes montrent que le pronostic fœtal est meilleur en cas de siège décomplété que de siège complet. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, le siège complet reste une indication obligatoire de la césarienne [13] ; car on y rencontre un nombre fréquent d'accidents comme la rupture prématurée des membranes, les anomalies de la dilatation, ainsi que les procidences du cordon et/ou d'un pied.

- **La rupture prématurée des membranes (RPM) :** Le moment de la rupture des membranes a peu d'effet sur la durée du travail. Cependant, plus le moment est prématuré plus le nombre de césarienne est élevé, car les RPM sont un facteur de mauvaise dynamique cervicale ; ce qui confirme le rôle de la poche des eaux sur la dilatation.

- **Disproportion fœto-pelvienne** : la radiopelvimétrie et la mesure échographique du diamètre bipariétal du fœtus permettront de l'éliminer ou de l'affirmer.
- **L'attitude de la tête dernière** : le degré de flexion de la tête doit être appréciée par la radiographie du contenu utérin.

La déflexion primitive de la tête considérée généralement comme un élément de mauvais pronostic doit être une indication de césarienne prophylactique.

9.3.3- Eléments de pronostic fœtal apparaissant au cours du travail

- **La dilatation** : Dans la mesure où la dilatation se fait régulièrement, il paraît évident que le pronostic n'est pas influencé. Toutefois, en cas d'anomalie dynamique l'administration d'une perfusion d'ocytocique en l'absence de contre-indication paraît quelque fois efficace. Dans d'autres cas, lorsque la dilatation ne progresse pas, il faut savoir renoncer à la voie basse et décider une césarienne surtout s'il survient une souffrance fœtale.
- **La procidence du cordon** : Elle est plus fréquente dans la présentation du siège, plus fréquente chez la multipare et plus fréquente quand le siège est complet. Certains auteurs avaient cru observer autrefois que la procidence du cordon était peut-être moins dangereuse en cas de présentation du siège et les statistiques convergent aujourd'hui [33]. Lorsque celle-ci survient en phase de latence, la voie haute est indiquée.
- **L'expulsion** : Elle demeure la période la plus dangereuse puisqu'ils s'y multiplient les risques d'anoxie et de traumatisme. Elle doit donc être entreprise dans les meilleures conditions : poche des eaux rompues, dilatation complète, siège franchement engagé. S'il n'est pas engagé en dehors d'une disproportion fœto-pelvienne bien entendu on est en droit de tenter une épreuve d'engagement par une perfusion d'ocytocine, mais si au bout d'une demi-heure, le siège n'a pas progressé à la partie moyenne, il est encore temps de renoncer à la voie basse [20]. Le cardiotocographe s'avère là encore indispensable pour connaître la façon dont le fœtus supporte l'épreuve et jusqu'à quel point on peut la poursuivre.

Toute autre est la situation quand l'expulsion semble bloquée, avant que n'apparaissent la pointe des omoplates et que le dos ne soit orienté en avant ; il faut craindre une véritable complication en rapport avec un relèvement des bras ou une rétention de la tête dernière qui exigent une intervention immédiate mais réglée afin de ne pas être traumatique [7].

- **La personnalité de l'accoucheur** : Il a longtemps été classique de dire que le sort réservé à l'enfant dépendait en grande partie de l'habileté de l'opérateur. Aujourd'hui l'entraînement aux manœuvres manuelles ne devrait plus être nécessaire : l'échec des manœuvres par voie basse est patent [33].

10- CONDUITE A TENIR

La présentation du siège, quelle que soit son étiologie ou son mode de présentation, jouit d'une mauvaise réputation méritée :

- ◆ sa morbidité fœtale (paralysie du plexus brachial, fractures diverses, séquelles d'anoxie fœtale) est nettement supérieure à la moyenne ;
- ◆ sa morbidité maternelle est également élevée (les interventions, les déchirures du col et du périnée y sont plus fréquentes et plus sévères) ;
- ◆ enfin et surtout, sa mortalité périnatale atteint encore un taux voisin de 8 à 10 %.

Il s'agit d'un bilan trop lourd pour être accepté.

10.1- Pendant la grossesse

Le diagnostic de la présentation étant fait, il faut réaliser les examens qui permettent d'évaluer les facteurs de risque : la radiographie du contenu utérin, la radiopelvimétrie et l'échographie. Dès lors, trois attitudes sont possibles :

10.1.1- La version par manœuvre externe (VME)

Du temps d'**HIPPOCRATE** devant le constat d'une présentation du siège, la VME était considérée comme obligatoire. Réhabilitée en France par **TARNIER** puis **PINARD** en 1880, la VME a aujourd'hui ses adeptes et ses opposants [18].

Son but est de transformer la présentation podalique en présentation céphalique vers la 36 SA en l'absence de contre-indications.

Technique

Elle ne diffère d'un auteur à l'autre que par des détails: une fois le siège dépisté et les contre-indications éliminées, le dos est repéré cliniquement ou radiologiquement. La femme est installée en position allongée, en Trendelenburg léger, cuisses demi-fléchies, vessie vide, une injection en IM d'antispasmodique est souvent utile surtout chez la primipare. L'opérateur après avoir ausculté les bruits du cœur fœtal se place latéralement, mains chauffées, fait alors doucement sortir le siège du pelvis. Puis, la culbute fœtale est tentée dans le sens de la flexion ventrale, le siège étant poussé vers le haut, alors que la tête est abaissée et fléchie.

La femme est laissée allonger quelques minutes pendant lesquelles on vérifie le bon relâchement utérin, l'absence d'écoulement vulvaire du sang ou du liquide amniotique et le monitoring du cœur fœtal [2].

Ses contre-indications sont : bassin chirurgical, iso-immunisation fœto-maternelle, grossesse multiple, placenta prævia, fragilité ou souffrance fœtale, déflexion de la tête fœtale, utérus malformé.

*** Accidents maternels**

Ils sont rares mais méritent d'être pris en compte : la mort maternelle par rupture utérine, troubles de la coagulation par afibrinogénémie et défaillance rénale aiguë.

*** Accidents fœto-ovulaires**

La mort fœtale est réalisée par l'hématome rétro-placentaire le plus souvent, la souffrance fœtale, la procidence du cordon, la rupture prématurée des membranes et les circulaires du cordon.

10.1.2- Césarienne prophylactique

Cette décision doit être prise dès 37 SA, résulte d'une confrontation entre l'analyse du bassin, la position de la tête dernière, et l'estimation du poids fœtal. Devant les

contre-indications absolues à la voie basse : bassin limite, BGR, déflexion primitive de la tête dernière, suspicion de macrosomie, placenta prævia et obstacles prævia, indication de césarienne pour pathologies maternelles et fœtales, une césarienne prophylactique s'impose vers 39 SA avant tout début de travail.

10.1.3- Accouchement par voie basse

En l'absence de contre-indications absolues à la voie basse, une épreuve dynamique du travail doit être proposée. Dans cette situation, tous les facteurs pronostic cités ci-dessus prennent leur importance. Le travail doit être dirigé, et la moindre anomalie survenant durant la phase de dilatation doit imposer une césarienne si elle ne régresse pas sous traitement [8].

10.2- Pendant le travail

La première précaution est qu'un accouchement par le siège ne doit plus se faire en dehors d'un service d'obstétrique bien organisé. La présence d'un obstétricien expérimenté, d'un anesthésiste et d'un pédiatre est indispensable pendant la période d'expulsion. En présence d'un accouchement par le siège, il est important de se rappeler que l'accouchement peut être eutocique et d'avoir confiance.

10.2.1- Période de dilatation

Le travail doit être dirigé et surveillé sous contrôle d'un enregistrement permanent du rythme cardiaque fœtal. Cette période constitue une véritable épreuve utérine. Sa surveillance sera d'autant plus facile et exacte que l'on disposera d'un enregistrement continu des contractions utérines.

Si l'on respecte le plus longtemps possible la poche des eaux, la dilatation ne devra être, contrairement à l'opinion classique guère plus longue que dans l'accouchement normal. Sa progression sera donc suivie très régulièrement. Si elle est favorable, il n'y a aucun problème. Par contre, si une dystocie dynamique s'installe, on peut, après avoir reconsidéré les éléments mécaniques, avoir recours à la rupture de la poche des eaux et la mise en route d'une perfusion d'ocytocine. Cette pratique discutée par beaucoup d'auteurs aura souvent l'avantage de renforcer les contractions utérines insuffisantes, du fait de l'aspect de la poche des eaux ou d'un

travail un peu long. Elle sera toujours prudente, de courte durée et contrôlée en permanence. Elle sera poursuivie au moment de l'expulsion.

Pendant cette phase ; toute procidence précoce du cordon, tout arrêt de la dilatation, ou toute manifestation de souffrance fœtale aiguë doit conduire à la césarienne. Toute fois, il est important de souligner que la souffrance fœtale aiguë ne s'exprime que par l'altération du rythme cardiaque fœtal. En effet, l'émission de méconium n'a pas, du moins classiquement de signification péjorative. Toute anoxie fœtale même transitoire augmente fortement le risque d'inhalation amniotique et de noyade terminale même en excluant toute dystocie surajoutée.

10.2.2- Période d'expulsion

Elle représente la période la plus dangereuse pour le fœtus. On aura toujours en mémoire le mot de **RIVIERRE** et **CHASTRUSSE** « L'expulsion voudra ce que vaut la contraction utérine » [22].

Le dogme de l'expectative reste intangible. Elle ne doit débiter que lorsque certaines conditions sont remplies :

- dilatation complète avec présentation en contact avec le périnée ;
- mettre en place une perfusion d'ocytocine pour éviter une « panne motrice » ;
- les efforts expulsifs ne doivent avoir lieu que pendant les contractions ;
- faire une épisiotomie systématique dès que le périnée est distendu par le siège ;
- forceps à portée de main ;
- présence d'un obstétricien, d'un anesthésiste et d'un pédiatre ;
- disponibilité d'un bloc opératoire.

Les différentes méthodes utilisées au cours de l'accouchement du siège sont :

❖ L'abstention totale ou méthode de Vermelin

L'expulsion se fait sous les effets conjugués de la contraction et des efforts expulsifs. Le siège descend, fait bomber le périnée, la hanche antérieure commence à se dégager : c'est le moment où on réalise l'épisiotomie. Lorsque l'expulsion est

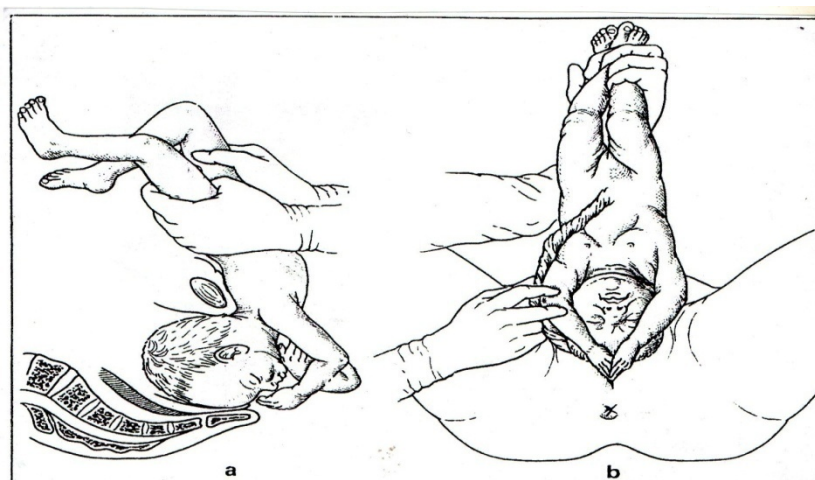
progressive, il faut s'abstenir de toucher au siège jusqu'à l'apparition de l'angle des omoplates à la vulve. La seule dérogation à cette attitude d'expectative proviendrait de la rotation en arrière du dos du fœtus, au risque de provoquer une rétention de la tête défléchie au détroit supérieur, avec parfois l'accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse. C'est donc tout de suite, avant que la tête n'arrive au détroit supérieur, qu'on doit ramener le dos en avant soit par redressement simple, soit en continuant le mouvement de rotation amorcé [32]. Cette passivité absolue ou « **expectative armée** » représente certainement l'attitude idéale pour l'enfant. Le rôle de l'obstétricien qualifié par HENRION de « **Manchot empereur** » n'a été que celui d'un observateur attentif [23].

❖ Attitude interventionniste ou aide à l'expulsion

Plusieurs manœuvres ont été décrites et chacune présente des avantages et des inconvénients. Toutes ces manœuvres ne s'appliquent que lorsque le siège est dégagé jusqu'à la pointe de l'omoplate à la vulve.

➤ La manœuvre de BRACHT

Dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus saisi par les hanches est relevé à deux mains vers le haut, puis renversé sur le ventre de la mère, sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse, et la tête se dégage en déflexion [32]. Cette manœuvre aide au dégagement artificiel de la tête.



a : coupe sagittale

b : vue de face

Figure 5 : Manœuvre de BRACHT [23]

➤ **La manœuvre de MAURICEAU**

Elle est dangereuse et fait courir le risque de lésions médullaires du plexus brachial et du plancher de la cavité buccale. Le fœtus est placé à cheval sur un avant-bras. L'index et le médus sont introduits dans la bouche et aident à fléchir la tête ; l'autre main appui sur les épaules et tire la tête en dehors de l'axe du bassin [23]. Cette manœuvre est utilisée pour dégager une tête retenue dans l'excavation.

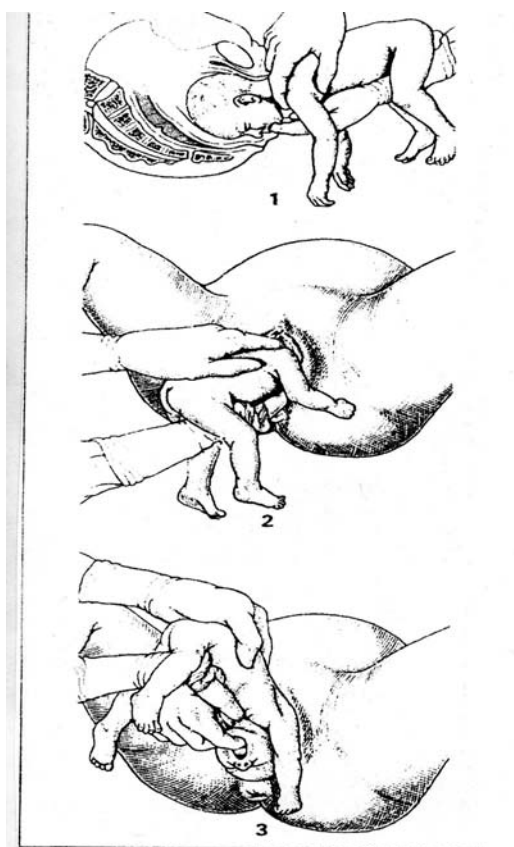


Figure 6 : Manœuvre de Mauriceau [23]

Les méthodes d'accouchements dirigés s'adaptent parfaitement à la présentation du siège, et donnent la clé du pronostic. En effet, lorsqu'elles réussissent, elles transforment un accouchement dystocique en accouchement normal. Mais lorsqu'elles échouent, mieux vaut recourir à la voie haute.

➤ **La manœuvre de LOVSET**

C'est la manœuvre la moins traumatique et la plus efficace exécutée pour dégager les épaules et les bras fœtaux. Le fœtus est saisi, pouces sur les lombes, paumes sur les fesses, les autres doigts appliqués sur le ventre. On effectue une première rotation de 90°, dos vers la droite, sans traction pour amener le bras antérieur sous la symphyse, il est dégagé, l'autre épaule descend alors sous le promontoire.

Une deuxième rotation de 180° en sens inverse amène le bras postérieur en avant, le coude apparaît à la vulve [23].

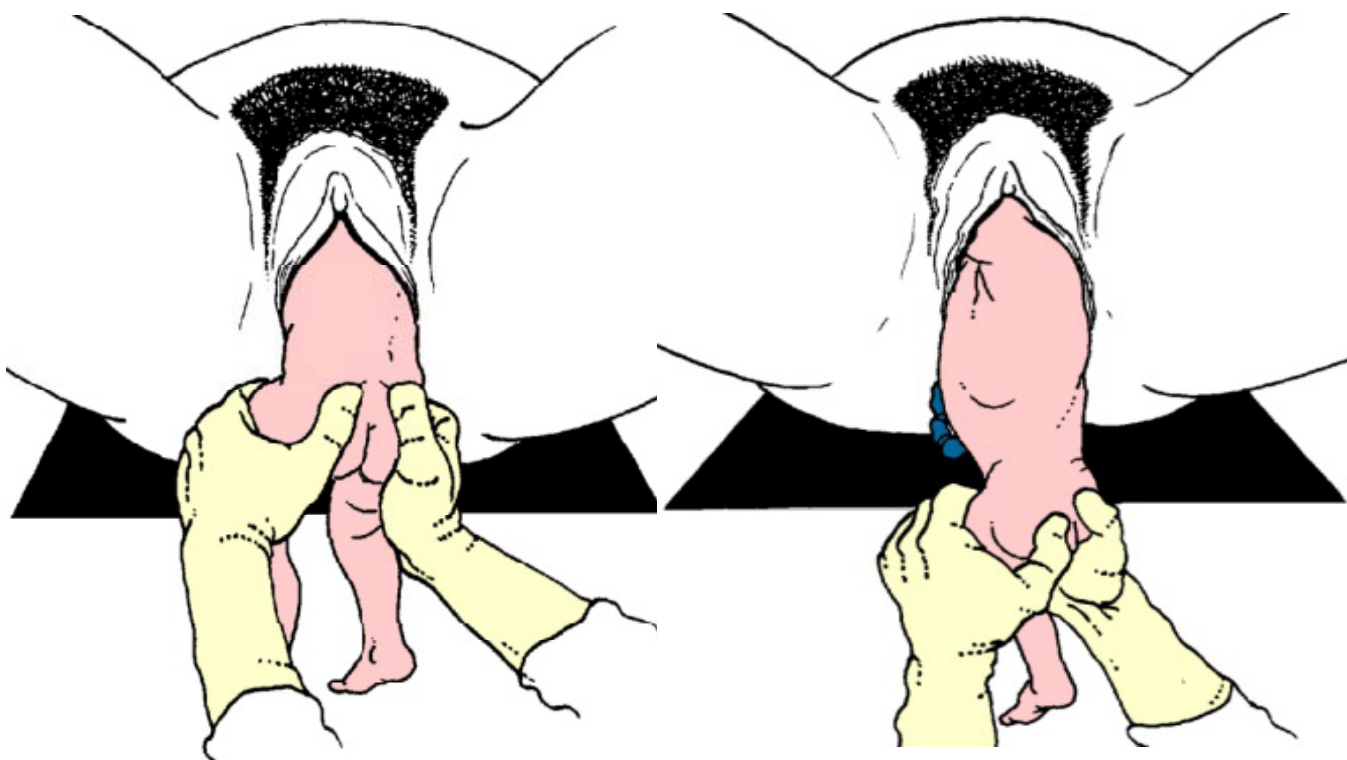


Fig7 : Manœuvre de Lovset [23]

III- METHODOLOGIE

1- CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

1-1-Situation géographique :

La commune II couvre une superficie de 167 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

- au Nord par le pied de la colline du Point G ;
- au Sud par le fleuve Niger ;
- à l'Est par la commune I ;
- à l'Ouest par la commune III.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

Le centre de santé de Référence se trouve à Missira.

1-2-Description du cadre d'étude :

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez-de-chaussée.

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchements ;
- un bureau pour la sage femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages femmes, les infirmières et les aides soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;

Étude épidémio-clinique et pronostique des accouchements par le siège dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

- Une unité PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

- trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont un est le chef de l'unité de gynécologie obstétrique ;
- des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sages-femmes dont l'une est la sage-femme maîtresse ;
- 4 infirmières obstétriciennes ;
- 20 aides-soignantes ;
- 4 chauffeurs ;
- 5 manœuvres.

Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement et d'un bloc opératoire qui fonctionnent vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

Un staff se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des dossiers des entrantes et les événements survenus lors des gardes. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, d'un DES, d'un médecin généraliste, de deux internes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur et d'un manœuvre, d'un infirmier anesthésiste.

La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

2- Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique cas-témoins allant du 1^{er} Novembre 2011 au 31 Octobre 2013.

3- Population d'étude :

Toutes les gestantes ou parturientes admises dans la salle d'accouchement du centre de santé de référence de la commune II pendant la période d'étude.

4 – Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude tous les cas et témoins enregistrés pendant la période d'étude.

→ Cas

Ont été considérées comme cas, toutes les parturientes ou gestantes admises dans notre salle d'accouchement pour prise en charge obstétricale d'une grossesse dont l'âge est supérieur ou égal à 28 SA avec fœtus unique vivant en présentation du siège et qui ont accepté de participer à l'étude.

→ Témoins

Ont été considérées comme témoins, toutes parturientes ou gestantes admises dans la salle d'accouchement du CSRéf CII pour prise en charge obstétricale d'une grossesse dont l'âge est supérieur ou égal à 28 SA avec fœtus unique vivant en présentation du sommet.

Nous avons choisi un cas pour deux témoins qui sont les deux accouchements du sommet ayant suivi l'accouchement par le siège et qui ont accepté de participer à cette étude.

5-Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude comme :

❖ Cas :

- Les gestantes ayant accouché dans d'autres centres d'un fœtus en présentation du siège et qui ont été admises dans notre centre pour d'autres motifs

- Les présentations du siège avec mort fœtale in utero
- les grossesses multiples et qui accouchent avec l'un des fœtus en présentation du siège
- les présentations autres que celle du siège
- Les gestantes n'ayant pas accepté de participer à l'étude

❖ **Témoins :**

- Les gestantes ayant accouché dans d'autres centres d'un fœtus en présentation du sommet et qui ont été admises dans notre centre pour d'autres motifs
- Les accouchements de grossesses multiples
- les présentations autres que celle du sommet
- les présentations du sommet avec mort fœtale in utero
- les gestantes n'ayant pas accepté de participer à l'étude

6- Les variables étudiées :

Les variables étudiées ont été :

L'âge, la parité, la profession, les antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, le nombre d'enfants vivants, la gestité, la parité, le nombre de CPN, l'auteur des CPN, la voie d'accouchement, les manœuvres utilisées, les paramètres du nouveau-né, les complications materno-fœtales .

7- La collecte des données

Elle a été faite à partir des informations recueillies sur : le registre d'accouchement, le carnet de suivi prénatal, les dossiers obstétricaux, les registres de comptes rendus opératoires. Les données ont été consignées sur des fiches individuelles.

8-Traitement et analyses des données

Les données recueillies sur les fiches d'enquête ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0.

Le test statistique utilisé pour la comparaison a été le khi². Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($P \leq 0,05$).

9-Considérations éthiques

La participation à l'étude était libre et volontaire. Le consentement était obtenu verbalement. L'anonymat des patientes a été gardé pour la divulgation des résultats. La participation ou non à l'étude n'avait aucune influence sur la prise en charge dans le service. Il n'y avait aucune compensation financière ou matérielle pour participer à cette étude.

10- Définitions opératoires

- **Gestité** : nombre de grossesse.
- **Parité** : nombre d'accouchement.
- **Primigeste** : c'est une femme qui n'a contractée qu'une seule grossesse.
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a eu 2-3 grossesses.
- **Multigeste** : c'est une femme qui a eu 4-5 grossesses.
- **Grande multigeste** : c'est une femme qui a eu au moins 6 grossesses.
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouchée.
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouchée une seule fois.
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouchée 2-3 fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouchée 4-5 fois.
- **Grande multipare** : c'est une femme qui a accouché au moins 6 fois.

IV. RESULTATS

1. Fréquence

Durant notre période d'étude, 5962 accouchements ont eu lieu dans notre service dont 119 accouchements par le siège en cas de grossesse unique soit une fréquence de 2%.

2. Profil sociodémographique

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
≤ 19	20	16,81	44	18,49	0,696	0,89	(0,47-1,64)
20-25	32	26,89	78	32,77	0,256	0,75	(0,45-1,26)
26-31	35	29,41	64	26,89	0,615	1,13	(0,67-1,89)
32-37	25	21,01	39	16,39	0,283	1,36	(0,74-2,45)
38-43	6	5,04	13	5,46	0,865	0,92	(0,28-2,68)
≥44	1	0,84	0	0			
Total	119	100,00	238	100,00			

L'accouchement par le siège était plus fréquent dans la tranche d'âge [26-31] avec **29,41%** pour les cas alors que pour les témoins, le taux d'accouchement par présentation du sommet ne représentait que **26,89%** pour la même tranche d'âge. Cependant il n'ya aucun lien entre l'âge et la présentation par le siège.

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Secrétaire	11	9,24	18	7,56	0,583	1,24	(0,51-2,90)
Femme au foyer	85	71,43	177	74,37	0,553	0,86	(0,51-1,46)
Elève/étudiante	15	12,61	39	16,39	0,347	0,74	(0,36-1,44)
Commerçante	5	4,20	4	1,68	0,152	2,57	(0,54-3,15)
Teinturière	3	2,52	0	0	-	-	-
Total	119	100,00	238	100,00			

Les femmes au foyer étaient les plus représentées chez les cas et les témoins.

Il n'y avait pas eu de lien entre la profession et la présentation par le siège

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Bambara	71	59,7	127	53,4	0,258	1,29	(0,81-2,07)
Sarakolé	27	22,7	31	13,0	0,019	1,96	(1,06-3,6)
Malinké	12	10,1	34	14,3	0,263	0,67	(0,3-1,4)
Peulh	5	4,2	17	7,1	0,275	0,57	(0,16-1,67)
Dogon	3	2,5	29	12,2	0,002	0,19	(0,04-0,62)
Total	119	100,0	238	100,0			

L'ethnie bambara était la plus représentée chez les cas et les témoins.

Cependant il y avait une relation entre la présentation par le siège et les ethnies

Dogon (p= 0,002) ; Sarakolé (p=0,019).

Tableau IV : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Myomectomie	3	2,52	2	0,84	0,2	3,05	[0,34-36,8]
Césarienne	13	10,93	20	8,40	0,43	1,34	[0,59-2,95]
Appendicectomie	2	1,68	0	0	-	-	-
Aucun	101	84,87	216	90,76	-	-	-
Total	119	100,00	238	100			

La césarienne a été l'antécédent chirurgical le plus rencontré avec **10,93%** chez les cas et **8,40%** chez les témoins. Il n'y a pas eu de lien entre les ATCD chirurgicaux et la présentation par le siège.

Tableau V : Répartition des patientes selon le nombre de grossesse

Nombre de grossesse	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Primigeste	50	42,02	70	29,41	0,017	1,74	(1,07-2,82)
Paucigeste	11	9,24	91	38,24	0,20	0,16	(0,08-0,33)
Multigeste	32	26,89	43	18,07	0,053	1,67	(0,95-2,90)
Grande multigeste	26	21,85	34	14,28	0,071	1,68	(0,91-3,06)
Total	119	100,00	238	100,00			

Les primigestes étaient les plus représentées chez les cas avec une fréquence de **42,02%** par contre, ce taux ne représentait que **29,41%** chez les témoins.

Une différence statistiquement significative a été observée entre la présentation par le siège et le caractère primigeste ($p=0,017$) les multigestes ($p=0,053$).

Tableau VI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Nullipare	50	42,02	70	29,41	0,01	1,74	(1,07-2,8)
Primipare	15	12,61	30	12,61	1,00	1,0	(0,48-2,02)
Paucipare	9	7,56	70	29,41	2×10^{-6}	0,2	(0,08-0,42)
Multipare	28	23,53	52	21,85	0,719	1,1	(0,63-1,91)
Grande multipare	17	14,28	16	6,72	0,02	2,3	(1,05-5,1)
Total	119	100,00	238	100,00			

Les nullipares représentaient 42,02% chez les cas contre 29,41% chez les témoins. Une différence statistiquement significative a été observée entre la présentation du siège et la nulliparité ($p=0,017$) ; la grande multiparité ($p=0,02$) ainsi que la pauciparité ($p=2 \times 10^{-6}$).

Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
0	40	33,61	74	31,09	0,63	1,12	(0,68-1,84)
1-3	53	44,54	63	26,47	0,0005	2,23	(1,37-3,63)
≥ 4	26	21,85	101	42,44	0,0001	0,38	(0,22-0,64)
Total	119	100,00	238	100			

Les patientes qui n'ont pas réalisé les CPN représentaient 33,61% chez les cas et 31,09% chez les témoins. Une différence statistiquement significative a été observée entre la présentation par le siège et la réalisation des CPN {1-3 ($p=0,005$) ; ≥ 4 ($p=0,0001$)}.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins		P	O	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Evacuée	39	32,77	28	11,8	16.10 ⁻⁷	3,66	(2,04-6,59)
Référée	0	0	5	2,1	0,11	0	(0,0-2,17)
Venue d'elle-même	80	67,2	205	86,1	27.10 ⁻⁶	0,33	(0,19-0,58)
Total	119	100,00	238	100,0			

La fréquence de l'évacuation est plus élevée chez les cas que chez les témoins respectivement 32,77% contre 11,8. Une différence statistiquement significative a été observée chez les patientes évacuées ($p=16.10^{-7}$).

Tableau IX: Répartition des patientes en fonction de la fréquence des bruits du cœur du fœtus à l'admission

Bruits du cœur du fœtus	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
]160-180]	2	1,7	4	1,7	1,00	1	(0,09-7,09)
[160-120]	106	89,1	224	94,1	0,089	0,51	(0,21-1,23)
<120	11	9,2	10	4,2	0,056	2,32	(0,86-6,29)
Total	119	100,0	238	100,00			

La fréquence des BDCF<120 était plus élevée chez les cas 9,2% que chez les témoins 4,2% avec une différence statistiquement significative ($p=0,056$)

Tableau : X Répartition des patientes en fonction de l'état de la poche des eaux à l'arrivée

Etat de la poche	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Intacte	81	68,07	193	81,09	0,006	0,50 (0,29-0,85)
Rompue	38	31,93	45	18,91	0,006	2,01 (1,17-3,43)
Total	119	100,00	238	100,00		

La fréquence de l'absence de la poche des eaux à l'arrivée était plus élevée chez les cas que chez les témoins respectivement 31,93% contre 18,91%. La différence est statistiquement significative ($p=0,006$)

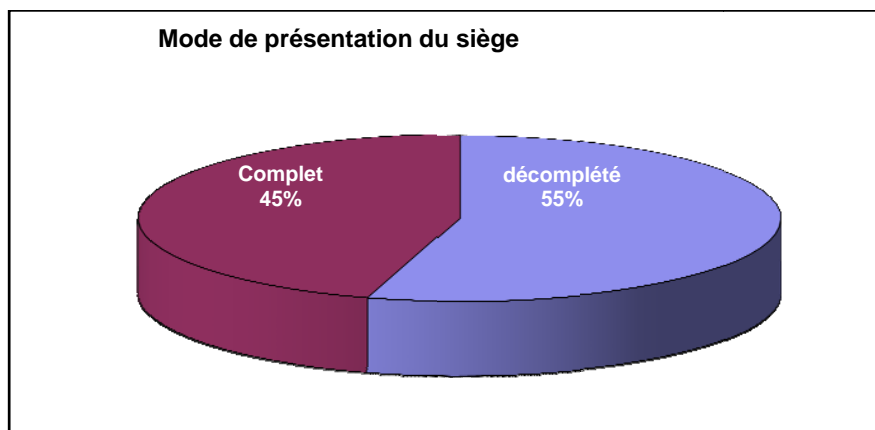


Figure I : Répartition des parturientes en fonction du mode de présentation du siège

Le type de présentation le plus fréquent était le siège décompleté 55%

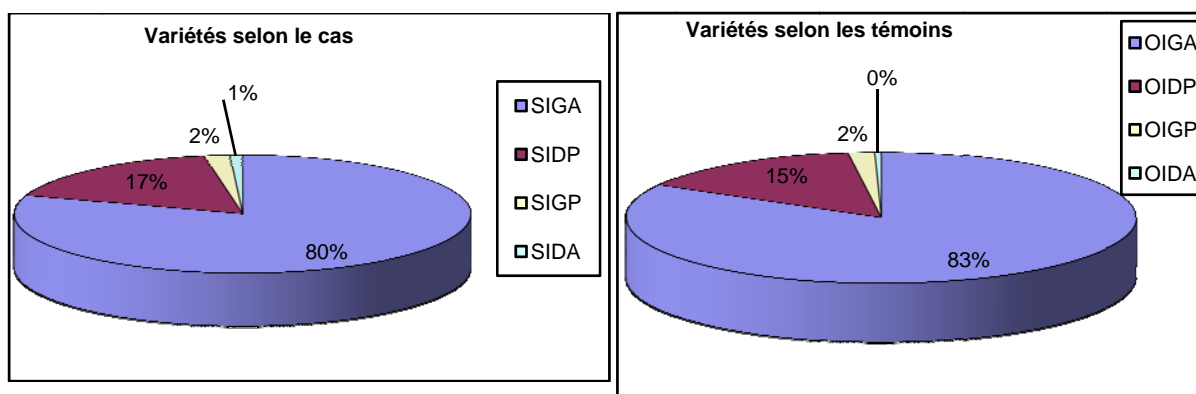


Figure II : Répartition des fœtus en fonction de la variété de la présentation
 Les variétés gauches antérieures étaient plus représentées que les variétés droites antérieures dans les cas de siège 80% en SIGA et 1% en SIDA contre 83% en OIGA et 0% en OIDA

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'état du bassin

Bassin	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Normal	104	87,4	214	89,9	0,47	0,78 (0,37-1,67)	
Limite	10	8,4	15	6,3	0,463	1,36 (0,53-3,37)	
BGR	5	4,2	8	3,4	0,689	1,26 (0,32-4,48)	
Asymétrique	0	0	1	0,4			
Total	119	100	238	100,0			

Un bassin normal était retrouvé chez 87,4% des cas contre 89,9% des témoins (p=0,47). Il n'y avait pas de lien entre l'état du bassin et la présentation par le siège.

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Césarienne	89	74,79	56	23,53	10^{-7}	9,64 (5,62-16,65)	
Voie basse	30	25,21	182	76,47	10^{-7}	0,1 (0,06-0,18)	
Total	119	100,00	238	100,00			

Les cas avaient neuf fois plus de risque d'accoucher par césarienne que leurs témoins (OR=9,64).

Tableau XIII : Répartition des patientes accouchées par voie basse selon la manœuvre obstétricale utilisée

Manœuvre obstétricale utilisée	Cas	
	Effectif	%
Bracht	19	63,33
Mauriceau	9	30,00
Lovset	2	6,66
Total	30	100,00

La manœuvre de Bracht a été la plus représentée avec une fréquence de 63 ,33%

NB : aucun cas « d'expectative armée » ou Vermelin n'a été retrouvé.

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la durée d'expulsion

Durée d'expulsion (mn)	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
≤45	22	73,33	176	96,70	18.10 ⁻⁷	0,09	(0,02-0,35)
>45	8	26,66	6	3,30	18.10 ⁻⁷	10	(2,88-40,31)
Total	30	100,00	182	100,00			

La durée moyenne d'expulsion était de 18 mn chez les cas et 9 mn chez les témoins.

Une durée supérieure à 45 mn est trouvée chez 26,66% des cas contre 3,30% des témoins avec une différence statistiquement significative ($p=1810^{-7}$)

Tableau : XV Répartition des patientes en fonction de la durée de travail

Durée de travail	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
< 12 H	19	63,33	149	81,87	0,02	0,38	(0,16-0,98)
>12 H	11	36,67	33	18,13	0,02	2,61	(1,62-6,41)
Total	30	100,	182	100,			

Une durée de travail supérieure à 12H était trouvée chez les cas 36,67% contre 18,13% avec une différence statistiquement significative ($p=0,02$)

Tableau XVI: Répartition des patientes en fonction de l'indication de la césarienne

Indication césarienne	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Bassin généralement rétréci	2	2,25	1	1,78
Bassin asymétrique /utérus cicatriciel	0	0	1	1,78
Siège/ bassin limite	3	3,37	0	0
Utérus cicatriciel/ bassin limite	7	7,86	15	26,8
Utérus cicatriciel/ BGR	3	3,37	7	12,5
Utérus cicatriciel	6	6,74	0	0
Macrosomie	4	4,5	2	3,57
Fibrome	1	1,12	0	0
Placenta prævia	3	3,37	0	0
Procidence du cordon battant	1	1,12	0	0
Syndrome de pré rupture	0	0	1	1,78
Dilatation stationnaire	2	2,25	9	16,07
Défaut d'engagement à dilatation complète	0	0	6	10,71
SFA	12	13,48	14	25,00
Primigeste plus présentation de siège	45	50,56	0	0
Total	89	100	56	100

La présentation du Siège chez la primigeste était l'indication la plus fréquente (50,56 %).

Tableau : XVII Répartition des patientes selon le type de césarienne

Type de césarienne	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Urgence	69	77,53	31	55,36	4.10 ⁻³	2,78 (1,27-6,12)
Programmée	20	22,47	25	44,64	4.10 ⁻³	0,36 (0,16-0,79)
Total	89	100	56	100		

La fréquence des césariennes d'urgence était plus élevée chez les cas que chez les témoins respectivement de 77,53% contre 55,36% avec une différence statistiquement significative ($p=410^{-3}$)

Tableau XVIII : Répartition des nouveau-nés selon leur Apgar à la première minute

Apgar 1 ^{ère} minute	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
0	2	1,7	0	0			
1-3	0	0	0	0			
4-7	11	9,24	14	5,88	0,024	1,63	(0,65-4,01)
≥8	106	89,06	224	94,12	0,089	0,51	(0,21-1,23)
Total	119	100	238	100			

Un Apgar (4 -7) était trouvé chez 9,24% des cas contre 5,88% des témoins à la première minute. La différence est statistiquement significative (p=0,024)

Tableau XIX: Répartition des nouveau-nés selon leur Apgar à la 5^{ème} minute

Apgar 5 ^{ème} minute	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
0	2	1,7	0	0			
1-3	0	0	0	0			
4-7	1	0,84	1	0,42			
≥8	116	97,46	237	99,58	0,075	0,16	(0,001-2,07)
Total	119	100	238	100			

Un Apgar supérieur ou égal à 8 était trouvé chez 97,46 des cas contre 99,58% des témoins à la 5^{ème} minute. La différence est statistiquement non significative (p=0,075).

Tableau XX: Répartition des nouveau-nés à la naissance en fonction du poids de naissance

Poids des nouveau-nés (g)	Cas		Témoins		P	ORIC
	Effectif	%	Effectif	%		
[1300-2500[	7	5,9	3	1,26	0,012	4,9 (1,09-29,74)
[2500-3500]	95	79,8	188	79,0	0,085	1,05 (0,59-1,91)
] 3500 -4000[	13	10,9	32	13,44	0,498	0,79 (0,36-1,63)
≥4000	4	3,4	15	6,3	0,243	0,62 (0,12-1,68)
Total	119	100	238	100		

Le poids moyen = 3101 g pour les cas et 3180 g pour les témoins.

La présentation du siège est fortement associée à un faible poids de naissance (OR=4,9)

C Tableau XXI: Répartition des nouveaux nés en fonction des complications

Complications néonatales	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Souffrance néonatale	11	9,24	14	5,88	1410 ⁻⁴	3,6(0,9-21,82)	
Mort néonatale précoce	2	1,7	0	0	-	-	
Œdème des bourses	9	7,56	0	0	-	-	
Aucune	97	81,50	224	94,12		-	
Total	119	100	238	100			

La souffrance néonatale était la complication fœtale la plus fréquente chez les cas que chez les témoins avec respectivement 9,24% et 5,88%.avec une différence statistiquement significative (P=1410⁻⁴)

Tableau XXII: Répartition des patientes en fonction des complications maternelles

Complications maternelles	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Endométrite	1	0,84	2	0,84	-	-
Suppuration pariétale	1	0,84	0	0	-	-
Déchirure du col	1	0,84	3	1,26	-	-
Déchirure du vagin	0	0	4	1,68	-	-
Hémorragie de la délivrance	7	5,88	3	1,26	710 ⁻³	5,38(1,19-32,68)
Aucune	109	91,6	226	94,96		
Total	119	100,0	238	100,0		

L'hémorragie de la délivrance était la complication maternelle la plus fréquente avec 70% chez les cas contre 25% chez les témoins. La différence est statistiquement significative ($P=710^{-3}$)

Tableau XXIV Relation entre les tranches d'âge et la voie d'accouchement

Tranches d'âge (ans)	Voie d'accouchement					
	Césarienne		Voie basse		P	OR IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins		
≤19	19 21,35%	7 12,50%	1 3,33%	37 20,33%	51.10 ⁻³	2,90 (0,86-10,02)
20-25	24 26,97%	22 39,28%	8 26,66%	56 30,76%	6.10 ⁻⁶	7,64 (2,75-22,36)
26-31	22 24,72%	14 25,00%	13 43,33%	50 27,47%	10⁻⁷	18,23(5,82-59,10)
32-37	20 22,47%	10 17,86%	5 16,67%	29 15,93%	10 ⁻⁷	33,52(6,79-206,3)
38-43	4 4,49%	3 5,36%	2 6,66%	10 5,49%	0,025	11,00(077-180,9)
≥44	0 0	0 0	1 3,33%	0 0		
Total	89	56	30	182		

Dans la tranche d'âge [26-31ans], le taux de césarienne s'élève à 24,72% chez les cas et 43,33% de cas par voie basse, par contre ces taux sont respectivement 25,00% et 27,47% chez les témoins (p=10⁻⁷).

Tableau XXV : Relation entre le poids des nouveau-nés et la voie d'accouchement

Poids de naissance (g)	Voie d'accouchement					
	Césarienne		Voie basse		p	OR-IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins		
[1300-2500[	2 2,24%	1 1,79%	5 16,66%	2 1,09%	0,43	0,33 (10 ⁻² -29,4)
[2500-3500[	78 87,64%	39 69,64%	17 56,66%	149 81,87%	10⁻⁷	23,4 (11,7-47,2)
[3500-4000[	8 8,98%	10 17,86%	5 16,66%	22 12,09%	0,19	2,00 (0,46-9,28)
≥4000	1 1,12%	6 10,71%	3 10,00%	9 4,95%	0,88	0,83 (10 ⁻² -14,9)
Total	89	56	30	182		

Dans le groupe de nouveau-nés dont le poids de naissance [2500-3500[chez les cas, le taux de césarienne s'élève à 87,64% contre 56,66% d'accouchement par voie basse et chez les témoins, ce taux représente respectivement 69,64% et 81,87% (p= 10⁻⁷).

Tableau XXVI : Relation entre la parité et la voie d'accouchement

Parité	Voie d'accouchement				p	OR-IC
	Césarienne		Voie basse			
	Cas	Témoins	Cas	Témoins		
Nullipare	45	16	5	54	2.10⁻⁴	4,46 (1,85-11,05)
	50,56%	28,57%	16,67%	29,67%		
Primipare	12	6	3	24	4.10 ⁻⁵	13,3 (2,99-63,7)
	13,48%	10,71%	10,00%	13,19%		
Paucipare	7	18	2	52	10 ⁻⁷	99,0 (15,17-984,9)
	7,87%	32,14%	6,67%	28,57%		
Multipare	18	10	10	42	2.10 ⁻⁶	14,1 (3,64-59,1)
	22,22%	17,87%	33,33%	23,08%		
Grande multipare	7	6	10	10	0,63	1,43 (0,25-8,06)
	7,80%	10,71%	33,33%	5,49%		
Total	89	56	30	182		

Dans le groupe des cas, le taux de césarienne s'élève à 50,56% contre 16,67% de voie basse chez les nullipares par contre, dans le groupe de témoins ce taux est respectivement égal à 28,57% et 29,67% (p=2.10⁻⁴).

Tableau XXVII : Relation entre le type de bassin osseux et la voie d'accouchement

Bassin osseux	Voie d'accouchement				P	OR-IC
	Césarienne		Voie basse			
	Cas	Témoins	Cas	Témoins		
Normale	74	41	30	173	10⁻⁷	15,3(8,2-28,6)
	83,14%	73,21%	100,0%	95,05%		
Limite	10	6	0	9	0,609	0,64(0,08-4,6)
	11,23%	10,71%		4,95%		
BGR	5	8	0	0	0,928	0,9(0,06-17,2)
	5,61%	14,28%		0		
Asymétrie	0	1	0	0		
	0	1,78%		0		
Total	89	56	30	182		

Dans le groupe des patientes ayant un bassin normal, le taux de césarienne représentait 83,14% contre 100% d'accouchement par voie basse. Par contre, chez les témoins ; ce taux était respectivement de 73,21% et 95,05% (p=10⁻⁷).

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Difficultés et limites:

Au cours de cette étude, nous avons recensé certaines limites qui sont entre autres :

- L'absence d'échographie du troisième trimestre et de radiopelvimétrie chez la majeure partie de nos patientes.
- L'absence de moyens spécifiques de surveillance du travail d'accouchement (Sonicaid, cardiotocographe, PH métrie)

2- Fréquence

Nous avons colligé pendant la période d'étude 5962 accouchements dont 119 accouchements par le siège soit une fréquence de 2% de l'ensemble des accouchements.

Tableau I : fréquences selon les auteurs

AUTEURS	PAYS	ANNEE	EFFECTIFS	FREQUENCE(%)
Konate D.	Mali	2011[19]	120	3,14%
Touré M.	Mali	2006 ^[37]	105	2,1%
Makoumbou P.	Congo	2002 ^[25]	345	4,7%
Marinho O A.	Nigéria	1996 ^[16]	-	2,1%
Hannah M E.	Canada	2000 ^[15]	-	3%
Kutlar I.	Turquie	1997 ^[11]	1040	2,4%
Notre étude	Mali	2013	119	2%

La fréquence des accouchements par le siège est variable d'un pays à l'autre et d'un service à un autre.

Notre taux bas de présentation de siège s'expliquerait d'une part : par le fait que nous n'avons pas pris les grossesses multiples et les cas de mort fœtale in utero et d'autre part par le fait que notre service est un niveau II de la pyramide sanitaire à Bamako

3- Caractéristiques sociodémographiques :

3-1 Age

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'âge moyen de nos cas 26 ans et celui de leurs témoins ($p > 0,05$).

Ce résultat est proche de ceux de D Konate ^[19], MKoné ^[20] au Mali, Farsi I F. ^[12] au Sénégal, Macombou P. ^[25] au Congo, Erkaya S. ^[10] en Turquie, et Rosenau L. ^[29] en France qui ont rapporté respectivement pour les cas, un âge moyen de 25ans, 26ans, 27ans, 29ans, 25 ans et 27ans.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre l'âge et la présentation du siège dans cette étude ($p \leq 0,05$).

3-2 Profession

La population féminine malienne est majoritairement composée de femmes au foyer.

Ainsi nous avons noté 71,43% de femmes au foyer parmi les cas et 74,37% parmi les témoins sans différence statistiquement significative ($p > 0,05$).

La plupart des études effectuées au Mali rapportent des taux nettement élevés de des femmes au foyer. Ainsi : Koné M. ^[20] en 2004, et Touré M. ^[37] en 2008 au Mali en ont rapporté dans leurs études respectives 71,43%, et 90,5%.

3-3 Parité

Dans notre étude, la fréquence de la présentation du siège varie avec la parité.

Ainsi nous avons noté 42,02% de nullipares ($p=0,017$; OR=1,74); 56% de paucipares ($p=2.10^{-6}$; OR=0,2) parmi les cas avec une différence statistiquement significative.

D'autres auteurs comme Koné M. ^[20] et Touré M. ^[37] Mali ont rapporté 33,6% et 38,1% de primipares avec 37,83% et 21,9% de paucipares. Notre taux élevé de nullipares pourrait s'expliquer par l'augmentation de la précocité des rapports sexuels avec son corollaire de grossesse précoce (des mariages précoces dans notre société).

Les multipares ont constitué 23,53% chez les cas ; sans différence statistiquement significative avec leurs témoins. Les grandes multipares ont constitué 14,28% avec une différence statistiquement significative ($p=0,020$)

En effet, le trouble d'accommodation chez la multipare dû au relâchement des parois utérines explique la survenue des présentations du siège chez celle-ci ^[33].

3-4 Antécédents chirurgicaux

Un utérus cicatriciel présente toujours un risque de déhiscence au cours de la grossesse ou de l'accouchement. En cas de présentation du siège, les antécédents de chirurgie utérine sont importants à prendre en compte car pouvant faire indiquer d'emblée une césarienne, 10,93% de nos cas avait un antécédent de césarienne contre 8,40% de témoins dans les antécédents chirurgicaux ; la différence n'était pas statistiquement significative ($P = 0,66$).

Des taux proches au nôtre ont été rapportés par Koné M. ^[20] et Dicko B. ^[7] au Mali avec respectivement 10,94% et 11%

3-5 Suivi de la grossesse :

Parmi les cas, 31,61% n'ont fait aucun suivi prénatal. Ce taux est proche de celui des témoins sans qu'il n'y ait une différence statistiquement significative ($P = 0,63$). Ce taux est proche de celui de Brahim O. ^[29] en Tunisie ; et Farsi I L. ^[12] au Sénégal qui ont trouvé respectivement 35 %, et 34,1 %.

L'un des objectifs de la consultation prénatale du dernier mois de la grossesse est de déterminer le pronostic de l'accouchement.

La plupart des gestantes colligées dans cette étude n'ont pas bénéficié de cette évaluation soit du fait de la mauvaise qualité des CPN soit de l'absence même du suivi prénatal.

Il s'agit de gestantes dont le pronostic d'accouchement a été évalué en salle de travail quelque fois dans les situations d'urgence. En effet 32,77% de nos cas ont été évacués d'autres structures socio-sanitaires contre 11,8% des témoins avec une différence statistiquement significative. Il s'agit des parturientes qui ont été d'abord reçues dans d'autres structures, puis évacuées à cause de la présentation du siège

4-Examen clinique :

4-1 Taille de la parturiente

Devant l'absence de toise dans notre salle d'accouchement et l'absence de données sur la taille dans les carnets de CPN, nous n'avons pas pu traiter cet aspect clinique mais selon une étude faite par Konaté D.[19] à Kayes, la taille moyenne des patientes était de 163cm, la taille <150cm était associée à la présentation du siège dans 3,3% des cas.

4-2 Rythme cardiaque fœtal

L'appréciation du rythme cardiaque fœtal systématique à l'admission a été faite exclusivement au stéthoscope de Pinard. Dans cette étude, nous avons trouvé chez les cas une fréquence de bradycardie de 9,2% contre 4,2% chez les témoins. Konaté D [19] a rapporté en 2011 dans une étude à Kayes une fréquence de 5% de SFA

4-3 Type de présentation du siège

Chez les cas 55% des fœtus à l'admission étaient une présentation du siège décomplété contre 45% de mode complet avec une différence statistiquement significative $P = 0,0003$. Des auteurs [27, 20, 37] ont rapporté respectivement 59,4%, 54,6%, et 51,4% de siège complet contre 40,6%, 45,4% et 48,6% de mode décomplété sans qu'il ait une différence statistiquement significative ($p > 0,05$).

La variété sacro-iliaque gauche antérieure a été la plus fréquente avec 80%.

5-Accouchement

Plusieurs facteurs ont déterminé la voie d'accouchement dans cette étude.

Nous avons trouvé dans cette étude un taux de césarienne supérieur à celui de la présentation du sommet ($P < 0,05$); et les cas avaient 9 fois plus de risques d'accoucher par césarienne que leurs témoins [OR=9,64 ; IC : (5,62 – 16,65).]

La principale indication de la césarienne chez les cas a été la présentation du siège chez la primigeste sans autre facteur associé soit une fréquence de 42,02%.

Tableau II : fréquence de césarienne en cas de présentation du siège dans la littérature

CONTINENT	AUTEURS	PAYS	FREQUENCE	ANNEE
AFRIQUE	Farsi I F. ^[12]	Sénégal	32%	1997
	Konaté D ^[19]	Mali	30%	2009
	Ilésanmi O A. ^[16]	Nigeria	15%	1996
	Notre étude	Mali	74,79%	2013
EUROPE	Denis A. ^[29]	France	47,9%	1990
	Saunders N J. ^[33]	Angleterre	90%	1996
	Morabia A. ^[17]	Suisse	45,4%	1998
	Koo M R. ^[21]	Pays-bas	44,4%	1998
AMERIQUE	Loras ^[24]	USA	82%	1995

Ils sont globalement plus élevés dans les pays développés variant entre 44,4% et 90%. ^[21, 33].

Cette variation pourrait s'expliquer par la diversité des moyens de surveillance prénatale et per partum qui permettent de bien évaluer tous les facteurs pronostiques de l'accouchement afin de déterminer la voie idéale, mais aussi par le principe adopté par certaines écoles (césarienne systématique chez toutes les primipares avec présentation du siège) en accord avec notre étude.

Les manœuvres obstétricales utilisées ont été dominées par celles de Bracht 63,33%, Mauriceau 30,00%, Lovset 6,66%. La méthode de Vermelin n'a pas été observée dans notre série.

L'expulsion au cours des accouchements par voie basse a été inférieure ou égale à 45 minutes dans la plupart des cas (73,33%), contre 96,70% des témoins avec une différence statistiquement significative ($p < 0,05$). Cependant 26,66% des cas avaient une durée d'expulsion > 45 mn avec une différence statistiquement significativement ($p < 0,05$; OR=10)

Ces dystocies d'expulsion pourraient s'expliquer d'une part par l'épuisement maternel et d'autre part les dystocies dynamiques ayant nécessité une perfusion d'ocytocine.

6-Pronostic :

6-1 Pronostic maternel

Dans notre étude, plusieurs types de complications maternelles ont été retrouvés comme dans la littérature. Ces complications sont fonction des facteurs qui sont soit liés à la grossesse elle-même (suivi), soit au mode d'accouchement, ou les deux. L'hémorragie de la délivrance était la plus fréquente parmi les complications maternelles avec une fréquence de 5,88% chez les cas contre 1,26% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,007$). Nous n'avons pas enregistré de décès maternel. Si le pronostic maternel est en général bon dans l'accouchement en cas de présentation du siège, l'augmentation de la fréquence des césariennes est un facteur à prendre en compte.

6-2 Pronostic néonatal

La souffrance néonatale a été la principale complication trouvée par la plupart des auteurs ^[20]. Dans notre étude, la fréquence de la souffrance néonatale chez les cas était égale à 9,24% contre 5,88% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. Nous avons trouvé 1,7% des cas de mort néonatale.

Plusieurs facteurs contribuent à l'altération du pronostic fœtal au cours de l'accouchement par le siège. La voie d'accouchement en cas de présentation du siège peut constituer un facteur morbide important surtout si toutes les conditions d'acceptation de celle-ci ne sont pas respectées.

Nous constatons une altération du score d'Apgar quelle que soit la voie d'accouchement dans notre étude, chez les cas comparés aux témoins avec un avantage chez les nouveau-nés par césarienne. Nous avons trouvé un score d'Apgar ≥ 8 à la cinquième minute sans différence statistique entre les nouveau-nés par césarienne et ceux qui étaient nés par la voie basse $P > 0,05$.

CONCLUSION

La fréquence de la présentation du siège en cas de grossesse monofœtale était de 2 % dans notre étude.

Le type de présentation le plus fréquent était le siège décomplété 55 %.

La césarienne a été privilégiée (74,79 %) par rapport à la voie basse (25,21 %) dans les présentations du siège. Chez les témoins, elle était de 23,53 % contre 76,47% par voie basse.

Les complications maternelles comme les hémorragies de la délivrance ont été observées dans 5,88% vs 1,26% chez les cas et témoins.

Cette étude a noté 9,24 % vs 5,88% de souffrance néonatale chez les cas et les témoins.

L'accouchement en présentation du siège est un accouchement à haut risque et devrait être réservé à des personnes expérimentées qui ont une meilleure connaissance des différentes manœuvres et susceptibles de les faire à bon escient.

Pour l'heure, l'obstétricien demeure maître de ses décisions, à charge pour lui de prouver sa compétence, la justesse de son choix et la qualité des soins apportés.

RECOMMANDATIONS

Nous formulons des recommandations suivantes :

➤ **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 ;

➤ **Aux Personnels de santé**

- Identifier et référer les cas de présentation du siège vers les centres spécialisés ;
- Demander systématiquement un examen échographique en fin de grossesse afin de déterminer le type de présentation et estimer le volume fœtal ;
- Connaître les critères d'acceptation de la voie basse dans l'accouchement du siège ;

➤ **A la population**

- Inviter les femmes enceintes à pratiquer des consultations prénatales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

1. **Barba A P. ,Boutroy J L.** La présentation du siège. Obstétrique, Ellipses, Paris, 1995 ; 435 : 162-73.
2. **Chabert P. ,Coll H. , Mattel M. , Callec M.** Doit-on faire encore des versions par manœuvre externe dans la présentation du siège ?Rev FrGynecolObstet1992 ; 6-8 : 633-40.
3. **Claudine A .** Le devenir des enfants nés en présentation du siège.GazetteMed 1984 ; 91, 37.
- 4.**Creze J.** Le pronostic fœtal de la procidence du cordon dans la présentation du siège.Gynecol obstet 1956; 55: 333-5.
- 5.**Dembélé A.** Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège dans lesmaternités du district de Bamako.Thèse Med Bamako 1988,113 pages.
6. **Denis A. , Texier M. , Rouchy R.** Le pronostic fœtal en présentation du siège : évaluation d'un coefficient de risque. Rev Fr Gynecol Obstet 1976 ; 71, 5 : 309-16.
7. **Dicko B.** Accouchement du siège, pronostic fœtal à propos de 103 cas.Thèse Med, Bamako, 2001. N° 67.
8. **Dominique C. , Jean-Claude P. , Francois G..** Présentation du siège . Traité d'obstétrique Flammarion, 4. Rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris 1re édition 2003. 2e tirage 2005 :821-836
9. **Dufour P.** Présentation du siège : les derniers jours de la voie basse ? Gynecol. Obstet. Fertil .2001 May, 29(5) :337-8.

10. Dubois J. ,Grall Y J. Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. In : Mise à jour en gynécologie et obstétrique, Paris, Vigot, 1988 : 375-97

11. Erkaya S. , Tuncer A. , Kutlar I. , Onat N. , Ercakmak S. Out come of 1040 consecutive breech deliveries clinical experience of maternity hospital in Turkey. Int Jr of Gynecol and Obstet 1997 ; 59, 2 : 115-8.

12. Farsi I F. Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néonatal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire : étude prospective dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU de Dakar. Thèse Med, Dakar, 1993. 146.

13. Georges P. L'accouchement en présentation par le siège à terme « une attitude équilibrée est-elle possible ? » XIV^e JTA avancées en gynécologie obstétrique Pma et pédiatrie 1999 ; 1-6.

14. Grall J Y. , Dubois J. , Moquet P Y. , Poulain P. , Blanchois J. , Laurent M C. Présentation du siège. Edit technique, Encycl Med Chir (Paris), Obstétrique, J049-L40, 1994. 14p.

15. Hannah M E. , Hannah W J. , Hewson S A. , Hodnett E D. , Saigal S. Accouchement par présentation du siège par voie vaginale : la fin d'une époque. Lancet 2000 ; 356 : 1357-83.

16. Hesanni O A. , Sobowale O A. , Marinho O A. Out come of 44 breech singleton deliveries at the catholic hospital oluyoro. Ibadan African J of medicine and medical sciences 1996 ; 25 (1) : 41-6.

- 17. Irion O. ,Hisbrunner A L. , Morabia A.** Planned vaginal delivery versus elective cesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations.Br J of Obstet and Gynecol 1998; 105 (7): 710-7
- 18- J.-M.Thoulon, F Puech, Boog G.** Obstétrique Edition, marketing/Ellipses 1995 P 764-778.
- 19. Konaté D.** Accouchement en présentation du siège : pronostic foetal et maternel dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Daou Fousseyni de Kayes ; Thèse med, Bamako, 2011, 114
- 20. Koné M.** Accouchement en presentation par le siège pronostic foetal et maternel dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.Thèse de Med, Bamako, 2005 N°359
- 21. Koo M R. , Dekker G A. , Van Geizn H P.**Perinatal outcome of singleton term breech deliveries.Europ J of Obstet Gynecol and ReprodBiol 1998 ; 78 (1) : 19-24.
- 22. Lacomme M.** Pratique obstétricale. Masson, 2è Edit Paris, 1960.453
- 23. Lansac J.** Accouchement et suites de couches : Obstétrique pour le praticien ;Paris ; Masson, 3^{ème} Edit, 1976. 473p.
- 24.Laros R K. , Flanagan T A. , Kilpatrick S J.** Management of term breech presentation: a protocol of external cephalique version and selective trial of labor.Am J of Obstet and Gynecol 1995; 172 (6): 1916-23.

- 25. Macombou P . , Buambo B et coll.** Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazaville. Médecine d'Afrique noire ISSN 0465-4668. 2006, vol. 53, N°5 : 287-92.
- 26. Maillet R. , Patrick J S. , Colette C.** Complications du siège :relèvement du bras. Hachette Pratique ; 2001.63.715
- 27. Manefoue H M.** Accouchement et présentation du siège à propos de 96 cas. Thèse de Med Bamako, 2008.
- 28. Oliver I. , Pascale H A. , Alfredo M.** Planned vaginal delivery versus elective cesarean section a study of 705 singleton term breech presentations.Br Jr of Obstet Gyneacol 1998 ; 105 : 710-7.
- 29. 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. XIVè J T A en Gynecol Obstet, 1999.42 :391-6
- 30. Rachdi R. ,Fekih M A. , Mouelhi C. , Messaoud L.** Le pronostic foetal de l'accouchement par le siège : étude statistique à propos de 543 observations. Rev Fr Gynecol Obstet 1993 ; 884 : 249-52.
- 31. Raudrant D. , Vaudoier F. , Golfier F. , Champion F.** Voie basse ou césarienne ? La présentation du siège à terme : les arguments pour la césarienne de principe. Gynecol. Obstet. Fertil.2001Oct.29 (10):729-32.
- 32.Merger R, Jean L. , Jean M.** Présentation du siège, Précis d'obstétrique. Présentation du siège.Masson 6è Edit Paris 1995.618

33. Roger V, Barrat J, Bossart H, Lewin D, Renaud R

La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique.

Traité d'obstétrique. Masson Paris 1985 P 364-383.

34. Rosenau L., Grosieux P., Denis A., Lahlou N., Fournis H. Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses monofoetales à terme. Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85, 5 : 271-81.

35. Schiff E., Friedman S A., Mashiach S., Hort O., Barkai G., Sibai B M. Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries. Seven years experience at a single center. Am J Obstet Gynecol DA 1996 ; 175, 1 : 18-23.

36. St Saunders N J. Controversies : the mature breech should be delivered by elective cesarean section. Jr Perinat Med 1996 ; 24, 6 : 545-51.

37. Touré M. Accouchement en présentation du siège au csref C VI pronostic foetal et maternel. Thèse Med, Bamako, 2008; N° 502.

FICHE D'ENQUETE KONE

I. IDENTITE

Nom et Prénom : / _____ /

{1} Age: / ___ / (1=15-19ans, 2= 20-25ans, 3=26-35ans, 4=36-40ans, 5= ≥40ans)

{2} Profession: / _____ /

(1=fonctionnaire, 2=ménagère, 3=élève/étudiante, 4=aide ménagère
5=commerçante, 6=autre)

{3} Ethnie: / _____ /

(1=bambara, 2=sarakolé, 3=peulh, 4=malinké, 5=khassoké, 6=maure
7=senoufo, 8=bobo, 9=dogon, 10=sonrhaï, 11=autres)

{4} Résidence: / _____ /

{5} Statut matrimonial: / ___ /

(1=célibataire, 2=mariée, 3=divorcée, 4=veuve)

{6} Niveau d'instruction : / ___ /

(1=non scolarisée, 2= niveau primaire, 3= niveau secondaire, 4= niveau
supérieur)

{7} Profession du conjoint: / _____ /

(1=fonctionnaire, 2=paysan, 3=commerçant, 4=ouvrier, 5=autres)

II. ANTECEDENTS

Personnels

Médicaux : (1=HTA, 2=diabète, 3=asthme, 4=drépanocytose, 5= autres)

Chirurgicaux: / ___ /

1= Myomectomie, 2=Césarienne Si oui indication: / _____ /

3=Hystérorraphie , 4=Plastie utérine , 5=autres

Gynécologique: / ___ /

1= Fibrome utérin 2= Malformation utérine, 3= Synéchie utérine, 5=autres

Obstétricaux

Gestité: / ___ / (1=primigeste 2=paucigeste 3=multigeste 4=grande multigeste)

Parité: / ____ / (1= primipare, 2=paucipare 3=multipare 4=grande multipare)

Gémellité: / ____ / (1=Oui/2=Non)

Antécédent de siège / ____ / (1=oui/2=Non)

Familiaux

Médicaux :(1=HTA, 2=diabète, 3=asthme, 4=drépanocytose,5= autres)

Obstétricaux : (1= gémellité, 2=présentation du siège,3= autres)

III. SUIVI DE LA GROSSESSE

{21} Consultation prénatale : / ____ / (1=Oui/2=Non)

{21a} SI oui nombre CPN: / ____ /

{21b} Qualité: / ____ / (1=bonne, 2=moyenne, 3=mauvaise)

{21c} Auteur CPN: / ____ /

(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=sage-femme, 4=autre)

{22} Diagnostic du siège: / ____ /

(1=Avant travail d'accouchement, 2=au cours du travail d'accouchement)

Réalisation de l'échographie obstétricale: / ____ / (1=oui, 2=non)

IV. MODALITES D'ADMISSION

{23} Mode d'admission: / ____ / (1=évacuée, 2=venue d'elle même)

{23a} si évacuée motif: / _____ /

Auteur de l'évacuation : / ____ /

(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=sage-femme, 4=autre)

Moyen de transport: / ____ / (1=voiture personnelle, 2=ambulance,3=autres)

V. EXAMEN A L'ENTREE

{25} Examineur: / ____ /

(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=Interne, 4=Sage-femme)

Motif d'admission : _____

Age de la grossesse: / ____ / (1= à terme, 2= non à terme)

Etat général: / ____ / (1=bon, 2=passable, 3=altérée)

Conjonctives: / ____ / (1=colorées, 2=pâles)

Tension artérielle : / ____ / mmHg

{26} Taille: / ____ / (cm)

{27} Poids: / ____ / (kg)

{28} Hauteur utérine: / ____ / (cm)

{29} Rythme cardiaque fœtal : / ____ / (battement /min)

Contraction utérine: / ____ / (1=où, 2=non)

{30} Hauteur de la présentation: / ____ / (1=engagé, 2=non engagé)

{31} Mode de présentation: / ____ / (1=complet, 2=décomplété mode des fesses, 3=décomplété mode du genou, 4=décomplété mode des pieds)

{32} Orientation de la présentation: / ____ / (1=SIGA, 2=SIDP, 3=SIGP, 4=SIDA)

{33} Dilatation col: / ____ / (cm)

{34} Membranes: / ____ / (1=intactes, 2=rompues)

{34a} Si rupture: / ____ / (1=prématuré, 2=précoce, 3=tempestive)

{34b} Délai de rupture: / ____ / (H/min)

Aspect du liquide amniotique: / ____ / (1=clair, 2=méconial, 3=jaunâtre)

{35} Bassin osseux: / ____ / (1=normal, 2=limite, 3=rétréci, 4=asymétrique)

{36} Facteur de risque associé: / ____ /

(1=fibrome utérin, 2=malformation utérine, 3=tumeur praevia, 4=hydramnios, 5=hypotrophie fœtale, 6=gémellité, 7=prématurité, 8=autres)

{39} Pathologie associée: / ____ / (1=Où/2=Non)

VI. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

{40} Cardiotocographie: / ____ / (1=Où/2=Non)

{40a} Si où résultat: / ____ / (1=Où/2=Non)

{41} Echographie: / ____ / (1=Où/2=Non)

{41a} Si où résultat: / _____ /

{42} Radiopelvimétrie: / ____ / (1=Oui/2=Non)

{42a} Si oui résultats: / _____ /

VII. ACCOUCHEMENT

{43} Identité accoucheur: / _____ /

(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage-femme)

Début du travail: / _____ / (H) , Fin de dilatation: / _____ / (H)

{46} Durée d'expulsion: / _____ /

{47} Fin du travail: / _____ / (H/Min)

{47a} Durée totale du travail / _____ / (H/Min)

{48} Voie d'accouchement: / ____ / (1=césarienne, 2=voie basse)

{48a} Si césarienne indication: / _____ /

Type de césarienne : / ____ / (1=programmée, 2=urgence)

{49} Episiotomie medio latérale: / ____ / (1=Oui/2=Non)

{50} manœuvres obstétricales: / _____ /

(1=Bracht 2=Moriceau, 3=Vermelin, 4=Lovset)

{50b} Auteur manœuvre : / _____ /

(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage-femme)

{51} Complications du travail: / ____ / (1= Dystocie dynamique, 2= Dystocie

mécanique, 3= Hémorragie, 4= Rupture utérine, 5= Procidence du cordon,

6= Déchirure du col , 7= Déchirure du vagin , 8= Déchirure du périnée

9= Autre: / _____ /

{53} Hémorragie délivrance: / ____ / (1=Oui/2=Non)

VIII. EXAMEN DU NOUVEAU NE ET DE SES ANNEXES

Nouveau né à la naissance

{55} Sexe: / ____ / (1=M, 2=F)

{56} Poids: / ____ / (gr)

{57} Taille: / ____ / (cm)

{59} Malformation : / _____ /

(1=hydrocéphalie, 2=anencéphalie, 3=spina-bifida, 4=omphalocèle, 5=autres)

{60a} Score d'Apgar 1^{ère} min: /___/ 5^{ème} min: /___/ 10^{ème} min: /___/

{61} Réanimé: /___/ (1=Oui/2=Non)

{61a} Si oui durée: /___/ (min)

{62} Evacué: /___/ (1=Oui/2=Non)

{62a} Si oui motif: /___/

(1=SFA, 2=fracture, 3=paralysie plexus brachial 4=luxation épaule, 5=autres)

{62a1} Autres: /_____

{63} Nouveau-né: /___/ (1=vivant, 2=DCD, 3=mort-né)

Cordon ombilical

{64} Longueur du cordon: /___/ (cm)

Pathologie funiculaire : (1=Oui/2=Non)

Petit coté des membranes : /___/ (>10cm, <10cm)

IX. PRONOSTIC MATERNEL

{69} Complications: /___/

(1= Déchirure col:/___/ 2= Déchirure vulvo-vaginale

3= Déchirure Périnéale 4=Hémorragie 5= Suppuration pariétale

6= Autre)

{70} DCD mère: /___/ (1=Oui/2=Non)

{70a} Si DCD cause: /_____

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KONE

Prénom : Daouda Aliou

Titre : étude épidémio-clinique et pronostique de l'accouchement de siège au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

Année de soutenance : 2015

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie et de pharmacie

Secteurs d'intérêt : gynécologie, obstétrique

Résumé : l'objectif de notre travail est d'évaluer le pronostic fœtal et maternel dans l'accouchement en présentation du siège.

Notre étude a lieu sur une période de 2ans (1 Novembre 2011 au 31 Décembre 2013) dans le service de gynécologie obstétrique au centre de sante référence de la commune II du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude prospective cas-témoins visant à évaluer le pronostic fœtal et maternel dans l'accouchement en présentation du siège.

Nous avons enregistré 119 cas de présentation du siège de nos critères d'inclusion auxquels nous avons apparié 238 cas de présentation du sommet comme témoins. La fréquence des accouchements en présentation du siège dans notre service était de 2% sur 5962 accouchements.

Les facteurs du pronostic fœtal identifiés étaient : la voie d'accouchement, le mode de présentation, le suivi prénatal, les manœuvres obstétricales et la parité.

Le pronostic maternel était en général bon qu'elle qu'en soit la voie d'accouchement.

La réalisation de consultations prénatales de bonne qualité permettant de poser le pronostic de la voie d'accouchement avant tout début de travail et la bonne pratique des manœuvres obstétricales améliore le pronostic fœtal .

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et 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 favorisé les crimes.

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nations, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa 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 confrères si j'y manque.

JE LE JURE !